75. évfolyam. 6. szám. Budapest, 1931 február 7.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

A SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM SEBÉSZETI KLINIKÁJÁNAK KÖNYVTÁRA

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC, VÁMOSSY ZOLTÁN, ISSEKUTZ BÉLA, POÓR FERENC, GORKA SÁNDOR, REUTER KÁMILLÓ, BELÁK SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR
FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR
SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Minder Gyula: A hydronephrosisról klinikai és kísérleti tapasztalatok alapján. (125—129. oldal.)
Melczer Miklós: A recurrens-immunsavó hatása a spirochaeta pallidára. (130—132. oldal.)
Szellő Ferenc: Röntgensugarak haszna a méhenkívüli terhesség felismerésében. (132—134. oldal.)
Tóth Aladár: A mucoceleről. (134—136. oldal.)
Thurzó Jenő: Uj reflex-kalapács. (136—138. oldal.)
Kenyeres Balázs: A combverőér sértésének érdekes esete. Lőfegyverekkel elkövetett büncselekmények. (138—139. oldal.)
Balázs Gyula: Makacs öngyilkosok és combinált mérgezések. (139. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (21—24. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. Szemészet. — Gégészet. — Gyermekorvostan. — Urologia. — Elméleti tudományok. (139—142. oldal.)
Könyvismertetés (142. oldal).
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei (142—146. oldal).
Herczeg Árpád: Egyetemi rektori intelmek az 1794. évből. (146—147. oldal.)
Frigyesi József: Semmelweis serlegbeszéd. (147—148. oldal és a borítólap III. oldalán.)
Mészáros Gábor: Levél a szerkesztőhöz. (A borítólap III. oldalán.)
Vegyes hírek (a borítólap IV. oldalán).

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem urologiai klinikájának (igazgató: Illyés Géza dr. egyet. ny, r, tanár) és a zürichi sebészeti klinika (igazgató: P. Clairmont dr. egy. ny. r. tanár) közleménye.

A hydronephrosisról klinikai és kisérleti tapasztalatok alapján.

Irta: *Minder Gyula* dr., egyetemi tanársegéd.

A hydronephrosis mai fogalmaink szerint nem egy megbetegedés, hanem kóros folyamatok végstadiuma, melynek lényege a vizelet kiürítésének akadályozottsága. Mindaz, ami a húgylevezető utak normalis mechanizmusát a kelyhektől a külső húgycsőnyilásig bármi módon hosszabb ideig zavarni képes, hydronephrosis képződéséhez vezet.

A hydronephrosis e definitiója már magában foglalja azt, hogy teljesen illogikus keletkezését egy egyetlen, minden esetre érvényes okra visszavezetni, mert nem egy szerv, hanem szervrendszer zavarával állunk szemben, amelyen belül a kóros lehetőségek száma beláthatatlan.

Mindezek dacára az egységes magyarázatra való törekvés ép oly régi, mint a hydronephrosisok ismerete.

Mivel a húgylevezető utak zavartalan működése egyrészt anatomiai, másrészt functionalis épségüktől függ, a hydronephrosis pathogenesisében is két irányzattal találkozunk. Az egyiknél az anatomiai elváltozásokon van a hangsúly, mely szerint hydronephrosis képződéséhez primaer anatomiai akadály jelenléte feltétlenül szükséges, minden egyéb elváltozás csak következményes. Ez az ú. n. mechanikai magyarázat. A régebbi időkben, klinikai ismereteink azon korszakában, midőn hydronephrosisok csak előrehaladott állapotban, mint nagy hasi tumorok kerültek felszínre s a műtéteknél az említett anatomiai akadályok (uretermegtöretés, rendellenes ureterbeszájadzás, kő vagy szükület alakjában) többnyire felfedezhetők voltak, ez a mechanikai magyarázat állott előtérben, sőt általánosan elfogadott volt.

Természetesen az anatomiai akadály már az embrionális életben is felléphetett s nagy jelentőségre tett szert az olyan eseteknél, melyeknél a secundaer elváltozások előrehaladottsága miatt a postembrionalis életben a primaer mechanicus akadály már fellelhető nem volt. Találkozunk ezért olyan felfogással is, hogy úgyszólván minden hydronephrosis congenitalis eredetű, a különbség csak abban nyilvánul meg, hogy az egyiknél a secundaer elváltozások már a születéskor, vagy közvetlenül utána, a másiknál csak évtizedek múlva fejlődnek ki.

A vizsgáló eljárásaink tökéletesbedésével, a veseműtétek számának növekedésével, de főleg a pyelographia általános elterjedésével a mechanicus magyarázat egyeduralma csakhamar megszünik.

A pyelographia két körülményre hívta fel figyelmünket. Egyrészt kitünt, hogy vannak könnyen átjárható, szükültnek egyáltalán nem mondható ureterek, melyeknél hydronephrosist találunk, másrészt vannak sülyedt, dystopsiás vesék határozott uretermegtöretéssel anélkül, hogy hydronephrosis kifejlődne.

Az ehhez hasonló jelenségeket csak úgy tudtuk megérteni, ha feltételeztük, hogy vannak hydronephrosisok, melyek anatomiai akadály jelenléte nélkül fejlődnek ki s létrejövetelükhöz elégséges, ha a vizelet továbbításában résztvevő izomzat változik meg oly irányban, hogy normalis működését és hivatását többé teljesíteni nem tudja. Ez az ú. n. functionalis vagy dynamicus magyarázat.

Az izomzat e csökkent teljesítőképességének eredete lehet veleszületett vagy szerzett, de míg az előbbi, vagyis a levezető húgyutak izomzatának veleszületett gyenge kifejlődése külön bizonyításra nem szorul, a szerzett functiocsökkenés okainak vizsgálatánál csak theoretikus meggondolásokkal, gyulladásos és toxicus behatások feltételezésével kellet megelégednünk.

E kérdés már-már nyugvópontra, vagy mondjuk inkább holtpontra jutott volna, ha segítségünkre nem jön a pyeloscapia, amely módot nyújtott arra, hogy a különböző

magyarázatok eldöntésére oly fontos medencekiürülés körülményeit közelebbről megvizsgálhassuk.

A pyeloscopia értékéről a vélemények még eltérők, nem tartozik tárgyamhoz a kérdés közelebbi megvilágítása, de meg kell említenem, hogy a szakemberek azon csoportja, főleg a francia *Marion* és iskolája, akik a hydronephrosis kizárólagos dynamicus magyarázatát a pyeloscopia eredményei alapján bizonyítottnak elfogadni nem hajlandók, főleg azzal érvelnek, hogy a pyeloscopiai megfigyelések véletlen és subjectiv megítélések alá esnek s ezért ugyanolyan tévedésekre adhatnak alkalmat, mint a gyomorbéltractus átvilágításos vizsgálata. Helyesebb tehát a medencekiürülést sorozatos röntgen felvételeken megrögzíteni.

A hydronephrosis pathogenesise szempontjából a pyeloscopia jelentősége mégsem tagadható, mert e vizsgálat útján oly elváltozásokról kapunk felvilágosítást, melyek tényleg időbeli lefolyásúak.

A pyelographia egy anatomiai helyzetet rögzít meg, megállapítja a dilatatio fokát, alakját és nagyságát. A pyeloscopia ezzel szemben a medencetartalom kiürülésének gyorsított vagy lassított mivoltáról, tehát egy időbeli functióról nyújt felvilágosítást, ami más szóval annyit jelent, hogy a pyeloscopia segítségével a hydronephrosis másik fontos elemét, a késedelmes kiürülést, vagyis a retentio jelenlétét és fokát határozhatjuk meg. E két vizsgálati eljárás a pyelographia és a pyeloscopia tehát nem ellentétes, hanem két egymást kiegészítő vizsgálati módszer s jelentőségük, hogy az egyik a dilatatióról, a másik a retentióról nyújt megközelítő képet.

A hydronephrosis e két jellemző sajátosságának a dilatatiónak és a retentiónak egymástól való elkülönítésének klinikai lehetősége vezetett tulajdonképen ahhoz, hogy a már elintézettnek hitt mechanicus és dynamicus theoriák kérdése újból felszínre került, amire misem jellemző jobban, hogy az idei madridi nemzetközi urologiai congressuson e théma fő vita tárgyát képezte.

A kérdés azonban ma már nem az, hogy van-e egyáltalán dynamicus eredetű, tehát mechanicus akadály nélkül létrejött hydronephrosis, hanem inkább a körül forog, hogy igazak-e azok a megállapítások, melyek épen pyeloscopiás vizsgálatok alapján a francia Legueu iskolájából kiindultak.

Legueu és tanítványai *Fey* és *Truchot* pyeloscopiás vizsgálatokkal megállapították, hogy vannak vesemedencék, melyek teljesen épek, tágulásnak még nyoma sincs, a kiürülés mechanismusa azonban már zavart. E medencék egy része a rendesnél gyorsabban — hyperkineticus medencék — más része a rendesnél lassabban — atoniás medencék — üríti ki tartalmát. Utóbbi esetek megjelölésére a retention sans dilatation" a tágulás nélküli functionális hydronephrosis fogalmát vezették be s szerintük a kifejezetten mechanicus eredetű hydronephrosisok aránylag kis csoportjától eltekintve, ez az állapot tekinthető a legtöbb hydronephroticus elváltozás primaer és első stadiumának. E felfogás lényege tehát, hogy a hydronephrosis pathogenesisében a retentio a primaer és fontosabb tényező, a dilatatio csak a retentio állandósulása esetén fellépő izomtonus csökkenés secundear folyamánya. *Legueu* felfogása szerint a hydronephrosis pathogenesisének ilyen irányú értelmezésével megmagyarázhatók azon már említett s pusztán a mechanicus theoria alapján érthetetlen megfigyelések, hogy nem minden veseér anomália vagy süllyedt vese vezet hydronephrosishoz. A dynamicus theoria szerint az ilyen eseteknél az izomzat tonusa megtartott, tehát nem képződik sem retentio, sem következményes dilatatio.

Bizonyos klinikai megfigyelések, elsősorban műtéti gyógyeredmények e felfogás ellen látszanak szólani. Épen accessoricus veseereknél és vándorveséknél látjuk, hogy kezdődő hydronephroticus elváltozások okozta panaszokat akár a vese felvarrása, akár az accessoricus ér átvágásával megszüntethetjük. A dynamicus theoria szerint az ilyen beavatkozásoktól sok sikert nem remélhetünk, mert hiszen a baj primaer oka, maga az izomzat továbbra is csökkent functiót fog felmutatni.

A dynamicus theoria sem fedi tehát teljesen a gyakorlat megfigyeléseit s így természetesnek kell tartanunk, hogy a dynamicus behatások nagy primaer jelentősége jelentős urologusok előtt is még vitás.

Mivel a kérdést mai vizsgálati módszereinkkel tovább tisztázni nem sikerült, annak eldöntése kísérleti terrénumra szorult. Az ezirányú kutatások közül kiemelkednek *Andler* és *Blatt* kísérletei, előbbi az ureter és vesemedence ennervatiójával, utóbbi az ureter lemeztelenítésével hydronephrosist idézett elő.

Blatt az ureter külső burkát az adventitiáját isophenollal való beecsetelés útján tönkretette s megzavarta ily módon az ureter normalis működését. Mivel az ureterfunctio ilyetén való megzavarása — amely talán egy sympathectomiával hasonlítható össze leginkább — secundaer hydronephrosis kifejlődéséhez vezetett, a dynamicus hydronephrosis hivei e kísérleti megállapításokat felfogásuk igazolására használták fel. E felfogás szerint minden folyamat, mely akár toxicus, bacteriumos, vagy a gyulladásnak per continuitatem való tovaterjedésével az ureter normalis tonusát, tehát peristaltikáját csökkenteni képes, a vizelet levezetés akadályozottságára, vagyis retentio fellépéséhez vezethet. Innen már csak egy lépés, a retentio állandósulása szükséges, hogy a hydronephrosis anatomiai feltétele, a dilatatio is bekövetkezzék.

Mivel az urogenitalis tractus megbetegedéseinél a felsőbb húgyutakban létrejövő elváltozások igen nagy jelentőségűek, azok közelebbi megismerésével kísérletileg foglalkoztam.

Kísérleteimnél elsősorban a prostata hypertrophiánál fellépő secunder elváltozásokra igyekeztem fényt deríteni s csak az e közben észlelt megfigyeléseim késztettek azután arra, hogy eredeti kísérleteimet kiterjesztve a mechanicus és dynamicus componenseknek a hydronephrosis pathogenesisében való közelebbi szerepét is vizsgáljam. Kísérleteimet 1927-ben kezdtem meg, midőn *Blatt* említett vizsgálatai ismeretesek még nem voltak s így az ő kísérleteivel megegyező eredményeimet tőle függetlenül értem el. Összesen 36 állaton, 29 nyúlon és 7 kutyán végeztem kísérleteimet, mintegy másfél évi időtartam alatt.

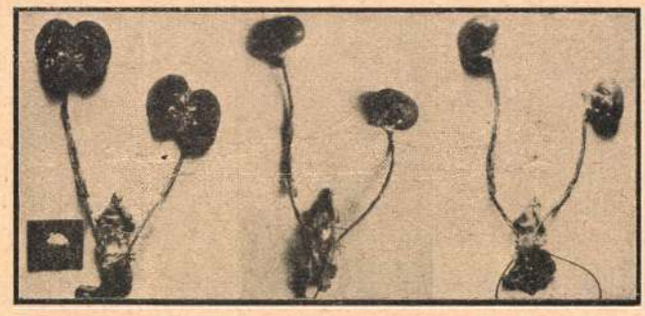
Állatkísérleteimnél úgy jártam el, hogy a ureter és hólyag különböző szakaszain, azok külső felszínén paraffin, majd később cerumen tumort helyeztem el, lehetőleg ügyelve mindig arra, hogy complet ureter elzáródást ne idézzek elő. Kísérleteim más csoportjánál az akadályt magára az uereterre helyeztem el s e célra nemcsak paraffint, hanem felül nyitott draincsövet is használtam.

A dynamicus és mechanicus behatásokat oly módon igyekeztem egymástól elkülöníteni, hogy az ureter különböző szakaszait lemeztelenítettem s a megváltozott viszonyok közt vizsgáltam a mechanicus akadály, az inplantált tumor hatását. A lemeztelenítést többnyire anatomiailag végeztem s csak néhány esetben chemiai úton.

Kísérleti eredményeim éredekesebb esetei közül az alábbiakat közlöm:

3. számú kísérlet, nőstény nyúl. (1. sz. ábra). Medián alsó laparatomiában mindkét uréter legalsó szakaszát 3—4 cm-nyi területen kipraeparálva, az excavatio uterovesicalist kimélyítettem s az így létrejött gödörbe babnyi nagyságú paraffint helyeztem el ólymódon, hogy az által gyakorolt nyomás főleg a jobb uréter hólyag mögötti részét érje. A paraffint környéki zsírral és hashártya redővel borítom be. Az állat a mütétet követő hetedik napon hirtelen exitál. Boncolásánál a hashár-

tyát épnek, a hasüreget folyadékmentesnek találom. Már in situ feltünt, hogy a jobb ureter egész lefutásában kb. 2—3-szor oly vastag, mint a bal ureter. A vesét, uretereket és hólyagot egészben távolítottam el. A jobboldali képen látjuk, hogy az ureterek átjárhatók,továbbá, hogy a bal ureter felületesebben fekszik, mint a jobb. A középső képen a paraffint borító szöveteket eltávolítottam s így jól látható a tumor eredeti helyzete s végül a baloldali képen a visszamaradt gödör és a paraffin eredeti nagysága tünik szembe. A vesék szövettani

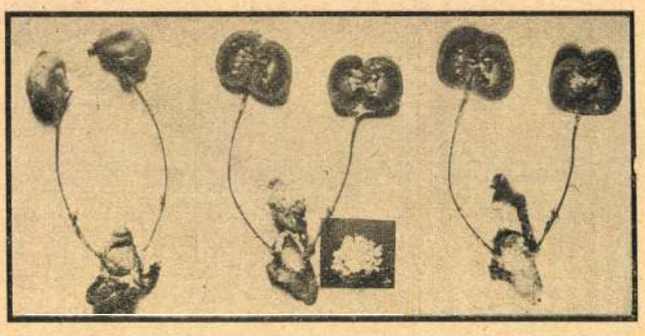


1. sz. ábra. (3. sz. kisérlet). A retrovesicalis tumor elhelyezése után hét napra erős periureteritis fejlödött ki. Ureterek végig átjárhatók. Jobboldali képen eredeti helyzet hátulról tekintve, középen a tumort beborító szövetek lepraeparálva, baloldalt az eredeti tumor és a visszamaradó gödör látható

vizsgálatánál baloldalt ép viszonyok találhatók, jobboldalt azonban az egyenes csatornácskák kis fokban tágultak, a kanyargó csatornácskák, valamint a glomerulusok még épek.

Teljesen hasonlóan jártam el a következő *5. számú kisérletemnél,* nöstény nyúl. (2. sz. ábra) azzal a különbséggel, hogy az inplantált paraffin az előbbinek 3—4-szeresét érte el. Ez az állat is csak hét napig élt, az ureterek csak vékony mandrinnal járhatók át, miközben több helyen megsérültek.

E kísérlet az előbbihez viszonyítva két szempontból mutat eltérést. Először nem látjuk az előbbi esetben észlelt periureteritis hatalmas kifejlödését, másodszor a tumor okozta secundaer elváltozások sokkal kisebbek, mint ahogy az az előbbi kísérlet alapján várható lett volna. Az inplantált tumor ebben az esetben sokkal nagyobb volt, s minthogy mindkét állat postoperativ élettartama egyforma volt a secunder elváltozásoknak nagyobb fokot kellett volna elérniök. Eleinte magam is véletlen kísérleti behatásokra gondoltam s a dolognak nagyobb jelentőséget nem tulajdonítottam.

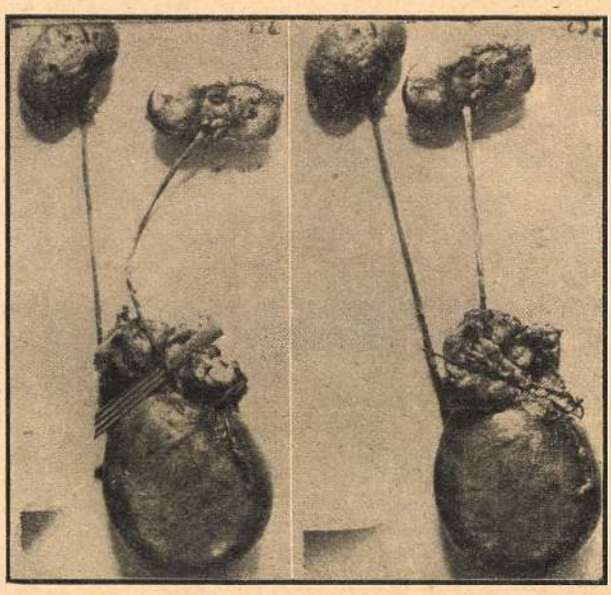


2. sz. ábra. (5. számú kisérlet). Retrovesicalis tumor elhelyezése secunder periureteritis kifejlödése nélkül. Hét nappal a műtét után. Az arteficialis tumor sokkal nagyobb, mint a 3. sz. esetben a vesében kimutatható secundaer elváltozások mégsem növekedtek ugyanolyan arányban, mert periureteritis nem fejthette ki hatását.

További megfigyeléseim azonban arról győztek meg, hogy a két kísérleti eredmény közti különbség csak annyiban írható a véletlenség rovására, hogy azokat nem értem el oly öntudatosan, mint a későbbi kísérleteimnél. Éppen ezért nem térek ki a belölük levonható következtetésekre, hanem egyelőre jegyezzük fel azt a tényt, hogy a 3. számú kísérletnél, amelynél egy előttünk ismeretlen oknál fogva erős periureteritis fejlödött ki, egy aránylag sokkal kisebb tumor nagyobb secundaer elváltozásokat hozott létre, mint az 5. sz. kísérletnél, ahol a tumor elhelyeződése ugyanolyan volt, de periureteritis kifejlödésére sor nem került.

Mivel e kísérlet a periureteritis jelentőségére hívta fel figyelmemet, e kérdést oly módon igyekeztem tisztázni, hogy a tumor behelyezését különböző viszonyok közt végeztem. Az egyik esetben gondosan ügyeltem arra, hogy az ureter falát és borító hüvelyeit meg ne sértsem, a másik esetben éppen ellenkezőleg a kérdéses szakaszt teljesen lemeztelenítettem. Ily irányú kísérleteimet az alábbi eset demonstrálja.

9. számú állatkisérlet, him kutya. (3 sz. ábra). A bal ureter legalsó szakaszára, előzetes lemeztelenítés nélkül kb. diónyi paraffindarabkát helyezünk s azt a hólyagkörüli fasciával rögzítjük. Egy félév múlva az állatot leöltem. boncolásnál az ureter nem tágult s a vesében csak mikroskopicus vizsgálatnál találtunk csekélyfokú hydronephroticus elváltozásokat.



3. sz. ábra. (9. számú kisérlet). Diónyi paraffin tumor a bal ureter legalsó szakasza mögött előzetes ureterlemeztelenítés nélkül, félévvel a műtét után. A csekélyfokú hydronephroticus elváltozások csak mikroskopice mutathatók ki.

Lássuk azonban mi történt, ha ugyanezt a műtétet előzetes ureterlemeztelenítés után végeztem, amint az a következő esetekből kitünik:

7. számú állatkisérlet, nőstény kutya. (4. sz. ábra).

Az állatot, mivel állapota állandóan rosszabbodott, már a műtét utáni hetedik napon öltem le, előzőleg azonban in situ pyelographiát végeztem. A boncolásnál a műtéti területen nagy gennyedést és pelveoperitonitist találtam, úgy hogy a szerveket nem tudtam eredeti helyzetükben eltávolítani. Már a pyelographiából is megállapíthatjuk, hogy az operált oldalon előrehaladott hydronephrosis képződött. Hasonlóan jól szembetünik ez a vesékről készített felvételeimen is. Külön érdekessége ezen esetnek a capsulán észlelhető hatalmas erezettség, melynek jelentőségére most nem térhetek ki, csak említem, hogy az ezirányú vizsgálatok szerint a collateralis vérkeringés kirekesztésével a hydronephrosis kifejlödését meggyorsíthatjuk. Bár e kísérletemnél a teljes ureterelzáródás lehetőségét kizárni nem tudom (a kipraeparált darabon ennek nyomait ugyan felfedezni nem sikerült) a korán fellépett infectio is zavarólag hat, mégis kétségtelennek tartom,

hogy a súlyos elváltozások létrejövetelében az előzetes lemeztelenítésnek szerepe lehetett, mivel egyszerű uréterlekötésnél a fentihez hasonló tágulások csak sokkal később, átlag a harmadik héten szoktak bekövetkezni. Esetünk példa arra nézve is, hogy az infectio korai fellépte mily nagy hatással van a hydronephrosis további sorsára.



4. sz. ábra. (7. számú kísérlet). Előzetes ureterlemeztelenítés után elhelyezett cerumen tumor hatása hét nap után. Az operált baloldalon előrehaladt hydronephroticus elváltozások és feltünő capsularis erezettség.

Kisérleteim egy másik csoportjánál a mechanicus és dynamicus akadályokat a fenti kísérletektől eltérően az uréter különböző szakaszain helyeztem el, s az így elért eredményt alábbi két eseten tanulmányozhattuk.

17. számú állatkísérlet (hím nyúl). A bal uretert a hólyagba való beszájadzáshoz közel egy cm-nyi. felül nyitott draincsőbe ágyaztam, majd annak befejeztével a proximalisan fekvő ureterszakaszt egy darabon lemeztelenítettem. A másik oldalon az uretert a középső és alsó harmada határán, egy cm-nyi területen 20%-os sósavval ecseteltem. Az állat 20 napig élt. Boncolásnál kitünik, hogy a sósavval edzett terület szürkés-feketén elszíneződött, környezetével összenött, de az ureter lefutásában megtörést nem mutat. Baloldalt az uretert vastag kérgesedés veszi körül, amelyből azonban kihámozva megállapithatjuk, hogy az uretertágulás nem az elhelyezett drain vályú megasságában, hanem feljebb a lemeztelenített résznek megfelelő helyen kezdődött. A hydronephroticus elváltozások úgy makroskopice, mint mikroskopice jobboldalt voltak előrehaladottabb stadiumban.

Lényegében hasonló volt az eljárásom a következő *19. sz. kisérletemnél (hím nyúl)* azzal a különbséggel, hogy az ureter lemeztelenítést nem chemiai úton sósavedzéssel, hanem csipesszel való kipraeperálással végeztem s azt követőleg, trauma előidézése céljából az uretert hoszirányban vongáltam. Az állat csak hét napig élt s így a secundaer elváltozások még nem érték el azt a fokot, mint az előbbi esetben. Itt is szembetünik azonban, hogy a baloldalon a tágulás a lemeztelenített rész felett kezdődik. Jobboldalt zavarólag hat, hogy az ureter a drain csövek felett egy cm-nyire megtörést szenvedett, de a lemeztelenitett részen jelenlévő kérgesedés itt is jól látható. A vesék szövettani vizsgálatánál a tágult csatornácskák mellett degenerativ jelenségek, főleg elmosódott magfestés tünt fel.

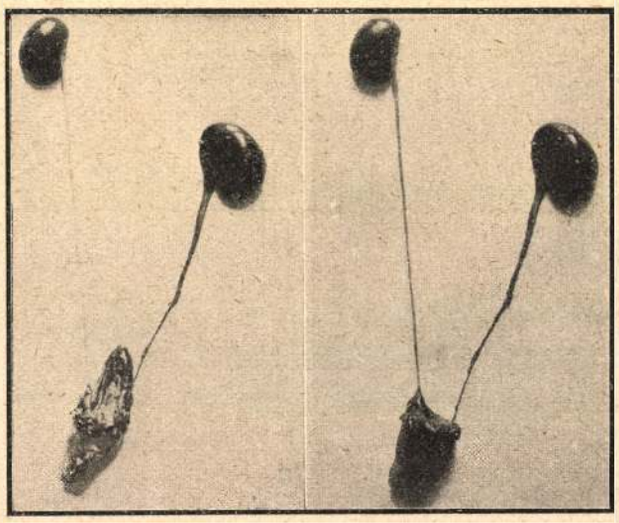
E két kísérletemnél tehát az egyik oldalon tisztán dynamicus úton, a másik oldalon mechanicus és dynamicus factorok együttes behatására idéztem elő secundaer hydronephrosist.

A mechanicus és dynamicus factorok ily módon való elkülönítése azonban mégsem elég tökéletes, lenövések, megtörések secundaer kérgesedések igen zavarólag hatnak, s ezért — amint az a következő kísérleteimből ki fog tünni — más módszert kellett alkalmaznom. A 17. és 19. számú kísérletekből azonban mégis egy tanulság vonható le. Mindkét esetben megállapitható, hogy azokon az oldalakon, ahol csak lemeztelenítés történt inkább a tágulás, viszont a másik oldalon, ahol mechanicai akadály is jelen volt az erős kérgesedés állott előtérben. E tényből azt következtetem, hogy az ureter falának primaer elváltozása, bár hydronephrosis kifejlődésére vezethet, távolról sem oly rossz indulatú és jelentőségteljes, mintha ugyanakkor mechanikai akadály is jelen van. Ilyenkor ugyanis az ureter körüli kérgesedés sokkal kifejezettebb s így uretermegtöréshez vezető lenövések is könnyebben jöhetnek létre. A dynamicus laesio tehát mechanikai akadály jelenléte esetén fokozottabb mértékben hat.

Az ureter lemeztelenítés, vagy mondjuk röviden a dynamicus behatásoknak a mechanicustól való elkülönítése azonban sokkal jobban sikerült azon eseteimnél, ahol a mechanikai akadályt a hólyagnyak külső felülete köré helyeztem, s az ureterek közül csak az egyik oldalt meztelenítettem le. Mivel a kísérletek ilyen kivitelénél a distalisan fekvő mechanicus akadály minkét uréterre egyformán hatott, indokolt volt a feltevés, hogy ha a lemeztelenítésnek, tehát a dynamicus behatásoknak valamilyen szerepük van, úgy a hólyagnyak körüli mechanikai akadály az ilyen lemeztelenített ureterre sokkal rövidebb idő alatt, vagy nagyobb mértékben fogja hatását kifejteni, mint az ellenkező oldalon, ahol az ureter eredeti helyzetét és külső burkait nem bolygattuk meg. E kísérleteimmel megközelítettem a prostata hypertrophia okozta vizelési nehézségek mechanismusát, s így felvilágositást igyekeztem szerezni egyúttal azon vitás pontra is, hogy mi az oka annak, hogy a prostatásoknál a secundaer hydronephroticus elváltozások nem haladnak a két oldalon egymással paralell, illetve nem ritka az olyan eset sem ahol egyáltalán csak az egyik oldalon fejlődik ki a hydronephhrosis.

Ezirányú kísérleteimet az alábbi eseteken mutatom be:

25. számú állatkisérlet. (Nőstény nyúl.) (5. sz. ábra.) A bal uretert a hólyagba való beszájadzásától kezdődőleg, kb. 3 centiméternyi területen lemeztelenítettem, a jobboldali uretert érintetlenül hagytam. Ezután a hólyagnyak külső falán kör-



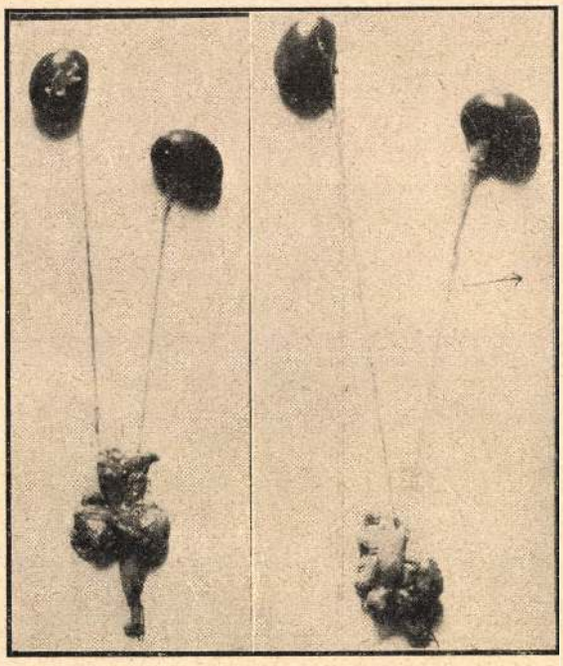
5. sz. ábra (25. számú kísérlet.) Hólyagnyakot kívülről körülvevő tumor hatása a baloldali ureter alsó harmadának lemeztelenítése mellett. Három nappal a mütét után a lemeztelenített baloldalon már tágulás mutatható ki, a másik oldalon, ahol lemeztelenítés nem történt az ureter még teljesen ép.

körös, lefelé tölcsérszerüen keskenyedő cerumentumort helyeztem el. Az állat a mütét utáni harmadik napon exitált. A boncolásnál a hasüregben véres savót találtam, a bal uretert pedig sajátságos, kocsányos oedema vette körül, amelyből azonban az ureter könnyen kihámozható. A bal ureter tágu-

lásának kezdetét kutatva kitünik, hogy *a bal ureter tágulása a lemeztelenített rész felett kezdődik.*

Teljesen hasonlóan jártam el a következő: *34. számú állatkísérletnél, (hím nyul).* A lemeztelenítést itt valamivel feljebb nem közvetlenül a hólyag mögött végeztem, a jobb ureter itt is érintetlen. Ez az állat 20 napig élt, ennek következtében a secundaer elváltozások már kifejezettebbek, mint az előző esetben, *a lemeztelenített oldal nagyobbfokú tágulata itt is szembetünő.* Szövettanilag az előbbi esetben jobboldalt még ép viszonyokat találunk, utóbbinál már mindkét oldalt tágultak a csatornácskák.

A következő *35. sz. kisérletet, (hím nyúl)* (6. sz. ábra) csak azért mutatom be, mert jól mutatja a spincter körül elhelyezett tumor helyzetét. Esetemben a jobb ureter alsó szakaszán végzett lemeztelenítés nem sikerült elég jól, mert nem fejlödött ki periureteritis. A szövettani vizsgálatnál (24 nap után) mindkét vesében az egyenes csatornák tágultak voltak és pedig baloldalt valamivel nagyobb mértékben, mint jobboldalt, aminek magyarázatát abban találtam meg, hogy a tumor helyzeténél fogva a bal ureter müködését erösebben zavarta, mint a jobboldalit.



6. sz. ábra. (35. és 36. sz. kisérlet.) 35. sz. kisérlet (baloldal kép). Az ureter lemeztelenítés nem sikerült, a hólyagnyak körüli tumor 24 nap alatt is csak kisfokú mikroskopiai elváltozásokat idézett elő.
36. sz. kisérlet (jobbaldali kép). A baloldali ureter legfelső harmadát lemeztelenítve egy hasonló nagyságú és elhelyeződésü tumor 24 nap alatt a lemeztelenített részeknek megfelelően már makroskopice is látható elváltozásokat idézett elő.

Mivel a kísérletek szerint az ureterek alsó szakaszának beidegzése gazdagabb, mint a felső részé, feltehető volt, hogy az ureter legalsó szakasza az ilyen lemeztelenítés iránt a rendesnél érzékenyebb. Ennek eldöntése végett végeztem a következő *36. számú állatkísérletemet* (hím nyul) (6. sz. ábra), mely az előbbiektől csak abban tér el, hogy itt az ureterek legalsó szakaszát érintetlenül hagytam *csak a felső ureter harmadot hámoztam ki.* Az állatot a 24. napon leöltem s a *boncolásnál sikerült a lemeztelenített résznek megfelelő tágulást megállapitanom.* A másik oldal úgy makroskopice, mint mikroskopice még ép viszonyokat mutatott s így esetünkben valóban, kétséget kizáróan bizonyíthatjuk a dynamikai behatások szerepét. Esetünkben minkét ureterre hatott a hólyagnyak körüli mechanicus akadály, mégis a secudaer elváltozások 24 nap alatt csak azon az oldalon léptek fel, amelyen előzőleg a lemeztelenítés történt. Ahhoz, hogy a másik oldalon is kifejlődjön a hydronephrosis, sokkal nagyobb élettartam lett volna szükséges.

Az utóbb említett kísérletek közös sajátsága tehát, hogy a mechanicus akadály a hólyagnyak körül volt elhelyezve a dynamicus akadály viszont csak az egyik ureterre hatott. Egy esetünktől eltekintve, ahol ez a lemeztelenítés nem sikerült, mind a három esetben kitünt, hogy a lemeztelenített oldalon vagy rövidebb idő alatt, vagy nagyobb mértékben fejlődtek ki a secudear elváltozások, mint azon az oldalon, ahol ilyen beavatkozás nem történt.

Kísérleteim alapján a hydronephrosis pathogenesise és therapiája tekintetében az alábbi következtetéseket vonhatom le:

1. Kétségtelen, hogy az ureter falának anatomiai állapota a hydronephrosis kifejlődésénél jelentőséggel bír.

2. Az ureter külső burkainak lemeztelenítésével oly állapotot idézhetünk elő, mely magában véve is elégséges, hogy hydronephrosis keletkezzék, de még inkább fokozólag hat, ha egyéb mechanicus akadály is jelen van.

3. Kísérleteim klinikai értelemben azt jelentik, hogy elfogadható az a felfogás, mely szerint az ureter falában lejátszodó neurogen, toxicus vagy gyulladásos eredetű elváltozások az ureter normalis izomtonusát, illetve peristalticáját kórosan befolyásolhatják, minek következménye a vizelet levezetésének akadályozottsága, tehát a retentio fellépte. A húgylevezető utak e functionalis zavara állandósulása esetén a retentiót követi a dilatatio, vagyis a hydronephroticus állapot.

Nem véletlen tehát, hogy a mechanicus és dynamicus factoroknak a hydronephrosis fejlődésében való szerepét éppen klinikus, de főleg sebészi oldalról kísérik oly nagy figyelemmel, mert ennek a kérdésnek eldöntése a radicalis vagy conservativ sebészi beavatkozások szempontjából döntő befolyással bír. Nem kétséges, hogy egy dynamicus eredetű hydronephrosisnál, ahol az izomzat atoniája a baj primaer kútforrása a pyelum resectio sok haszonnal nem járhat s a secundaer nephrectomia előbb-utóbb elkerülhetetlen. Ezzel szemben tagadhatatlan, hogy conserváló sebészi eljárásokkal, nephropexiával, resectióval vagy pyeloplicatióval a hydronephrosisok némely eseteiben gyógyulás is érhető el.

A pathogenesis tisztázása tehát nemcsak theoreticus értékű, hanem igen fontos gyakorlati kérdés, mert a hydronephrosisok therapiájának jövő iránya éppen attól függ, hogy mennyiben sikerül a kisérleti megállapításokat klinikailag is követni. Az intravenás pyelographia és a pyeloscopia e téren nagy reményekre jogosít fel.

Minden elváltozást a dynamicus behatásokra visszavezetni ép oly tulzás volna, mint azok jelentőségét csak másodrendűnek minősíteni. Az újabb kísérleti és klinikai megállapítások azonban határozottan megjelölik az irányt mely felé haladnunk kell. E szerint nem elég a tágulás anatomiai nagyságának a meghatározása, hanem ismernünk kell a medence kiürülés időbeli lefolyását, vagyis a húgyleveztő utak functionalis állapotát is. Csak e két componens együttes ismerete birtokában lehet szó eredményes és céltudatos sebészi therapiáról. E tény felismerésében látom az újabb kísérleti és klinikai megállapítások jelentőségét.

Somogy vármegye kaposvári közkórháza (igazgató: Szigethy Gyula Sándor dr., e. ü. főtanácsos) bőr- és nemibeteg osztályának közleménye.

A recurrens-immunsavó hatása a spirochaeta pallidára.

Irta: *Melczer Miklós* dr.

Mai tudásunk szerint a spirochaeta megbetegedéseknél a szerzett immunitásnak két alakja fordulhat elő. A kórokozók elpusztulásával valódi, sterilisáló immunitás következhetik be, vagy pedig ami gyakoribb, a szervezet és a parasita között dynamikai egyensúly áll be; a baj látszólag gyógyul, lappangóvá válik s bekövetkezik amaz állapot, amit *Ehrlich immunitas non sterilisans*-nak, *Kolle* pedig *infectios immunitásnak nevezett el.* Mind a két esetben immun a szervezet az eredeti kórokozóval szemben. Azzal újra nem fertőzhető.

Noha az infectiós immunitás okát, újabban a parasita periodicus fejlődésével is igyekeznek magyarázni, a kísérleti trypanosoma és spirochaeta megbetegedések mechanismusának a megismeréséből nyilvánvalóvá vált, hogy az immunitás beállták antitesthatás szabályozza.

A sp. pallida felfedezése után, éppen a kísérleti trypanosoma és spirochaeta megbetegedésekből levont analogiák alapján, számos kísérlet történt az infectiós immunitásban levő syphilises szervezet termelte antitestek kimutatására is, de ezek legtöbbje negativ eredménnyel végződött. Századunk első tizedének álláspontját ebben a kérdésben, legjobban talán *Niesser* felfogása világítja meg. Szerinte azt kell feltételeznünk, hogy a syphilises egyén vérsavója védőanyagokat tartalmaz, de annak mennyisége és concentratiója oly kicsiny, hogy a mai módszerekkel sem in vitro, sem in vivo ki nem mutatható, s így therapeuticusan, vagy immunisaló célokra sem használható fel.

Manapság már a *Neisser*-féle felfogásnál egy lépéssel tovább tartunk. Noha a különböző vizsgálatok adatai egymásnak nagyon is ellentmondanak, az ma már nem igen tehető vita tárgyává, hogy a spirochaeta megbetegedések s így a syphilis lefolyása közben, a vérsavóban különféle antitestek jelennek meg.

A syphilises ember vérsavójának ama sajátságát, hogy egyes esetekben a spirochaeta pallidát mozdulatlanná teszi, sőt kis fokban agglutinálja, *Hoffmann E.* és *Prowazek* írta le először. Az utánavizsgálók *egyik csoportja* nemcsak hogy megerősítette *Hoffmann* és *Prowazek* eme észlelését, hanem a sp. pallida agglutinatióját specificusnak mondották ki. *(Zabolotny* és *Maslakowetz).*

Tourraine is azt tapasztalta, hogy a szöveti spirochaeták syphilises egyén savójának hatására csillagszerű csoportokba agglomerálódnak.

A vizsgálók egy *másik csoportja* viszont megengedi, hogy a syphilises vérsavó a sp. pallida mozgását gátolja, de agglutinatio lehetőségét tagadja. Igy *Landsteiner* és *Mucha* kísérleteiben a sp. pallidák savó hatására rendellenes mozgási alakot vettek fel, contractiókat végeztek s nyugalmi helyzetük is rendellenessé vált. *Scharnke* és *Ruete* sem észlelt hasonló kísérleti elrendeződésben agglutinatiót, ellenben szerintük is, a syphilises egyén vérsavója a sp. pallidára kifejezett immobilisaló hatást gyakorolt.

A vizsgálók egy *harmadik* csoportja, a syphilisesek vérsavójában praecipitineket is talált. *(Fornet, Schereschewsky). Uhlenhuth*-nak *és Mulzer*nek viszont, a legkülönbözőbb szakban levő syphilises egyének vérsavójában ilyenféle, a szöveti spirochaetákra hatást gyakoroló anyagokat nem sikerült kimutatnia. Praecipitineket különben *Neisser*-nek sem sikerült észlelni. *Mulzer* szerint tehát a syphilises vérsavóban sem agglutininek, sem pedig a sp. pallidát immobilizáló anyagok nincsenek.

Kolmer is megvizsgálta nagyobb kísérleti sorozatban a normalis emberi savónak, a legkülönbözőbb szakból származó syphilises savónak, továbbá a központi idegrendszer syphilises megbetegedéseiből származott liquoroknak hatását a szöveti sp. pallidára. Ezekben az esetekben agglutinatiót egyszer sem sikerült észlelnie. Később *Matsunami*-val és *Broadwell*-lel végzett kísérleteikben azonban az tünt ki, hogy tenyészetből származó sp. pallidákat a syphilises vérsavó agglutinálni képes. Még pedig minél régibb infectióból származott szerintük a vérsavó, annál kifejezettebb volt az agglutinatio.

Mint említettem *Kolmer*-nek és munkatársainak sikerült a syphilises egyén vérsavójában a *Noguchitól* származó tenyésztett sp. pallidát agglutinaló anyagokat kimutatniok. *Arnheim* viszont s épp így *W. H. Hoffmann, Schereschewsky*, syphilises egyének vérsavójában semmiféle olyan anyagot nem talált, amely a pallida tenyészetre hatást gyakorolt volna.

A syphilises infectiós immunitás során termelődő antittestek kimutatására, felhasználták természetesen az állati syphilist is. *Uhlenhuth*-nak és *Mulzer*-nek, a nyulsyphilis eme két világhírű kutatójának, a syphilises nyulak savójában sem agglutinineket, sem praecipitineket nem sikerült kimutatniok. Később azonban *Plaut*-nak és *Mulzer*-nek sikerült, a *Kolle*-féle törzzsel régen ojtott nyulak savójában, ennek a törzsnek a szöveti spirochaetáit agglutináló anyagot találni. *Blum* szerint syphilissel fertőzött házinyulak savójában antitestek, csak nagyon lassan és igen kis mennyiségben jelentkeznek. Szerinte az agglutininek fellépte, függ a megbetegedés korától s ezenfelül a klinikai tünetektől is. Minél erősebbek a klinikai tünetek, minél generalizálódottabb a virus, annál hamarabb keletkeznek agglutininek a savóban. *Blum* szerint, ez az észlelet nincs is ellentmondásban azokkal a régebbi vizsgálatokkal, amelyek teljesen negativ eredmények záródtak. Ezekben a vizsgálatokban ugyanis, szerinte olyan állatokat használtak fel, melyeknél az infectio három hónál fiatalabb volt.

Viszont ez ellen *Mulzer* újabban felemlíti, hogy *Uhlenhuth*, egészen régen fertőzött állatok savójában sem tudott agglutinineket, vagy praecipitineket találni.

Kissmeyer kiterjedt vizsgálataiban kutatta a normalis emberi, állati, továbbá a syphilises emberi savónak a hatását a *tenyésztett* sp. pallidára. Szerinte a syphilises emberi vérsavó, noha nem állandóan, a legkülönbözőbb szakokban is, specificus módon agglutinálja a pallidákat.

Zinsser, Hopkins és *Mc. Burney* kísérleteiből is az tünt ki, hogy amíg syphilises nyulak savója a tenyésztett spirochaetát nem agglutinálja, addig emberi syphilises savó, főleg ha az az infectión már régen átesett egyénből származott, sok esetben agglutinálta a pallidákat. Megjegyzendő, hogy ezekben az esetekben az agglutinintiter igen alacsony volt.

A syphilises szervezet vérsavójában ezek mellett valószínüleg spirochaetocid antitestek is vannak. Legalább is erre mutat *Eberson* kísérlete. Utóbbi vizsgáló, a házinyul heréjéből származó spirochaetákat tartalmazó szövetnedvet, már régebben fertőzött nyulak serumában suspendálta, majd a suspensiót egészséges állat heréjébe ojtotta be. *Eberson* nagyszámú kísérlete alapján, ama következtetést vonta le, hogy a fertőzésen keresztülesett házinyulak savója védi a megfertőzéstől az állatot, abban az esetben, ha az immunsavó 171 napnál régebben fertőzött állatból származik. 144 nap előtt fertőzött állatok savója nem fejtett ki védőhatást.

Eberson kísérleteit folytatta, lappangó syphilises egyének vérsavójával is, amelyben szintén spirochaetaellenes anyagokat tudott kimutatni.

Eberson kísérleteit utánavizsgálta *Frühwald*. Ő három latens syphilises egyén vérsavójával, nyulheréből származó sp. pallidákat bőven tartalmazó szövetnedvet kevert össze, majd ezt egészséges állatba ojtotta. Esetei közül a korai lappangási szakból nyert savóval sikerült az ojtás. Viszont egy, a kúráját éppen befejező korai tünetekkel bírt egyénnek, továbbá egy, a késői lappangásban levő egyénnek a savójára nem fogamzott meg az ojtás.

Ezzel szemben *Manteufel, Richter* és *Worms* nem talált spirochaetocid antianyagot az immunsavóban; *Uhlenhuth* és *Grossmann* is csupán csak negativ eredményre jutott. A fertőzésen hat hónappal előbb keresztülesett házinyulak savója kísérleteikben, védőhatást nem volt képes kifejteni.

A kórokozót immobilizáló anyagok jelenlétét az immunsavóban, legelőször trypanosoma megbetegedésekben sikerült kimutatni. Mivel a reactio specificusnak látszott, a legelső észlelők, *Laveran* és *Mesnil*, azt a különféle trypanosomatörzsek elkülönítésére is fel akarták használni. Ilyen immobilizáló anyagok jelenlétét febris recurrensben *Pfeiffer* és *Gabritschewsky* mutatta ki. Lábbadozó betegeik savója a spirochaetát 12 órán belül immobilizálta, majd ezeket feloldotta. *Belezki* és *Umanskaja* recurrensben elhalt egyének szöveteiben a spirochaeták rossz festődését, duzzadását, darabokra töredezését látták, amit hasonlóképen elhalási jelenségnek tartottak.

Ilyen immobilizáló anyagnak kell tartanunk, a trypanosomiasisban, *Rickenberg* által felfedezett tüneményt előidéző anyagot is. Nevezett vizsgáló azt tapasztalta, hogy immunállatainak vércseppjében, ha ezt a kórokozóval keverte, a parasiták a vérlemezekkel összetapadtak. *Kritschewski*-nek és *Brussin*-nak sikerült ezt a jelenséget recurrensnél is észlelni; a phaenoment kiváltó anyagot ők thrombocytobarin-nak nevezték el.

A különféle spirochaeta-megbetegedések során keletkező antitesteket a legtöbb kutató specificusnak tartja. *Kolmer, Zinsser* és munkatársainak kísérleteiben például a tenyésztett spirochaeták ellen termelődött antitestek, a szöveti spirochaetákra semminemű hatást nem fejtettek ki. Az irodalomban elvétve azonban találhatók olyan adatok is, amelyek arra utalnak, hogy ezeknél a megbetegedéseknél *csoportreactiók*, sőt *aspecifikus hatás* is érvényesülhet. Igy *Dale* szerint a recurrensben, a krisis alatt olyan anyagok termelődnek, melyek állatait a naganafertőzéstől megóvták. Trypanosomiasisnál *Lange*, továbbá *Mattes* is azt találták, hogy a tryp. gambiensevel immunizált állatok savója, nagy higításban is agglutinálja a különféle rokon trypanosomákat.

Noha a különböző vizsgálók adatai nagyon ellentmondók, az kétségtelennek látszik, hogy a spirochaeta megbetegedések folyamán a savóban a kórokozó mozgását befolyásoló anyagok jelennek meg, melyek azonban sem az eredeti parasitát nem pusztítják el, sem pedig más rokon kórokozóval való fertőzés ellen nem védenek, noha az ilyen keresztezett fertőzések kiváló therapeutikus hatását például idegrendszeri syphilis eseteiben, legalább is részben antitesthatásnak kell tulajdonítanunk.

Azt tudjuk, hogy a recurrens elleni immunitás a syphilis ellen nem véd meg. *Hidaka-nak* majmokon, *Mulzer*-nek pedig házinyulon sikerült ezt kétségtelenül demonstrálnia, de lehetséges, hogy a kiállott recurrens, akárcsak *Reiter* kísérleteiben a syphilises immunsavó, gyengíti az utólagos syphilises fertőzést s annak legalább is a lappangási szakát meghosszabbítja.

Hogy a recurrens immunsavó ad-e csoportreactiót, annak a rokon spirochaetákra, különösképp a sp. pallidára van-e hatása, arra adatot a rendelkezésemre álló irodalomban nem találtam. Pedig a recurrens fertőzés jó hatását az idegrendszeri syphilis eseteiben, a szervezet természetes védőerőinek mozgósítása, az agyhártyák áteresztőképességének a megváltoztatása mellett, még a sp. pallidára gyakarolt közvetlen hatással is magyarázhatnók.

A kérdésnek a megvizsgálására spirochaete recurrenssel immunizált emberek, különféle állatok savóját és szöveti spirochaeta pallidát alkalmaztam.

Két *Dutton*-féle spirochaeta-törzs állt rendelkezésemre. Az egyik törzshöz *Neuber Ede* professor úr, a másikhoz pedig *Fenyvessy* professor úr volt szíves hozzájuttatni, amiért ez alkalommal is szabad legyen hálás köszönetemet nyilvánítanom.

Tekintettel arra, hogy recurrens emberi immunsavót főleg idegrendszeri syphilisben szenvedő betegektől lett volna módom nyerni, akiknek a vérsavójában pedig, már a syphilis lezajlása közben megjelennek spirochaetocid antitestek, ami tévedésre adhatott volna alkalmat, vizsgálásaimat állati savóval kellett végeznem.

A laboratóriumi állatok közül, a recurrens fertőzésre legfogékonyabb az albinoticus egér és patkány.

A kétféle *Dutton* törzsem között, lényeges biologiai különbség volt, ami főleg állatojtáskor tünt ki. A *Neuber* prof. úrtól kapott törzs spirochaetái, noha embernél is, meg állatnál is erős atypusos rohamokat okoztak, még a roham tetőfokán is csak gyéren voltak találhatók a vérben. Emiatt ez a törzs morphologiai vizsgálatokra nem volt jól felhasználható.A *Fenyvessy* prof.úrtól kapott törzs emberre nem volt oly pathogen, de a rohamok alatt, főleg albinotikus egérben és patkányban, igen nagy számban jelentek meg a spirochaeták. Ezért az állat immunitása jól kontrollálható volt s éppen emiatt vizsgálataimat, főleg ezzel a törzzsel végeztem.

Albinoticus egérben sorozatos ojtások után az első roham a 2—3-ik napon állt be, majd 3—4 napi incubatio után 24—48 óráig tartó második rohammal a láz legtöbbször megszünt. Az immunitás a 12—14-ik napon érte el tetőpontját. A 4—5-ik napon az egereknek átlag 30%-a elhullott.

Albinoticus 8—10 hetes patkányban, az első incubatio 3—5 napig tartott. A második roham után szabályszerint, még egy atypusos rövid ideig tartó harmadik roham is bekövetkezett. Patkányaim közül csak alig 3% hullott el.

Noha a spirochaeták tömegesebb jelenléte miatt, fiatal albinoticus patkányok a vizsgálatra alkalmasabbnak látszottak, ezek az állatok oly nagy fokban hydraemiások, hogy jobbnak találtam immunizált kifejlett egerek savóját alkalmazni.

Tájékoztató kísérleteimben, a szöveti sp. pallidát bőven, tartalmazó condyloma-szövetnedvhez, körülbelül ugyanannyi mennyiségű (két normal platinkacsnyi) immunsavót cseppentettem, majd a készítményt fedőlemezzel való leborítása után, hogy a folyadékáramlást és párolgást megakadályozzam, paraffinnal vettem körül. Kontrollképpen normalis egérsavóval kevert spirochaetás szövetnedv szolgált.

Tekintettel arra, hogy a sp. pallida kisebb hőmérséklетingadozások iránt nem tulságosan érzékeny, készítményeimet szobahőmérsékleten vizsgáltam, még pedig s sp. pallida mozgásának a tanulmányozására legalkalmasabb módon, világos-sötéthátterű condensoros megvilágításban.

Schaudinn és *Hoffmann* szerint a sp. pallidát háromféle mozgásfajta jellemzi: 1. hossztengely körüli forgómozgás, rotatio; 2. előre és hátrafelé való haladás; 3. a sp. testének hajlítómozgásai.

Hoffmann újabban a hossztengely körüli rotatio mellett, az ingaszerű hajlítómozgást tartja a legjellemzőbbnek, amely réven a pallida koszorúszerűen összehajolhat, felcsavarodhat.

Oelze leírása szerint, a pallida rotatiójakor, az észlelőnek olyanféle benyomása van, hogy egy rugalmas kettős

inga leng ide-oda. Ezt a benyomást azért nyerjük, mert a pallida nem egyenes, hanem kissé hajlott spiralis.

Az említett recurrens immunsavó hozzácseppentése után, rendkívül érdekes változás állott be a pallidák mozgásában. Közvetlenül az immunsavó hozzáadása után, a sötét háttérben lényegesen módosult a spirochaeták mozgása. A pallidák ugyanis elvesztették, a reájuk legjellemzőbb hossztengelyük körüli forgó mozgásukat, ingaszerű csuklómozgásuk azonban megmaradt.

Oelze a sp. pallida utóbbi mozgásfajtájában ama törekvést látja, hogy vele a sp. alkalmas pontot keres a befuródásra. Ez a fajta mozgás szerinte csakis híg, folyékony anyagban fordul elő. Szünet nélküli hajlító mozgások híg mediumban pedig, a sp. pallida kezdődő degenerálódásának a jelzője volna. *Oelze* eme felfogását recurrens immunsavóval végzett kísérleteim csak megerősíthetik s ennek a felfogásnak az elfogadásával vizsgálataim nagyobb jelentőséget nyernek.

Agglutinatiós vagy agglomeratiós jelenséget, lysist, noha, a készítményeket hét órán át figyeltük, nem sikerült észlelnünk.

Ezek szerint tehát a recurrens immunsavó, ha az az infectiós immunitás tetőfokán levő állatokból származott, kétségkívül hatást gyakorol a szöveti spirochaetákra. Noha ezeket nem immobilizálja teljesen, a pallida legjellemzőbb mozgását, a hossztengelykörüli forgómozgást, közvetlenül már az immunsavó hozzácseppentése után megbénítja, úgyhogy a pallidára jellemző mozgásfajták közül csak az ingaszerű hajlómozgás marad meg, ami pedig Oelze szerint kezdődő degeneratio jele lenne.

Irodalom: *Arnheim:* Zeitschr. f. Hyg. u. Infectionskrankh. Bd. 76. S. 407, 1904. — *Eberson:* Arch. f. Derm. a. Syph. Vol. 3. p. 111 és 775. — Früchwald: Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 148. — *Hidaka:* Z. Immun. forsch. Bd. 14. S. 443. — *Hoffmann* und *Prowacek:* Dermatol. Zeitschr. Bd. 13. S. 565. — *Hoffmann W. H.:* D. med. Wochenschr. 1910. Nr. 22 és 1911. Nr. 34. — *Kolmer:* Journ. of exp. med. Vol. 18. 1913. — *Manteufel—Richter—Worms:* Arb. a. d. Reichsgesundsheitamt Bd. 57. — *Much:* Wien. klin. Wochenschr. 1909. — *Mulzer:* Jadassohssches Hndb. XV. T. 1. — *Oelze:* Münch. med. Wochenschr. 1921. Nr. 9. — *Plaut—Mulzer:* Jadassohnsches Hndb. XV. és 1. — *Schereschewsky:* Deutsche med. Wochens 1913. Nr. 35. — *Uhlenhuth—Grossmann:* Klin. Wochenschr. 1927. Nr. 7. — *Uhlenhuth—Mulzer:* Arb. a. d. kaiserl. Gesundsheitsamt Bd. 44. H. 3. — Berl. klin. Wochenschr. 1913. Nr. 44. — *Zabalotny—Maslakowetz:* Zentrbl. f. Bakteriol. Parasitenk. u. Infectionskr. Abt. I. Orig. Bd. 44. 1907. — *Zinsser, Hopkins—Mc. Burney Malcolm:* Journ. of exp. med. Vol. 21. 1915. *Rieckenberg:* Z. immun. forschg. Bd. 26. 1917. — *Reiter:* Klin. Wochenschr. Bd. 5. 1926.

M. kir. Erzsébet tudományegyetem szülő- és nőbeteg klinikájának (igazgató: Scipiades Elemér dr., egyet. ny. r. tanár) közleménye.

Röntgensugarak haszna a méhenkívüli terhesség felismerésében.

Irta: *Szellő Ferenc* dr., klinikai tanársegéd.

Hogy a szokásos nőgyógyászati vizsgálatnak specialis terhességi röntgen fénykép készítésével való kiegészítése igen értékes szolgálatokat tehet a méhenkívüli terhességek biztos kórismézésében, arra vonatkozólag már régóta vannak közlések az irodalomban. Az eddig ismertetett esetekben azonban csaknem kivétel nélkül a kiviselt, vagy kiviseléshez közelálló, vagy éppen a mumifikálódott, illetőleg megkövesedett magzatnak positiv röntgenlelete volt az, amelyből a kicsiny méh mellett tapintott, nagy daganatszerű képletnek ectopiás terhességből származó voltát sikerült eldönteni.

Igy már a röntgensugarak felfedezése után néhány évre *Imbertnek* (1898), majd *Garrizonnak* (1900) sikerült előrehaladottabb méhenkívüli terhesség esetén halvány magzati csontárnyékokat kapni a röntgenlemezen és pedig *Imbert* esetében állítólag VI. hónapos, *Garrizon* esetében pedig kiviselt terheseknél. Utánuk 1904-ben *Sjögren*, 1906-ban *Lichtenstein*, 1909-ben pedig *Hoffmann* számolt be egy-egy olyan esetről, melyben a kiviselt méhenkívüli terhességet még a műtét előtt biztosan sikerült a magzati csontárnyékokról röntgen-photographiával felismerni, — amely esetek közül *Lichtensteinében* a magzat, mint a műtétnél kiderült, már mumifikált volt. *Rocques* pedig 1906-ban 21 évig a hasűrben hordott, ugyancsak mumifikált magzatot diagnostizált röntgennel.

Küstner 1912-ben további két esetről emlékezett meg, amikor a kiviselt, illetőleg a kiviseléshez közelálló, méhenkívüli terhesség kórismézét a röntgen-felvétel 100 százalékban megerősítette. Ugyanezen időben *Grimmachnak* is sikerült, myomás méh mellett, ezen eljárással hat hónapos méhenkívüli terhesség esetében a kórképet tisztázni.

Az újabb időkből származó *Lars Edling*-féle felvételek között a legkorábbiak állítólag a méhenkívüli terhességnek 5—6. hónapjából származnak, de saját állítása szerint rajtuk az árnyékok meglehetősen homályosan látszanak.

Ugyanő két esetben a negativ röntgen lelet alapján zárta ki a klinikailag gyanított előrehaladottabb méhenkívüli terhességet. Ezen két eset közül az egyikben, mint az a hasmetszésnél kiderült, nagy petefészek tömlő volt a másik esetben pedig a műtétnél méhenkívüli terhesség forgott ugyan fenn, magzat azonban nem volt kiképződve. *Edling*nek azon elméleti okoskodás alapján megfogalmazott állítására, hogy ectopiás terhesség esetén a magzatárnyéknak a röntgen képen az anyai medencecsontok között assimetriásan kell feküdni, — míg a méhenbelüli terhességre a magzatnak a medence közepén való elhelyezkedése volna jellemző, az egyre szélesebb körü és nagyobb számú tapasztalatok épúgy rácáfoltak, mint *Zurhelle* azon nézetére, hogy ectopiás terhességről könnyebb röntgen felvételt készíteni, mint a méhen belül fekvő magzatról, mert utóbbi esetben sokkal vastagabb izomfalon és folyadékrétegen kell a sugaraknak áthaladni, mielőtt a magzatig eljutnak.

Zurhelle különben a bonni női klinikáról szintén beszámolt egy oly kiviselt méhenkívüli terhességről, melyet röntgennel ismertek fel és pedig úgy, hogy, miután méhenkívüli terhességet tapintási lelet alapján teljes biztossággal ki tudtak zárni, fémkutatót vezetett fel a méh üregébe, mikor is a röntgenfelvételen a kutató árnyéka felett jól látszottak a magzati bordák, csövescsontok s a placenta meszes foltjai.

Sitzenfrey — mint *Lars Edling* is — a negativ röntgen lelet alapján zárta ki a méhenkívüli terhességet egy olyan esetben, amikor a kórelőzmény és a klinikai vizsgálat alapján lithopaedionra volt gyanú. A műtétnél aztán óriási ovarialis fibromát találtak, vaskos cseplesz összenövések közé ágyazva.

Füth, Oliver, Baatz, mint *Zurhelle* közli, csak sikertelenségekről tudtak beszámolni. (Zbl. f. Gyn. 1912. 36.)

A legutóbbi években viszont *Knaff* ismertetett megint egy esetet, amelynél kiviselt méhenkívüli terhességet sikerült neki röntgennel ovarialis daganattól elkülöníteni. Sokkal érdekesebb volt ennél a spanyol *M. Pena Rey* esete, amelyben a IX. hónapos terhesség végén nem született meg a magzat, hanem a szülés várt terminusa után egy hónap múlva újra fellépett a menstruatio, de csak négy hónapig tartott s ekkor ismét kimaradt kilenc hónapig, ami után kissé fejletlen s 24 nap mulva elhalt magzat

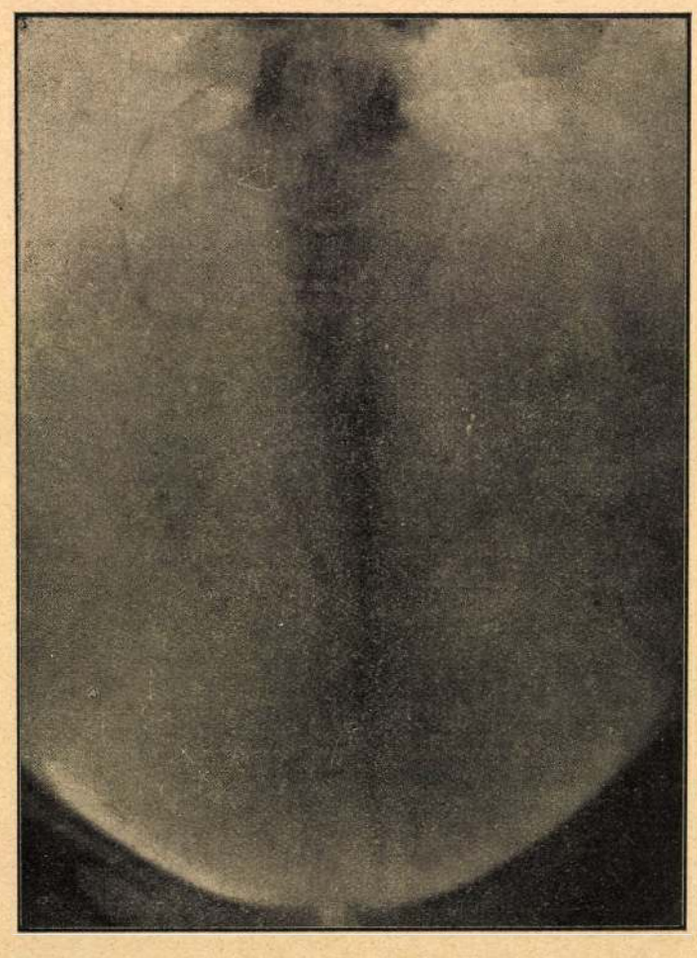
született. A szülés után állandó alhasi fájdalom, étvágytalanság és nagy lesoványodás lépett fel. A nőgyógyászati vizsgálat alkalmával aztán a kicsiny méhtől függetlenül egy nagy baloldali daganat volt tapintható. Ez a magzat az előző méhenkívüli terhességből származott.

Ezeken kívül *Levant Teofik, Butler, Talia* és *Albano* emlékezik még meg a röntgensugarak igénybevételéről a méhenkívüli terhességek elkülönítő kórisméjében. *Albano* szerint egyetlen hátránya ezen eljárásnak, hogy csak a terhesség negyedik hónapja után tud legkorábban döntő felvilágosítást nyujtani.

Azóta, hogy az utero-salpingographia is alkalmazást talált a nőgyógyászat vizsgáló módszerei között, ezen eljárást is igyekeztek értékesíteni a tubaris terhességek diagnostikájában is. Legelőször *Dyroff*, utána pedig *Schneider* és *Eisler, Popovic* és *Smoksvina*, továbbá *Rucker* és *Whitehead* fejtettek ki e téren említésreméltó munkásságot. Ezen eljárással szerintök már a terhesség első-második hónapjában nyerhető méhenkívüli terhességre utaló tünet.

Anélkül, hogy e tünetek mibenlétéről, megbízható voltáról, most részletekbe bocsátkoznánk; annyit még is meg kell említenünk, hogy mindezen tünetek természetesen csak indirekt jelenségek lehetnek, vagyis nem a magzat jelenlétének a kimutatására irányulnak, miért is, bár adott esetben értékesek lehetnek, nem teljesen bizonyító erejűek, mert hasonló röntgen jelenségekkel adnexgyulladások, vagy a függelékekből kiinduló daganatok esetén is találkozhatunk.

Vázolván így a méhenkívüli terhesség röntgen-diagnostikájáról az irodalomból megjegyzendőket, az ezen vizsgáló eljárással elérhetőket most két saját esetünkkel óhajtjuk szemléltetni.



1. ábra.



2. ábra.

Az egyikben a 18 éves, addig másállapotban még soha sem volt nő, 13 éves korában kezdett menstruálni. Havibaja azóta 28 naponkint, 4—5 napi tartammal, görcsök nélkül, közeperős vérzéssel jelentkezett. Az 1930. IV. hó 12-én történt felvételnél pedig azt mondotta, el, hogy utolsó havibaja 1929. XII. hó 19-én a várt időben jelentkezett s a szokott módon folyt le. A klinikára jövet előtt hat nappal hirtelen rosszul lett, ami abban nyilvánult, hogy egész hasában igen erős görcsök támadtak, eleinte hányásingerrel, majd hányással egybekötve. Orvosa hashártyagyulladás gyanújával szállíttatta klinikánkra. Felvételkor a feszülő emlőkben friss, csillogó savót találtunk, a hüvelybemenet pedig csekély kékes elszíneződést mutatott. A valamivel nagyobb méh retroflexio-versioban, balra kinyomva foglalt helyet, Fölötte és részben előtte pedig egy elég jól határolható, tapintásra kissé érzékeny, rugalmas képlet volt a hüvelyboltozat, a medencefal, a köldök magassága és a jobboldali belső lágyékgyürü vonala között kimutatható.

Kórisménket minden valószínüséggel méhenkívüli terhességre tettük, de az sem volt biztossággal kizárható, hogy intrauterinalis terhesség mellett baloldali megcsavarodott kocsányú petefészektömlő van jelen, aminek gyanúját növelte az is, hogy a hüvelyboltozat egyáltalán nem volt ledomborítva és hogy a méhből addig vérzés egyáltalán nem volt észlelhető.

A diagnosticus célból elvégzett *Douglas punctio* híg, tiszta, *sárga savószerű folyadékot eredményezett,* amiből újra nem volt eldönthető, vajjon az egy cystosus daganat benneke-e vagy egy baloldali intact méhenkívüli terhesség magzatvize. Ezért röntgen felvételt készítettünk az asszonynak erősen hátradölt helyzetében, anteroposterior sugárirány mellett, — úgy hogy a medence be- és kimeneti síkja kb. egymás fölé esett és a fősugarat a méh melletti, baloldali képletre irányítottuk. *A fényképen magzati csövescsontok éles és helyenkint elmosódott szélü árnyéka volt felfedezhető a gerincoszlop egy részletével.* (1. kép.)

Miután így a röntgen felvétel minden kétséget kizárólag tisztázta a kórismét, azonnal hasmetszést végeztünk aether narcosisban, amikor is a méh mellett baloldalt egy kis férfiökölnyi, a kürt isthmicus részéből kifejlődött s részben az intraligamentumba is beterjedő képlet volt található, mely kiemelés közben megrepedt és belőle bőséges magzatvíz ömlött szét. A megnagyobbitott nyíláson pedig egy a méretek alapján három hónaposra becsült s függelékeivel érintetlen összefüggésben álló magzat csúszott elő.

Második esetünkben a 41 éves, 23 éve nemi életet élő, negyedszer terhes (három rendes szülés, + egy Ab. a VI. hónapban; rendes gyermekágyak) egyén

első havibaját 12 éves korában kapta, mely azóta négy hetenként, 6—7 napi tartammal, az első három napon erősebb, a többieken gyenge vérzéssel, görcsök nélkül, jelentkezett. Utolsó rendes havibaja 1930. január 16-án a várt időben, szokott mennyiségben és minőségben mutatkozott. Volt még február közepén is havivérzése, de csak igen kis mértékben, a szokottnál rövidebb tartammal. Ez után állítólag egy hét múlva éjjel hirtelen heves hasi és deréktája fájások lepték meg, melyek kisebb-nagyobb megszakításokkal azóta is állandóan tartottak. Erre egy hónap múlva, azaz március közepén, orvoshoz fordult, aki tampon kezelést rendelt neki s mert nem javult, május elején méhenkívüli terhesség gyanújával klinikánkra küldötte.

A felvételkor a 37.3 C° hőmérsékű betegnél az emlőkben csillogó savó, a hüvelybemenetben kis lividitas, a méhből pedig barnás, törmelékes folyás volt megállapítható. A megnagyobbodott méh anteflexioversióban, kissé eleválva és minimálisan balra kihelyezve foglalt helyet. Mellette és mögötte pedig egy képlet volt tapintható, melynek felső határa a köldök magasságáig ért, kifelé a medencefalig, befelé a méh oldaláig terjedt, lefelé pedig mélyen a Douglasba nyult. E képlet és a medencefal közé nem lehetett betapintani. S minthogy mellső falán a méhtől kiinduló kisújjnyi köteget is lehetett tapintani (Scipiades f. 3-as tünetcomplexum, lásd Doederlein Handb. der Geb. II. kötet, 496. oldal), a kórismét jobboldali, intraligamentaris, méhenkívüli terhességre tettük, melynek megerősítésére röntgen felvételt készítettünk. A fényképen a negyedik hónapos korúra tehető magzat kerek koponyájának, gerincoszlopának, bordáinak és végtagcsontjainak, azaz jóformán az egész csontos magzati váznak a rajzolatát lehetett látni a vaskos anyai medencecsontok között és pedig kb. középen, tehát symmetrikusan. Igy kétségtelenné vált a méhenkívüi terhesség és *pedig anélkül, hogy Douglas punctiót kellett volna végeznünk.*

Ezen alapon elvégzett hasmetszés aztán teljes mértékben igazolta a kórismét és pedig még abban is, hogy a terhesség csakugyan intraligamentaris volt. A képletből a burkoknak megszakadása után zöldes magzatvíz ömlött el és a peteürből farfekvésben kibujtatott, méretei szerint IV.-ik hónaposnak minősíthető magzat a kezdődő maceratio jeleit mutatta. Lepénye pedig basiotrop tapadású volt.

A most ismertetett két fiatal intraligamentaris méhenkívüli terhesség közül tehát az egyikben a röntgenfelvétel a punctio ellenére is bizonytalanul maradt kórismét döntötte el, a másikban pedig a kórismét a Douglas punctio nélkül erősítette meg —, bizonyítván ezzel azt, hogy a röntgen felvétel a méhenkívüli terhesség felismerésének is nagyon értékes kiegészítő eszköze lehet már a terhesség első felében is.

Hogy „lehet", azért mondjuk, mert a negativ röntgen lelet, vagyis a magzati csontok árnyékhiánya a méhenkívüli terhesség fennforgását nem zárja ki. Hogy pedig a röntgen felvétel a kórisménck csak „kiegészítő eszköze", azért mondjuk, mert azt, hogy a terhesség méhenkívüli, vele még positiv lelet esetén sem lehet megállapítani, hiszen, mint egyik esetünk is mutatja, a magzat méhenkívüli terhesség esetén is fekhet symmetricusan a medencecsontok között —, miért is a kórisme biztossága érdekében a röntgen felvétel mellett szükség van a bimanualis vizsgálatra is, azaz tapintani szükséges a terhesség idejének meg nem felelő méh mellett, valamelyik oldalt, a röntgenfényképezéssel magzati csontokat mutató képletet.

Irodalom: *Albano:* Clin. Ostetr. 1929. No. 8., ref. Monatsschrift f. Geb. 1930. H. 5/6. S. 436. — *Dyroff:* Zbl. f. Gyn. 1926. No. 27. S. 1798. — *Garrizon:* Handb. vom Winckel 1904, Bd. II. S. 891. — *Grimmach:* Zeitschrift. f. Aerzte Fortbild, 1912. S. 409. — *Hoffmann:* Zbl. f. Gyn. 1909, No. 35, S. 1244. — *Imbert:* Archiv d'électr. méd. 1898. — *Knaff:* Journal de Rad. 1922. 295. o. — *Küstner:* Zbl. f. Gyn. 1912. No. 36. S. 1179. — *Lars-Edling:* Fschr. Bd. XVII. S. 344. — *Lichtenstein:* Münch. Med. Wschr. 1906, Nr. 11. — *Pena Rey:* Ref. Monatsschrift f. Geb. 1930. Bd. 86, S. 82. — *Popovic et Smoksvina:* Fschr. Bd. XXXVIII. H. 5. S. 834. — *Rocques:* Arch. d'élecr. méd. 1906, 594. o. — *Roucker—Whitehead:* Ref. Fschr. Bd. XXXIX. H. 4, S. 776. — *Sitzenfrey:* Prager med Wschr. Bd. XXXI. Nr. 36. S. 463. — *Sjörgen:* Fschr. 1904, Bd. VII. S. 128. — *Sneider und Eisler: Fschr.* 1927. Bd. VII. H. 5. Zbl. f. Gyn. 1927. Nr. 22. — *Zurhelle:* Zbl. f. Gyn. 1912. Nr. 36, S. 1177. Arch. d'électr. méd. 1913. 231. o.

A budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem orr- gégekórtani klinikájának (igazgató: Lénárt Zoltán dr., egy. ny. r. tanár) közleménye.

A mucoceleről.

Irta: *Tóth Aladár* dr., műtőorvos, klinikai gyakornok.

Mucocelenek nevezzük az orrmelléküregeknek serosus vagy nyálkás váladék pangása következtében létrejött kitágulását. A mucocele aetiologiája nem egységes. Létrejöhet a kivezető nyilás elzáródása vagy a nyálkahártya cysticus elfajulása következtében. Az ostium elzáródásának oka lehet tisztán mechanicus, avagy gyuladásos. Azon körülmény, hogy a melléküreg kivezető nyilásának daganatok, főleg osteomák, okozta elzáródása az üreg fokozatos kitágulását hozza létre, *Howart, Bacher, Pfeiffer* és mások esetei óta ismeretes. Az elzáródást okozhatják traumák is és az elzáródás csontos vagy heges lehet. *Cange* esetében s az alább közölt észlelésünknél vaskos callustömeg zárta el a kivezető nyilást; *Uffenorde* a rostasejtek erős kauterezése után látott mucocelet kifejlődni. *Hajek* szerint a trauma következtében periostitis áll be, mely a nyálkahártya catharalis gyuladását idézi elő s ez hozza létre az elzáródást. Daganat, ill. trauma azonban csak ritkán mutatható ki. *Uffenorde* és *Onodi* szerint a legtöbb esetben chronicus sinusitis okozza a mucocelet oly módon, hogy a nyálkahártya duzzadása periodicusan, majd állandóan elzárja a kivezető nyilást. *Benoit* egy esetében sympaticus zavarral magyarázza a fokozott secretiót, majd a nyálkahártyaduzzadás következtében létrejött ostiumelzáródást.

Az esetek kis részében a dilatatio kétségtelenül a nyálkahártya cysticus elfajulásának a következménye. *Gerber* az 1909-ig közölt mucocelek között négy ily esetet talált. Ujabb szerzők közül *Lobell* a cysticus eredetet igen gyakorinak tartja s azt hiszi, hogy az ostium elzáródása csak secundaer elváltozás.

A mucocele a ritkább megbetegedések közé tartozik. *Boeninghaus* az irodalomban ismertetett eseteket 1913-ig összegyűjtve 207 mucocelet talált; 1913 óta még 107 esetet közöltek, úgy hogy az eddig ismertetett mucocelek száma 314. Ezek közül 241 frontalis, 50 ethmoidalis, 15 frontoethmoidalis, 7 sphenoidalis és egy biztos maxillaris mucocele volt. A közölt Highmoor-mucocelekről *Andreya* ugyanis kimutatta, hogy legtöbbje egyszerű fogcysta volt és szerinte egyedül *Dmochowsky* sectios lelete bizonyítja,hogy a sinus maxillaris mucoceleje is előfordulhat. *Boeninghaus* ezzel szemben nem tartja oly ritkának a Highmoor-üregnek ezen megbetegedését és ritka észlelését azzal magyarázza, hogy a medialis fal kötőszöveti része hamar átszakad.

A mucocele fejlődése igen lassú, évekig elhúzódik. *Cange* két stadiumot különböztet meg: az első a sinuson belül lefolyó szak, mely vagy teljesen tünetmentes, vagy periodicus fejfájás, nyomásérzés a melléküreg helyének megfelelően, időnkét fellépő serosus orrfolyás jellemzik. A tünetek periodicitását az okozza, hogy eleinte a mucocele kivezető nyilása csak időnként záródik el. Később amikor a nyálkahártya erősebben megduzzad, az ostium végleg elzáródik és a fájdalom állandósul. A subjectiv tünetek ebben a stadiumban megszünhetnek, amikor a mucocele csontos fala valamely helyen felszívódik s ezzel az ellenállás csökken.

A második szakban csontresorptio, ill. appositio következtében az üreg tágul, fala usurálódik és fellépnek a mucocele typicus tünetei. Ezek közül a frontalis mucoceleknél legtöbbször első a terimenagyobbodás. Előrement trauma esetén sokszor a sérülés helyén lép fel a duzzanat,

egyébként typicus helye az orbita felső, medialis széle, a fossa trochlearis mögött, hol a csont leggyengébb. A terimenagyobbodás rendszerint fájdalmatlan, legtöbbször kemény, a csontos fal felszívódása esetén fluctuáló lehet. *Boeninghaus* szerint jellemző tünet, hogy az elvékonyodott csontlemez nyomáskor pergamentszerűen pattog. Gyakori a felső orbitalis szél feltolódása, a „nasoorbitalis hyperostosis" *(Rollet)*, mely a homlok-, orr-, rostacsont és maxillanyulvány egyesülési helyénél keletkezik, az orrgyököt kiszélesíti és a felső medialis orbitalis szöglet elsimul. Az ethmoidalis mucocelek legtöbbször az orr felé növekednek s igen nagy fokot érhetnek el. *Moure* esetében tyúktojásnyi volt a rostacsontmucocele s perforálva a septumot a másik orrfélbe herniaszerűen beemelkedett. Az iküreg mucocelei a choanákban jelennek meg. Nagy jelentőséget ad a mucocelenek az orbitával való szomszédsága. Legtöbbször korán jelentkeznek a szemtünetek, melyek a mechanicus hatás következményei. Fontos, gyakran a legelső tünet, a strabismus és exophthalmus nélkül fellépő kettőslátás, melyet legtöbbször az obliquus, ill. rectus superior bénulása okoz. A bénulás az ideg direct nyomása, húzása, vagy indirecte táplálóereinek comprimálása következtében jöhet létre. A ciliaris idegek nyomása pupillatágulatot, csökkent fény és alkalmazkodási reactiót okoz. Gyakori a könnycsurgás, melynek oka a hiányos szempillazárás vagy a könnytömlő és könnypontocskák helyzetváltozása. A mucocele nyomása következtében exophthalmus lép fel, a szem leginkább le és lateralfelé dislocalt, súlyos esetekben a bulbus az orbitából teljesen kifordul. A mucocele további sorsa rendesen a fal elvékonyodása, áttörés a szomszédos üregek vagy a külvilág felé, secundaer fertőződés útján pyocelevé való átalakulás.

Klinikánkon az utóbbi években négy mucocelet észleltünk. 1925 januárjában 18 éves férfibeteg jelentkezett azzal a panasszal, hogy jobb szeme egy év óta fokozatosan kidüled és rosszul lát. A jobb szemen nagyfokú exophthalmus volt; a bulbus le és oldalfelé volt dislocalva. Az orbita medialis falán kis diónyi rugamas terimenagyobbodást lehetett tapintani. A látás a jobb szemen 5/25 volt. Rhinoscopiai vizsgálat eltérést nem mutatott. Ezen tünetek alapján mucocele diagnosisát állítottuk fel és Killian f. radicalis műtétet végeztünk. A rostacsont felől behatolva gyermekökölnyi, barnássárga, sűrű váladékkal telt üreget találtunk, mely a jobb sinus frontalison kívül a rostacsontot is magában foglalta s az ikürégig terjedt. Az üreget kitakarítva széles összeköttetést biztosítottunk az orrüreg felé. Per primam sebgyógyulás. Szemtünetek a műtét utáni harmadik hétre visszafejlődtek; Visus 5/12. A beteg gyógyultan távozott.

Esetünk typicus mucocele frontoethmoidalis volt; a tágulat úgy a homlokürégre, mint a rostacsontra kiterjedt. Valószínű, hogy ethmoidalis mucocele forgott fenn, mely a homlokürég alsó falát áttörte és a sinus frontalist is kitágította.

Második esetünket 1927 augusztusában észleltük. 29 éves férfibeteg azzal jelentkezett klinikánkon, hogy két és fél hónap előtt náthája volt erős fejfájás kíséretében. A megbetegedés utáni 9-ik napon bal szemén kettőslátás lépett fel. Szemészeti lelet: paresis n. abducentis et n. trochlearis. Rhinoscopiai lelet negativ volt. A röntgenvizsgálatnál látható volt, hogy egy hátsó rostasejt mogyorónyira meg van nagyobbodva s az orbita felé domborodik be. Killian-féle metszésvonalból behatolva, a lamina papiracea épségbentartásával, megnyitottuk a mucocelet, melyből tiszta savós váladék ürült. Az üreget bélelő megvastagodott nyálkahártyát kitakarítva zártuk a bőrsebet. Műtét utáni 13-ik napra a kettőslátás teljesen elmúlott, a beteg gyógyultan távozott.

Az eset egyik érdekessége, hogy a mucocele a hátso rostasejtekből indult ki s kizárólag orbita felé terjedt. Az ethmoidalis mucocele kiindulási helye ugyanis majdnem mindig az elülső rostalabyrintus. Az irodalomban csak egy hátsó rostasejt mucocelet találtam *(Brindel)*. Az orbita felé való terjedés orrüregi tünetek nélkül szintén ritka; *Chiari* és *Hajek* írtak le egy-egy hasonló esetet. Észlelésünknél egyedüli tünet a kettőslátás volt, melyet a n. abducens és n. trochlearis bénulása okozott, míg az eddigi közlések úgyszólván kivétel nélkül, a m. rectus ill. obliquus superior (n. oculomotorius, n. trochlearis) laesiojáról számolnak be.

1929 januárjában 48 éves férfibeteg kereste fel klinikánkat, aki 13 év előtt homlokán srapnelsérülést szenvedett, mely után műtétet végeztek. 13 évig panaszmentes volt. Felvétele előtt két hónappal a bal szemöldöktájon fájdalmakat érzett. Látása másfél hónap óta romlott. Az orbita felső medialis részén porctapintatú resistentia volt érezhető, a bal szemöldök tája elődomborodott; a szemöldökív medialis széle felett fillérnyi ép szélű, kerekded csontdefectust tapintottunk s e helyen keresztalakú műtéti heg a bőrt tölcsérszerűen behúzta. Mindkét, de különösen a bal középső kagyló hypertrophiás, polyposusan elfajult.

A Killian-féle műtétnél a homlogüreg mellső falán a csont kb. ezüstforintnyi terjedelemben hiányzott és igen szívós kötőszövettel volt pótolva; ennek külső szélén a csupasszá vált homloküregi nyálkahártya boltosodott elő, melyet átszúrva sűrű, szürkéssárga nyálka ömlött ki az üregből. A mucocele orbitalis falán szintén hiányzott a csont s a homloküreg a hajzatos fejbőrnél 2—3 harántujjal magasabbra terjedt. Az üreget bélelő nyálkahártya halvány rózsaszínű volt, sehol gyuladást vagy degeneratiót nem mutatott. Az ostium nasofrontale massiv, callosus csonttömeg következtében teljesen eltünt és csak igen mély csatorna kivésésével lehetett volna a communicatiót az orrüreggel létrehozni. Ettől eltekintettünk és a nyálkahártyát teljesen kitakarítva a homloküreg falát s az orbitalis fal csontmaradványait eltávolítottuk, úgy, hogy a periost-bőrlebenyt rá tudtuk fektetni a sinus frontalis cerebralis falára. Per primam sebgyógyulás. Műtét után 12-ik napra visus normalis, panaszok megszüntek, a beteget gyógyultan elbocsájtottuk.

Kétségtelen, hogy ez esetben a srapnel okozta sérülés indította meg a mucocele képződését. Ezt bizonyítja az ostium nasofrontalet elzáró vaskos callustömeg, amely csakis traumás eredetű lehetett. Az eset azt is mutatja, hogy traumák behatása után igen hosszú idő múlva jelentkezhet a mucocele.

Negyedik esetünk szintén traumás eredetű mucocele volt. 69 éves nőbeteg fejére két év előtt kemény tárgy esett. Pár hónappal utána vette észre, hogy a bal szeme felett daganat fejlődött. Időnként kettősen látott. Egy év óta a bal szeme fokozatosan kidülledt s látása romlott. A bal szem erősen le- és kifelé dislocalt, az orbita nasalis felső felében kis szilványi tömött, rugalmas terimenagyobbodás tapintható. Rhinoscopiai vizsgálat negativ. A röntgen azt mutatta, hogy a két sinus frontalis közös nagy üregbe folyik össze, a septum interfrontale nagyrészt hiányzik. Mielőtt a beteg hozzánk került az egyik szemészeti osztályon a bal felső orbitaszéllel paralel haladó metszéssel megnyitották a mucocelet és az üreget drainezték. A beteg igen leromlott állapotban volt, ezért egyelőre endonasalisan mindkét oldalon szabaddá tettük az ostium nasofrontalet és naponként öblítéseket végzünk.

Az endonasalis műtétet a beavatkozás csekély volta s a cosmeticus eredmények miatt *Reverchon, Worms, Alexandrin* és mások is ajánlják. Az eredmények nem mindig kielégítőek, aminek az az oka, hogy a nagy nyál-

kahártyafelületet ily módon nem lehet kitakarítani, minek következtében a nagy mennyiségű váladék lefolyása nem kielégítő s így a secundaer fertőzésekre lehetőség mindig fennáll; tetézi a bajt, hogy a kivezető nyilás későbbi hegesedés következtében elzáródhatik; ha pedig a mucocelét bélelő nyálkahártya cysticusan elfajult s ezt nem távolítjuk el tökéletesen az endonasalis műtétnél, a végleges gyógyulás lehetetlen. Az endonasalis műtétnél tehát, ha kielégítő is az eredmény, recidivára mindig elő kell készülnünk. E mellett némely esetben, így az ostiumot elzáró vaskos callustömegnél veszély nélkül helyre sem állítható az összeköttetés a mucocele és az orr között. Mindezen okok miatt *Rossier* csak az elülső rostasejtekben fellépő kis mucoceleknél ajánlja az endonasalis feltárást és *Cange, Vanden Wildenberg* és *Gignoux* szerint is a mucocelek legnagyobb része csak külső radicalis beavatkozással oldható meg véglegesen. A műtétnél három körülményre kell különösen tekintettel lenni: az üreg nyálkahártyáját alaposan ki kell takarítani, a tágult csontcsészét eltávolítani s az orral való összeköttetést megteremteni; ez utóbbi néha alig leküzdhető nehézségekbe ütközhetik, mint azt harmadik esetünk példája mutatja.

Tapasztalataink alapján mi is a külső radicalis műtétet tartjuk a mucocele biztos gyógymódjának.

Irodalom: *Andreya:* Arch. f. Lar. Bd. 20. — *Campián:* Orvosi Hetilap. 1928. 25 sz. — *Chiari:* Krankenheiten der Nase. 1902. — *Dmochowsky:* Arch. f. Lar. Bd. 3. — *Gerber:* Zeitschr. f. Lar. Bd. 2. — *Hajek:* Nebenhöhlen der Nase. — *Katz, Preysing:* Handbuch der spez. Chir. d. Ohres u. d. oberen Luftw. Bd. III. — *Lubarsch, Ostertag:* Ergebnisse der alg. Pathol. u. Anat. des Auges. — *Onodi:* Arch. f. Lar. Bd. 17. — *Sprenger:* Arch. f. Lar. Bd. 19. — *Uffenorde:* Die Erkrankungen des Siebbeines. — Zentralblatt f. Hals, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 1—13. — Zentralblatt f. Lar. u. Rhinol. Bd. 29—38.

A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem ideg- és elmegyógyászati klinikájának (igazgató: Benedek László dr., egyetemi ny. r. tanár) közleménye.

Új reflex-kalapács.

Irta: *Thurzó Jenő* dr., egyet. magántanár.

Az ideggyógyászati diagnostikának legfőbb és egyik legfontosabb részét kétségtelenül a reflexek vizsgálata képezi. Az első inreflexet új tünet gyanánt először *Westphal*[1] írja le 1875-ben és azt *„alszár-tünet"*-nek (Unterschenkelphänomen) nevezte el. Vele teljesen egyidejüleg *Erb*[2] is beszámolt ugyancsak több éven át folytatott megfigyelései alapján a *„patella inreflex"*-ről.

A térdreflex kiváltásánál tulajdonképen a mechanikai inger az, ami a reflexmozgást előidézi, a ligam. patellae galvanos vagy farados ingerlése teljesen hatástalan. Ugyancsak eredménytelen az, ha a lig. patellae felett levő bőrt eltoljuk és arra alkalmazzuk a mechanikai ingert. Az ingerlésnek tehát az inakat, vagy azoknak közvetlen folytatását kell érnie, amint azt már *Erb* vizsgálatai is bizonyították. A mechanikai ingerlés is csak akkor hat, ha az gyors és hirtelen ütés alakjában történik. Még igen enyhe ütés is hatásos lehet, ha az gyors és rövid, de a lig. patellaera érvényesülő lassan és fokozatosan növekvő igen nagy nyomás sem vált ki reflexmozgást.

Az inreflexek kiváltásának módja tehát a legaprólékosabb részleteiben is nagy figyelmet érdemel. *Westphal* és *Erb* után az inreflexek kiváltásánál a mechanikai ingerlést végezhetjük a kézfej ulnaris szélével, vagy az enyhén hajlított és összetett újjak hegyével, továbbá egyes eszközökkel. Erre a célra használták egy olló foganttyús részét, egy vonalzó élét, avagy pedig egy stethoscop fülkagylós részének gummival bevont szélét —, amely utóbbi különösen Angliában használt módszer volt. Így használták régebben a reflexek kiváltására a különböző *percussiós botokat.*

Ma mindezek az említett módszerek nem igen nyernek alkalmazást, legfeljebb szükségből. Általánosságban a gyakorlatban a reflexek kiváltására a reflex-kalapácsokat használjuk. Nem látszik egyáltalában lényegtelennek az sem, hogy az inreflexek vizsgálatánál használt eszköz szempontjából is a legkedvezőbb körülményeket teremtsük. Kétségtelen az, hogy igen sok esetben egészségeseknél és különösen a reflexibilitás fokozódása esetén egyes betegeknél az inreflexek és a többi mélyreflexek kiváltása nagy könnyűséggel elérhető. Sok esetben azonban még az idegrendszer szempontjából teljesen egészségeseknél is nehézzé válhat a reflexek kiváltása. Így tudjuk, hogy fertőző bajoknál és intoxicatióknál, nagyfokú általános kimerültségnél a nagyfokú lehülés, az alvás és más külső tényezők hatására is a mély reflexek gyengülése vagy ki nem válthatósága következik be. Ugy ép, mint kóros reflexek sok minden ily külső és belső tényező által befolyásolhatók. Ezért kell az inreflexeket is mindig az ú. n. *optimalis körülmények* között vizsgálnunk. Még így is sokszor számos műfogáshoz kell folyamodnunk, hogy a reflexek viselkedéséről biztos képet nyerjünk.

Fontos követelmény még az inreflexek pontos összehasonlító vizsgálatánál, hogy a reflex kiváltására szolgáló ütés mindig egyforma erősségű legyen. Kétségtelen, hogy ezt még ugyanannál a vizsgáló egyénnél sem vehetjük mindig teljesen állandónak, még ha mindig ugyanazzal a reflexkalapáccsal dolgozik is.

Mindezekre való tekintettel szerkesztettem egy új reflex-kalapácsot, amellyel tényleg hirtelen, rövid és ruganyos és emellett constans erősségű ütéseket alkalmazhatunk Ezenkívül a gyakorlatban eddig használt különböző reflex-kalapácsok előnyeit is igyekeztem egyesíteni az új typusban.

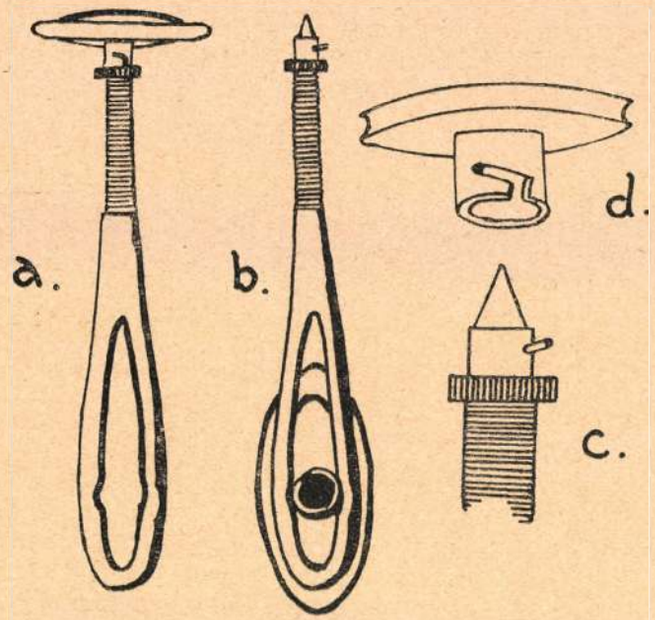
A régebbi, de még ma is sokak által előszeretettel használt *Bratz, Skoda* és *Niemayer*-féle reflexkalapácsok kis ütő felülettel bírnak, ami egyes reflexek kiváltásánál, ha célszerűbb eljárás szerint egyszerre az 1—3 újj begyére akarunk reáütni, ezt ezekkel a reflexkalapácsokkal nem eszközölhetjük. Sokszor a térdreflex kiváltásánál sem éppen a legalkalmasabb a kis ütőfelület, miután kövérebb egyéneknél esetleg csak többszörös ütögetés után találjuk el az éppen legmegfelelőbb reflexkiváltási helyet. A *Kantarowicz*-féle reflexkalapácson a nyélen egy ide-oda mozgatható súlyrész is van, amellyel a kalapács súlyának szabályozása érhető el. Így különböző erősségű ütések vizsgálata mellett a reflexek élénkségének megítélésére igyekeztek bizonyos mértéket kapni. Megfelelő és nagyobb ütő felülettel rendelkezik a *Déjerine*-féle és a kissé kisebb súlyú *Vernon*-féle reflexkalapács. Még célszerűbbnek mondható a *Babinski*-féle kalapács, amelyhez a talpi reflex és általában a bőrreflexek kiváltására egy reflexkalapács nyeléből kicsavarható, hegyes kis foganttyús, szegalakú rész tartozik.

Az új reflexkalapácsnál lényeges ténykörülményt képez az, hogy nyelének alsó felében 5 cm hosszú és kb. 0.8—1.2 cm átmérőjű spiralis acél rugós rész van beiktatva egy közvetlen leforrasztásos kapcsolattal. A nyél további alakulata olyan, hogy az alkalmas módon kézbe illő legyen és a reflex kiváltásánál mutató újjunk, vagy hüvelykújjunk hegyét a nyél közép részén erre szolgáló kis peremen, mintegy megtámaszthassuk. (L. 1. és 2. ábr.).

[1] Über einige Bewegungserscheinungen an gelehmten Gliedern. Arch. f. Psych. 5. köt. 833. oldal, 1875,

[2] Über Sehnenreflexe bei Gesunden und Rückenmarkskranken. Arch. f. Psych. 5 kötet, 792 old. 1875.

Emellett a kalapácsot mindjárt megfelelő módon aszerint vehetjük kézbe, hogy tetszés szerint akár a kalapács fejének szélesebb peremével, akár pedig a keskeny pontszerű részével végezzük el az ütést. *A reflexkalapáccsal a maximalis kilengést végezvén az ütés erejében egy állandónak mondható értéket kapunk.* Emellett az ütések mindig igen rövid tartamúak és ruganyosak, amint azt a *Westphal, Erb, Sternberg* és mások által hangoztatott eszményi követelmények megkívánják. Az ily ruganyos, rövid ütések



1. ábra.



2. ábra.

alkalmazása a betegekre nézve is sokkal kellemesebb, mint a merev nyelű reflexkalapácsokkal mért és néha ki nem számítható módon kissé túlerélyesen történő ütések. Érzékenyebb betegeknél a felszinesebben fekvő csontfelületekre, pl. a tibiára mért reflexkalapács ütések igen kellemetlen fájdalmat okoznak. Ha az ily ütéseket a merev nyelű és az új reflexkalapáccsal összehasonlítólag végezzük magunkon is tapasztalhatjuk,hogy mennyire kevésbbé kellemetlen az új kalapáccsal mért rövid és ruganyos ütés.

Bizonyos megközelítő értékeléssel az inreflexek erősségének fokát is alkalmasabb módon végezhetjük az új kalapács használata által. Ismeretes, hogy az amerikaiak az in-és periostreflexeknél azok fokának jelölésére számokat használnak. „O"-val jelzik a ki nem váltható reflexet, „1"-el a renyhe és „2"-vel az élénken jelentkező reflexeket. Ez a számszerű értékelés az új reflex kalapács használata folytán jobban végezhető el. Az ütés erősségét ugyanis ennél a kalapács fejének rugalmas lengési kitérései szabják meg. Ha egész közel tartjuk az ütés helyéhez a kalapács fejét, úgy kisebb és ha kissé messzebb, úgy középerős kilengéseket végezhetünk a kalapács fejével. Ezekkel szemben áll a legnagyobb erősségű ütést adó maximalis kilengés. Igy tehát az ütés erősségére kis gyakorlat mellett háromféle fokozatban állandó erősségünek vehető ütéseket állapíthatunk meg. A legenyhébb a minimalis ütés, azután egy középerős és végül egy maximalis ütés, amely utóbbi természetesen a legállandóbb értéknek vehető. Figyelemmel kell lennünk természetesen arra, hogy a reflexek kiváltásánál az ütéseket az egy helyben tartott kézzel a kalapács fejének kilengései által végezzük és kezünk lendületét csak a kilengések megindítására és fentartására használjuk fenn.

A minimalis ütéssel is jól és kifejezett módon kiváltható reflexek élénkségi fokát hárommal, a csak közép erős ütéssel kiválthatókét kettővel és csak a maximalis ütéssel kiváltókét 1-el jelezhetjük. Az enyhe ütésnél és igen élénken jelentkező reflexet „>3" fejezhetjük ki, ami már mindig a központi idegrendszer szervi bántalmazottságával járó kóros reflexingerlékenységet, az ú. n. fokozott reflexek jelenlétét bizonyítja. A reflexek élénkségi fokának ily elég megközelítő pontosságú jelölését *reflexometriának* mondhatjuk.

Az új reflexkalapács feje egy kissé kihegyesített ellipsisnek mondható. Ezáltal elérjük azt, hogy tetszés szerint akár a kis ütőfelületet (pl. a Chvostek tünetnél), akár pedig a szélesebb ütőfelületet használjuk a reflexek kiváltására. Ez a *Rossolimo*-féle reflexnél és sokszor az Achilles reflex kiváltásánál is megfelelőbb. A kalapács nyele egy egyszerű mozdulattal kivehető. A nyél végződése itt olyan, hogy a bőrreflexek kiváltására a legalkalmasabb. A végződés ugyanis eléggé hegyes, de egyáltalában nem sértő olyan kb., mint az orosz gyalogsági puskalövedék vége, amelyet a tapasztalatok szerint éppen a háború alatt igen alkalmas módon használhattunk a bőrreflexek kiváltására.

A nyél ruganyos végződése a bőrreflexek vizsgálatánál is lehetővé teszi, hogy azok élénkségének fokát tárgyilagosabban megítélhessük. A nyél rendes fogása mellett ugyanis a kérdéses bőrfelületen való végighúzásnál a legenyhébb nyomás érvényesül. Minél lejebb tartjuk mutatóújjunkat a ruganyos részen a végigvonás erőssége mindig erősebb és legerősebb, ha egész lent a peremre teszünk mutatóújjunkat. Ez utóbbi esetben a spiralis rugónak a hegy odanyomására kifejtett gyengítő hatása nem érvényesül. A kezünkkel kifejtett nyomás erőssége azért vehető állandónak, mert bizonyos foknál erősebb nyomás esetén a végződés nagyobb mérvű elhajlása következik be, amikor is ez a hegy állásán észrevehető. Igy a kifejtett nyomás a hegy egyforma állásának megfigyelése mellett mintegy önkéntelenül szabályozódik. Hogy ez tényleg így van, azt saját magunkon is kipróbálhatjuk.

Az új reflex kalapács két darabra szétszedhető és a kalapács feje a nyél két ága közé szilárdan megerősíthető és így a zsebben hordásra is igen alkalmas. Az új reflex kalapács az eddigiekkel szemben, egyszerűsége és könnyen kezelhetősége miatt is előnyökkel bír és így a gyakorló orvosnak a reflexek vizsgálatára szolgáló egyszerű eszközt a „MONE" orvosi műszerüzem budapesti főüzlete és debreceni fiókja hozza forgalomba, valamint

az *Aktiengesellsch. f. Feinmechanik vorm. Jetter & Scherer*, Tuttlingen és Berlin.

A német gyár által forgalomba hozott reflex-kalapácsnál a nyél igen könnyű, nyolcszögletű, kézbeillő, belül üres és a kalapács feje a sokkal súlyosabb.

RÖVID KÖZLÉSEK A TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSI GYAKORLATBÓL.

A budapesti Törvényszéki Orvostani Intézet közleménye.

A combverőér sértésének érdekes esete.

Az esetet érdekesnek és ismertetést érdemlőnek azért tartom, mert a combverőerén keresztül hatoló szúrás kezdetben súlyos tünetekkel nem járt és az orvosi vizsgálat alkalmával nem is volt felismerhető.

A 18 éves erőteljes, izmos férfit este hét órakor táncmulatságban megszúrták. Két barátja haza vezette. Útközben betértek az orvoshoz, de azt nem találták otthon. Hazaérkezésekor a sértett, anyjának vallomása szerint alig állott a lábán, nadrágja csupa vér volt, bal combja külső oldalának felső részén két újjnyi szúrást látott. A sérülést hidegvízzel borogatták. Másnap sértett felkelt, felöltözött, elment az orvoshoz, aki sebét összevarrta és utasította, hogy három nap múlva újból jelentkezzen. Sértett meg is jelent. Az orvos a kötést megújította és újból utasította a sértettet, hogy további három nap múlva keresse fel. Időközben sértett fenn járt, temetésre ment, ott a tettessel kibékült, azonban az orvos utasításának már meg nem felelt, azért mert lába dagadni kezdett. Erre az orvos látogatta meg őt és saját vallomása szerint látta, hogy sértett lába meg van dagadva és vérmérgezés tünetei vannak rajta. Abban a reményben, hogy a felgyülemlő geny utat törhet, vagy majd ő vághatja fel a sebet, a varratokra ragtapaszt helyezett és meleg lenmagolajas borogatást rendelt. Minthogy azonban a láb tovább dagadt, s a seb felvágása nagyobb orvosi műtétet igényelt, sértettet a sérülést követő 15-ik napon kórházba küldte. A kórházba sértett lázasan, szapora érveréssel érkezett; bal combja felső harmadának külső oldalán mintegy öt koronás nagyságú genyes lepedékkel fedett, folytonosság hiányt találtak, nagy kiterjedésben infiltrált, piros színű, hullámzó udvarban. A másnap végzett operatio alkalmával a szúrt seben keresztül incisiót végezve a bőr alatti kötő és zsírszövet oedemás duzzanatát állapították meg. A fascián áthatolva nagy mennyiségű folyékony és alvadt vér ürült. Erre a nagyerek mentén vezetett metszéssel az aneurysma zsákot feltárták, és a verőéren levő két nyilást hosszában elvarrták. Sértett nagyfokban anaemiás lett, pulsusa alig volt tapintható s halála aznap, tehát a sérülést követő 16-ik napon bekövetkezett.

A boncolás alkalmával a comberek területében a sértés helyén, részben friss, részben elfakult véralvadékokkal telt üreget a combverőéren annak egymással szemközt fekvő falán, kívül négy, belül három csomós varrattal, kifogástalanul egyesített, az értengelyében haladó folytonosság megszakítást találtunk. Az ér sebfalai pontosan összefeküdtek, ürtere a varrás helyén csak kis mértékben volt megszűkítve. Vérrögösödés benne nem volt. A gyűjtőér sértetlennek bizonyult.

Bár a sérülés helyét — a comb felső harmada külső részén — azért mert az egyik operatiós metszés azon haladt keresztül, pontosan meghatározni nem lehetett, kétségtelen, hogy a sértő eszköznek a comb vastag izomzatán keresztül hosszú utat kellett megtennie, hogy az ellenkező oldalon futó comverőeret elérje.

Minthogy ilyen módon nagyon hosszú szúrási csatorna jött létre s a vérzés korlátozásához az is hozzá járult, hogy a sérülések az ér hossztengelyében haladtak; érthető, hogy kezdetben nagyobb vérvesztés nem jött létre, hogy sértett mozgási képessége eleinte nem volt korlátozott, érthető az is, hogy a gyógykezelő orvos nem is gondolva arra, hogy az eszköz a szúrás bemeneti nyilásától nagy távolságban fekvő verőérig el juthatott, annak sérülését meg nem állapította.

Minthogy a köztudat szerint a combverőér sértése rövid idő alatt elvérzéshez szokott vezetni, érthető a védelemnek is az aggálya, amelyet az Igazságügyi Orvosi Tanács megkérdezésének indítványával óhajtott eloszlatni: „hogy eredetileg talán nem is volt jelen verőér sértés, mert verőér sértés esetében igen nagyfokú vérzés állandósul és így a rendelkezésre álló adatok szerint verőérsértés a szúrás alkalmával kizárt". Tettest a törvényszék 1 és fél évi börtönre ítélte, s ezt a büntetést a kir. Itélőtábla nyomatékos enyhítő körülmények szerepeltetése mellett 1 évi börtönre leszállította.

Kenyeres Balázs dr., egyet. ny. r. tanár.

Lőfegyverekkel elkövetett büncselekmények.

1. A. B. gazdatiszt vadászfegyverét javítás végett a falu kovácsának adta át. Utóbbi a fegyvert a patak partján álló deszkabódéban felállított műhelyében helyezte el. Másnap reggel inasainak egyike a bódé nyitott ajtaján keresztül rálőtt a patak partján álló fákon károgó varjakra. A fegyver elsütése pillanatában ért az ajtó elé C. D. fiatal földmíves férfi. A löves arcának és nyakának jobb oldalát érte és pár pillanat alatt halálát okozta. A helyszíni vizsgálat és boncolás megállapításai szerint a lövés kb. 4 (négy) méternyi távolságból érte sértettet. A sérülésekben és környezetükben lőporszemcséket nem találtunk. Előhozatva az elhalt ruháit, azok között egy prémgalléros bekecs került elő s amikor annak gallérját egy ív papir fellett kiporoltam, nagyszámú csészealakú, füstnélküli lőporszemcse került elő. A lelet a gondatlanságból okozott emberölés címén megindított nyomozás során azért volt lényeges, mert három eshetőség került szóba, az egyik, hogy a fegyver tulajdonosa hagyta benn a fegyverben a töltést, a másik, hogy az inasok tették bele, a harmadik, hogy esetleg a kovácsmester tehette bele, aki köztudomás szerint szintén foglalkozott vadászgatással. Ezt a kérdést a gyanusítottak birtokában esetleg feltalált töltények lőporának a bekecsből kiporolt lőporszemcsékkel való összehasonlítása útján lehetett volna tisztázni. Hogy az ügy később, hogy alakult, nem tudom, mert további elintézésében részt nem vettem. Az eset azért érdemel említést, mert bizonyítja, hogy kedvező körülmények között még négy méternyi távolból eredő lövés lőporszemcséi is jelen lehetnek a sérülés környezetében.

2. Csendőrök erdőben portyázva találkoztak a vadorzóként ismeretes fiatal férfivel és azt agyonlőtték. A halottat vidéki orvos collegák boncolták fel; én az ügyiratokat azzal a kérdéssel kaptam, hogy a lövés szemközti, tehát támadó helyzetben, vagy hátulról, menekülés közben érte az elhaltat. A csendőrök előbbit, egy pár tanú az utóbbit állították. Az elhalt hozzátartozói tagadták, hogy sértett vadorzással foglalkozott volna, azt állították, hogy a kérdéses alkalommal sem abból a célból ment puskájával az erdőbe, hanem azért, hogy céllövésben gyakoroljа magát. Ennek bizonyítására a helyszíni vizsgálat alkalmával rá is mutattak egy fára és ennek törzsén a céllövést bizonyító lövésre. Már a futólagos megtekintés alkal-

mával nyilvánvalóvá lett, hogy a bemutatott sérülések nem felelnek meg lövésnek. Egyebek mellett feltünő volt, hogy az egyes lukak szabalyos körben, úgy voltak a központ körül elhelyezve, amilyen módon sörétek nem szoktak beékelődni. Papírdarabbal körül csavart gyufaszállal kutaszolva a lukakat, a papíron ólom rajzolat nem maradt. Rétegenként választva le a lövés helyét, sörétek nem kerültek elő.

A fennebbiekből kiderült, hogy a lövés nyomaiként feltüntetett lukakat — a hatóság félrevezetése célzatával — furóval szándékosan furták.

Kenyeres Balázs dr., egyet. ny. r. tanár.

A Szt. Rókus közkórház I. bel. osztályának közleménye.

Makacs öngyilkosok és kombinált mérgezések.

Az O. H. 1931. évi 2. számában *Pásztor Béla* tanársegéd egy igen érdekes halálos mérgezési esetet közöl, ahol a gyomorsipolyos nő (a gyomorsipoly készítése lúgmérgezés folytán létrejött nyelőcsőszűkület miatt vált szükségessé) a mérget, ez esetben opiumot a táplálkozás céljait szolgáló műtéti gyomorsipolyán keresztül juttatta gyomrába.

Az öngyilkosság eme módja, illetve keresztül vitele, bár nem mindenapos, de éppen e szerencsétleneknél nem tul ritkán fordul elő. Osztályunkon az utóbbi 2—3 évben két halálos és egy-két könnyebb mérgezési esettel találkoztunk, ahol az öngyilkos jelölt a gyomorsipoly nyilását használta fel a méreg bejuttatására.

A lúgmérgezettek tekintélyes része fiatal háztartási alkalmazottak közül kerül ki, s így a művi gyomorsipolyosok is. Aki ismeri e szerencsétlenek életét és elhelyezkedési nehézségeit, azok talán érthetőnek és megbocsájthatónak tartják újabb öngyilkossági kísérletüket.

Táplálkozási módjuk miatt, mely a laikusokban undort keltő, úgyszólván ki vannak közösítve a társadalomból, kerülik a nyilvánosságot, étkezési idejükre elzárkóznak, étkezésükkel sietnek, idegesek, titkolóznak s mivel gyakran nyálukat sem tudják lenyelni — állandóan saliválnak. Idegességüknek, titkolózásuknak meg is van a kellő alapja, mert ha nehezen alkalmazást is kapnak, mihelyt munkaadójuk megtudja, hogy milyen betegségben szenvednek — a humanitás szent nevében — felmond nekik, mivel már a tudat is, hogy alkalmazottuk „csövön eszik", utálatot kelt bennük. De ezeken kívül is igen sok apróbb-nagyobb gondjaik (kellemetlen szag, a sipolynyilás tisztántartása, a férjhezmenés lehetetlensége. stb.) vannak.

A fentemlített okok miatt ezen öngyilkosok mellől a „makacs" jelző — véleményünk szerint — talán elmaradhatna, mert újabb öngyilkossági kísérletüket már nem az első motivumok irányítják, hanem egy új motivum: életük fentartására szolgáló, de életüket megkeserítő gyomorsipolyuk okozza.

A nyelőcsőszükület megoldása művi gyomorsipoly által az egyénre végleges megoldásnak nem tekinthető. Csak a nyelőcső plastica az, ami e szerencsétlenek életét elviselhetővé teszi. A nyelőcső plastica azonban hosszú, fáradtságos munkát, mindkét részről nagy türelmet s specialis gyakorlatot igényel. Tudjuk, hogy hazánkban a lúgmérgezések száma óriási az illetékes körök erélytelensége és halogató-próbálgató politikája miatt. Szükséges volna tehát, hogy sebészeink intensivebben foglalkozzanak a nyelőcső plasticával specialis helyzetünk miatt, annál is inkább, mivel hazánkban a nyelőcsőplastica terén már kiváló eredményeket értek el. (*Bakay* prof.).

*

Ugyancsak az O. H. említett számában és szerzőjétől jelent meg egy másik rövid közlés is, mely szerint a hulla belső részeiben a vegyvizsgálat barbitursavat, brómot, bromuralt mutatott ki, a helyszíni vizsgálat az elhalt kézitáskájában pedig 10 féle különböző gyógyszert, főképen altatókat talált.

Öngyilkossági mérgezési kísérletek egyszerre többféle méreggel, illetve gyógyszerrel nem ritkák. Osztályunk mérgezési anyagának mintegy 5—6 százaléka combinált mérgezés. Vannak sűrűn és ritkábban előforduló combinatiók. A legkedveltebb combinatio az aspirin-chinin, aspirin-hypermangan, aspirin-veronal, de előfordult aspirin-lúg, aspirin-CO, aspirin-morphin, sőt aspirin-novasurol, aspirin-$CuSO_4$, aspirin-sublimat is. Utána a különböző altató combinatiók jönnek, így első sorban veronal-luminal, veronal-adalin, veronal-allonal, veronal-medinal, veronal-pyramidon, veronal-arsen, veronal-novonal. Nem ritkák a lúg-sósav mérgezések sem.

Neuralgiás, migraines betegek a különböző antineuralgicumokat és migrain ellenes gyógyszereket veszik be öngyilkossági szándékból. Itt főképen a pyramidonos combinatiók szerepelnek: pyramidon-migrainin-allonal, pyramidon-phenacetin, pyramidon-aspirin-demalgon, pyramidon-pyridin-allonal, stb. Volt aki férje halála után maradt 5—6 féle digitalis és diureticumot összeöntötte és bevette; egy esetünkben pedig az antilueses kúra céljából felírt Revival és bismuth injectiót szedte be per os az öngyilkos jelölt.

Több ízben a mérget mindjárt chemiai antidotumával vagy hánytatóval együtt fogyasztják el. Pl. morphint $KMnO_4$-el, vagy morphin-atropint, vagy más mérgező anyagot cuprum sulfuricummal. Az összes előfordult combinatiókat nem említhetjük meg s csak a leggyakoribb és érdekesebb combinatiókat jelöltük meg.

A combinatiók összeállítása természetesen gyakran irrationalis. Általában tapasztalatunk szerint a többféle anyaggal történő öngyilkossági kísérletek tulnyomóan gyógyszer maradékokkal történnek. Ezek az öngyilkosjelölteknél vagy a saját vagy a hozzátartozóik betegsége alatt halmozódnak fel. *Balázs Gyula* dr. alorvos.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az insulin a szívbajosok szívének táplálására. (Presse Médicale, 1930. 81. sz.)

A szívizom tápanyagai közül talán legfontosabb szerep jut a glycogennek és a cukornak. Számos állatkísérlet bizonyítja, hogy a szív egyformán használ fel dextroset, galactoset és mannitot. A cukortartalmú Locke-oldatban a csigák szíve sokkal szabályosabban és erősebben húzódik össze, mint a Ringer-oldatban. Fáradt, arythmiás szív glycose hozzáadására szabályosan működik. A cukoradagolás jó hatását vitiumoknál már régebben ismerik; ők maguk rendszeresen adnak 150 g. syrupot betegeiknek s a gyógyszeres kezelés igen hathatós támaszának tartják. A cukor egyrésze elhasználódik, más részét pedig glycogen alakjában fixálja a szívizom. Némely gyógyszer, mint az acethylcholin, a chinidin a szívizom glycogenjét kíméli, míg az adrenalin annak felhasználását gyorsítja. A digitalis, az adott dosis szerint, hol az előbbi, hol az utóbbi irányban hat.

Az insulin hatása a cukor fixatióján és elégetésén kívül a synthesis és degradatio szabályozásában áll.

Ezen combinált, synergicus hatása miatt az insulin igen jó segítőnek bizonyult a szívelégtelenség therapiájában. A gyógyszerek hatását növeli és a hatás tartamát meghosszabbítja.

Adagja napi 2x5—10E, 6—10 napon keresztül. Magasabb dosisok feleslegesek, de veszélytelenek. Az injectio után 15—

20 perc mulva 50 gr. cukrot adnak syrup alakjában. Az injectio utáni fáradságérzés csakhamar az ellenkezőbe megy át. Az insulint vagy más gyógyszer nélkül adagolták, vagy egyéb cardiacumokkal egyidejüleg s végül aortalues esetén az antilueses kurával kapcsolatban, hol a toxicus tünetek csökkenését észlelték.

Számos, ezen kezelés által igen kedvezően befolyásolt különféle eseteik alapján az insulinnak a szivtherapiába való bevezetését ajánlja. *Pély* dr.

Disznógyomorból készült organopraeparatum anaemia perniciosánál. *Lenhartz.* (Deutsche Med. Wochenschrift. 1930. 44. szám).

Megfigyelése szerint a disznógyomorból készített „Stomopson" teljesen egyenértékü a máj készítményekkel. Előnye az, hogy sokkal olcsóbb és olyanok is jól türik, akik a májkészítményeket undorérzés és hányás miatt hosszabb időn át szedni nem képesek. *Kleiner György* dr.

Colitis ulcerosa kezelése vértransfusióval. *Rachwalsky.* (Deutsche Med. Wachenschrift. 1930. 46. szám).

A colitis ulcerosának eddig reménytelen gyógykezelését a vértransfusio lényeges lépéssel vitte előre. 14 így kezelt esetnél 11-nél teljes gyógyulást ért el, 2 eset bizonytalan eredményt adott, 1 eset hatástalan volt. Helyi kezelése feleslegessé vált, étrend csak általános könnyü volt. Egyszerre 400—600 cm^3-t transfundál, amit hat esetben kétszer, 5 esetben háromszor kellett adnia 3—4 hetes időközben. Érdekes, hogy a legsúlyosabb eseteknél volt a legpromtabb hatás.

Kleiner György dr.

Sebészet.

Az arteriafal szövettani vizsgálata uroselectannal való feltöltés után. *Demel, Kollert, Sgalitzer, Wien.* (Ztrbl. f. Chir. 1930. 48.)

Intraarteriásan alkalmaztak uroselectánt. 3-szor a carotis int.-ba, 2-szer a brachialisba és 15-ször az art. femoralisba injiciálták. Egy eset kivételével valamennyi simán folyt le; sem a beteg, sem az ér részéről complicatiót nem észleltek. Csak egy 64 éves arterioscleroticus gangraenás betegnél lépett fel már az injectio alatt a comb lat. oldalán haemorrhagiás infarctushoz hasonló kékes-vörös börelszinesedés, amely fájdalmatlan volt; 24 óra mulva felényire kisebbedett, majd körülírtan demarkálódott a bör, lelöködött és granulatio útján gyógyult. Az injectiót a Poupart alatt a femoralisba adták; a fenti elváltozást úgy magyarázták, hogy a kedvezőtlen keringési viszonyok miatt egy kisebb ágban levő thrombus nagyobb femoralis ágba jutott, amely a megfelelő arteriás böreret elzárta és a per diapedesim támadt vérzés okozta a börterület elszinesedését. Ez a szövődmény indította a szerzőket arra, hogy az uroselectánnak az arteriákra való hatását állatkísérletekben tanulmányozzák. A szövettani vizsgálatok teljesen negativ eredményt adtak; még a keringésből kirekesztett érbe fecskendett uroselectán sem okozott még mikroskopiai elváltozást sem. *Schmidt* kutyáknál 120 gr uroselectánt injiciált egy ülésben ismételten is, circulatiós zavart soha sem észlelt és sectiókor sem találtak intimasérülést. A szövettani vizsgálatok alapján az uroselectán teljesen hatástalan az arteria falára. *Guszich Aurél dr.*

A Pitkin-féle ellenőrizhető spinalanaesthesiával való tapasztalatok. *Prof. Bode,* Hombung. (Bruns Beitr. 150. 4.)

Szerző százötven spinocainanaesthesiában végzett mütétnél szerzett tapasztalatait közli. Szerinte *Pitkin* eljárása jelentős haladást jelent a lumbal-anaesthesia terén. Az érzéstelenitő oldatnak a gerincvelő meghatározott részén való elhelyeződését a spinocain fajlagos súlyával, valamint a fej mélyrevagy magasrahelyezésével éri el. A spinocain viscosus volta a szer diffusióját meggátolja és leszállítja annak mérgező hatását. Megfelelő ephedrin előkezeléssel, valamint a szerhez adott strychninnel sikerül megelőzni az eddigi gerincvelőérzéstelenítettek sokszor vészes vérnyomás-sülyedését. Kétféle töménységben kerül a szer forgalomba; a fajlagosan könnyebb spinocaint sohasem szabad ülőhelyzetben, a nehezebbet csak ilyen helyzetben szabad adni. A lumbalpunctio mindig vékony tüvel és pontosan a középvonalban eszközlendő. *Pitkin* előirását pontosan be kell tartanunk, ha kellemetlenségeket el akarunk kerülni. A rekeszen felüli beavatkozások céljaira a spinocain-anaesthesia nem alkalmas. Egészen a hasüreg felső széléig minden mütét tökéletesen fájdalommentesen vihető ki. Az érzéstelenség 1—1 és ½ óráig tart. Az igen ritka kellemetlen utókövetkezmények okát ezideig nem sikerült kideriteni. Ha szükséges, úgy *Ombredanne* szerint adott igen kis aetherrel sikerül zavartalanul lebonyolitani a mütétet. A hassebészetben a spinocain anaesthesia igen jelentős könnyebbséget jelent. Ez a módszer hivatva van az inhalatiós narcosist a lábtól egészen a hasüreg felső határáig helyettesiteni. Traumás shock esetén ne alkalmazzuk a spinocain érzéktelenitést. Gyerekeknél egészen 14 éves korig, igen izgatott, valamint basedowoidos egyéneknél psychicus shock kikerülésére ezzel a módszerrel is igen óvatosan bánjunk.

Marx József dr.

Szemészet.

Záradéktestek mesterségesen előidézett conjunctivitisnél. *Gifford és Lazar:* (Archives of Ophthalmology, 1930. okt.)

Szerzők a *Szily* által ajánlott pseudotuberculosis rodentium bacillus-törzzsel házinyul kötőhártyáján genyes gyuladást idéztek elő, mely egy hónap mulva duzzadt alapszövet mellett folliculosisba ment át. Ezzel párhuzamosan 25%-os nicotin vizes oldatával és crotonolajjal házinyul és tengerimalac conjunctiváján izgalmi gyuladást idéztek elő. Mindhárom esetben találtak a conjunctiva hámkaparékában záradéktesteket, amelyek a szerzők véleménye szerint azonosak a Halberstaedter—Prowaczek-félékkel, ebből azt a következtetést vonják le, hogy a záradéktestek jelenléte semmiféle conjunctivamegbetegedésre nem jellemző és a Herzog-féle theoria, mely szerint a chlamydozoon a gonococcus involutiós alakja, szintén nem állja meg a helyét.

A neuritis retrobulbaris toxica kezelése nitrosclerannal. *R. Pflimlin.* (Kl. Mbl. f. Aug. 1930. dec.)

Az a tapasztalat, hogy opticusmegbetegedéseknél értágító szerek jó hatással vannak, arra indították a szerzőt, hogy nicotin-alkohol okozta neuritis retrobulbaris eseteiben is kipróbálja. A közölt 16 esetben a látás nagy mértékben javult; a szemfenéken rendes és vörösmentes fényben található elváltozások (decoloratio papillae, macula lutea ú. n. márványszerüsége) csökkennek, de teljesen nem mulnak el. A közölt esetek egy részénél előzőleg rendelt abstinentia nem vezetett látásjavulásra. Mivel a kezelés ambulanter is kivihető, a szerző az alkalmazását ajánja. *László György* dr.

Sympathiás ophthalmia, Elliot-féle trepanatio után. *H. Schönenberger.* (Arch. f. Augenheilk. 125. köt. 29. old.)

Az Elliot-féle trepanatio után egy, másfél hónapra, illetőleg két évre keletkezett sympathiás gyulladás három ritka esetét ismerteti. A klinikai diagnosis dacára a histologiai lelet csak egyiknél volt typusos, a másiknál annak kezdő stadiumát, harmadiknál pedig a lappangó iridocyclitis képét mutatta. Ez utóbbi esetben a typusos klinikai lelet miatt sympathiás gyulladásra kell gondolnunk, de azt a lehetőséget sem vethetjük el, hogy itt egy ismeretlen eredetü iridocyclitis keletkezett előbb az operált, később a másik szemen.

Papolczy Ferenc dr.

Gégészet.

A 2. kopoltyúív nagy, elgenyedt tömlője. Mütét. Gyógyulás. *Bárány Róbert.* (Upsula). (Acta otolaryngologica. XIV. 3—4.)

29 éves nő jobb alsó állkapocsszöglete alatt fluctiáló tumorát szakorvos bemetszette, ekkor büzös geny ürült. Azóta állandóan genyed. Lipiodolos töltés mogyorónyi üreget derit ki. Mütét a száj felöl. A tömlő falát újjal hámozza ki. Tömlő csúcsa a koponyaalapig ér. Kiindulása a j. o. Rosenmüller-féle árokból. Hátsó fala a nagy edények hüvelyére fekszik rá és innen könnyen lefejthető. Igen nehéz az alsó polus kifejtése az előrement incisio miatt. 14 nap alatt sima gyógyulás. Szövettani vizsgálat szerint többrétegü laphámmal bélelt, kérges kötőszöveti falu cysta. A hám alatt sok nyiroktüsző van.

Zoltán dr.

Ismertetés a gége hibás alakulatairól. *Steinmetz.* Path.-Anat. Inst. Univ. Wien. (Z. Hals-usw. Heilk. 26, 21—34. 1930.)

Szerző részletesen elmondja a makro- és mikroskopos vázlatát a talált kettős hibás gégealakulatról. Az első egy 14 napos csecsemő-, akinél az epiglottisnak teljes hiánya volt jelen. Klinikailag időnkinti stridor, melyet *Steinmetz* functionalisnak fogott fel. A második gyerek egy 8 hónapos fiú, hosszabb betegeskedés után, mely alatt tracheotomiát csináltak nála, amely a légszomját nem szüntette meg marasmusban és pneumoniában halt meg. A gyürüporc lapján a medián síkban egy teljes hasadás állott fenn. *Soós Dezső* dr.

A hangszalagok adductorparesise maláriánál. *Buccelli.* (Atti. Clin. oto.-ecc. iatr. univ. Róma 27, 7—9. 1929.)

22 éves maláriás nőbeteg esetét közli, kinél a két m. cricoarytaenoid. lat. és a m. interarytaenoideus hirtelen insufficiens lett. Öt napig tartó lázas állapot után a beteg hangja jelentősen mélyebbre szállt. Szigorú hallgatás, strychnin adagolása per os és helybeli galvanisatiós kezelés és egyidejü chinin kezelésre három hónap után teljes gyógyulás. Szerző szerint a bénulás nem volt a chinin adagolás következménye, mert a chinin ritkán idéz elő idegkieséseket, hanem specificus bénulás volt, mely mindkét hangszalagot érte és atrophiás

jelenségeket nem okozott. Szerző *Marchiafava* esetére mutat rá, hol sectiónál (maláriás beteg) a szürke állományban igen nagy elváltozást és különböző magvak területén parasiták felhalmozódását találták. *Soós Dezső dr.*

Gyermekorvostan.

A pertussis korai diagnosisa, vaccinás kezelése, az általa okozott laesio helye és a kisérleti pertussisról. *L. W. Sauer és L. Hambrecht.* (Journ. of the Am. Med. Ass. V. 9.; Illinois Med. Journ. 1930. VII. J. of. the Am. Med. Ass. 91.; Arch. of Pathology V. 8.; Am. journ. of Diseases of Children V. 37.)

Az Egyesült Államok 1926. évi statisztikája szerint a gyermekkori fertőző betegségek között a legnagyobb halálozást a pertussis okozta. 1926 óta a pertussis halálozás csökkenő tendenciát mutat. A halálesetek 50%-a 1 éves kor alatt, 25%-a 2 éves kor előtt fordult elő. A közvetlen halálok legtöbbször másodlagos bronchopneumonia, enteritis, illetve ecclampsia volt.

A korai diagnosis felállítását megnehezíti az a körülmény, hogy a jellegzetes fehérvérsejtszaporulat és relativ lymphocytosis csak a fertőzés szempontjából legveszedelmesebb hurutos szak lezajlása után észlelhető. Szerzők a kezdeti szakban leginkább beváló diagnosticumnak a *Chievitz Mayer*-féle eljárást tartják. Véres burgonya-agar lemezt tartalmazó petricsészét tartanak a beteg szája előtt kb. 8—10 cm-re explosiv typusú köhögésnél. Ilyen köhögést a pharynx megérintésével, hideg víz itatásával, futás, sirás vagy neveléssel váltanak ki. A táptalaj a 2. nap végén vizsgálandó. A coloniák fényló, higanyszerű, kb. 1 mm átmérőjű, kiemelkedő éles szélü cseppek, ráeső fényben sötét, átesö fényben világos udvarral körülvéve. A bacillus pertussis Gram negativ, kis, halványan, gyakran bipolárisan festődő, elsö isolálás után ovoid bacillus, mely további átoltás után cocussszerű lesz. Hasonlít az influenza bacillushoz. Jóllehet a bacillus bronchisepticus is okozhat pertussishoz hasonló kórképet, a reconvalescens savóval való complement kötés és agglutinatio az előbb leírt bacillus kórokozó volta mellett szól. Szerzők 175 esetben alkalmazták az említett táptalajt a hurutos szakban (első 4 nap) az esetek 98%-a volt positiv (53 közül 52), a paroxismalis szakban (első 4 hét) 70%, a későbbi szakban egy sem volt positiv (36 eset). Ezt az eljárást Dániában hivatalosan alkalmazzák.

A vaccina therápiára nézve az anyag és adagolás különböző volta miatt eltérő, sőt ellenkező eredményeket találunk az irodalomban. *Madsen* a Faroe szigeteken az 1923-iki járvány kapcsán tanulmányozta a vaccina therapiát. 4 naponkint adott 3 ízben injectiót 3—5—7 billió elölt bacillussal. Azt találta, hogy nem vaccináltak között 12-szer nagyobb volt a mortalitás. Jelentéséből azonban hiányzik az észlelt gyermekek kora, az észlelési évszak és az ápolási viszonyok a vaccinált és controll gyermekek között. Szerinte a vaccina nem lehet prophylacticum, de therapeuticusan alkalmazva, lehetőleg a betegség kitörése előtt 1 héttel igen jó eredményeket mutat.

Szerzők 100 esetben vaccináltak 3 injectióval, eleinte 1—3—5 billió, később 3—4—5 billió elölt bacillust alkalmazva 3 naponkint a korai szakban, még a vérképeltérés megjelenése előtt. Mind a 100 vaccinált pertussisban megbetegedett és a betegség lefolyása és kimenetele nem volt kedvezőbb, mint 100 be nem oltott, intézetben kezelt controllbetegnél.

Egy klinikus kedvezőbb eredményeket látott tejinjectiókra, mint vaccinakezelésre.

Szerzők a legsúlyosabb lefolyást bronchopneumoniás szövődmény nélkül 5 éves fiúnál láttak, ki 12 vaccina oltást kapott. Szerintük egyetlen helyes prophylacticum, a korai diagnosis, amely ugyan a betegség lefolyásán nem változtat, de lehetővé teszi a korai elkülönítést, a tovaterjedés megátlását.

1912-ben Japánban *Inabának* sikerült állítólag kísérleti pertussist előidézni, de fehérvérsejtszámot és vérképet nem nézett és a complementkötést is csak oltás után. Szerzők 28 majomnál próbáltak előidézni kisérleti pertussist. 5 esetben intrapharyngealisan adott friss bacillus typusos pertussist idézett elő jellegzetes vérképelváltozásokkal. Spray, bedörzsölés, vagy mesterséges bacillus aspiratio eredménytelen volt, csak 3 esetben, mesterséges asphyxiában az orrba cseppentett bacillus emulsio felszippantása idézett elő 1—3 hét mulva pertussist. Ezen állatok leölése után a larynx, trachea és tüdőben pertussis B. volt található.

A betegség lényegének felismerését megnehezíti, hogy a laesio typusos helye csak letalis eseteknél állapítható meg, azonban ilyenkor a betegséghez társult complicatiók elhomályosítják a képet. *Mallory* és *Hornor* a laesiót a tracheába és bronchusokba supponálja. *Heinrichsbauer* és *Dominici* a laesio helyét a larynxba teszik. *Pospischill* a tüdő szövetébe helyezi; ez magyarázza szerinte a fellépő különleges légzési zörejeket. *Feyrter* szerint a pertussis tulajdonképen bronchiolitis és peribronchiolitis.

Szerzők csecsemők és experimentalisan előidézett pertussisban szenvedő majmok lélegző tractusát vizsgálták kórbonctanilag. Egyik majmot a gyógyulás szakában, a másikat a kezdődő complicatio fázisában ölték meg. A larynxban és tracheában bacillusok voltak fellelhetők a nyálkahártya teljes épsége mellett. Elváltozást a kisebb bronchusokban találtak, a szövődményes eseteknél a bronchiolusokban. A laesio macroscopice elszórtan kis, tömött, sötétvörös foltok alakjában mutatkozott; histologice a bronchusok körüli atelectasia, felszaporodott rostos szövet és gömbsejtes beszürődés volt észlelhető. A beteg bronchusok körüli alveolusok sedimentummal voltak kitöltve. Az erekben és capillarisokban is duzzadás volt. A nagy ereknek csak a beteg bronchusok felöli területe volt infiltrált, a másik ép, B. pertussis nagy számban volt a beteg bronchusokban és bronchiolusokban, de más bacterium a szövődményes esetekben sem volt kimutatható. Szerzők szerint a szövődményes bronchopneumoniát is a B. pertussis okozza. *Péterfy Mária dr.*

Urologia.

A prostata tultengés kezeléséről. Prof. Dr. *P. Janssen.* Düsseldorf. (Zeitschrift f. Urol. Chir. 30. köt. 1—2. füz.)

A prostatatultengés gyakorisága, gyakori malignus elfajulása és az általa előidézett általános szervezeti ártalom indokolttá teszi, hogy a prost. túltengés kezelését revideáljuk s a műtéti javallatot tágabbra szabjuk.

Vizsgálatnál a localis leletre, a vese állapotára és az általános állapotra kell tekintettel lenni.

Elsőnél a vizelési panaszok sulyossága és nem annyira a per rectum lelet, mint inkább a cystoscópia a döntő. A vese állapotát szerző — ugyanúgy, mint klinikánkon is — a higitás concentratio, vér delta és rest nitrogen értékek alapján ítéli meg. Általános állapotnál nemcsak az érrendszer, légzőszervek és gyomor-bélcsatorna állapota, de a pangó vizeletből felszívódott ureum toxicus hatását is tekintetbe kell vennünk.

Kezelés: I. st.-ban. A kezelés feltétlen conservativ legyen. (Diaeta, langyos ülőfürdő, székrendezés.) Kerülendő: Diureticum adagolása, továbbá infectio veszélye miatt hólyagöblítés is. Röntgen, radium nem ajánlatos. Organotherapia céltalan. Pregl-pepsin oldat befecskendezése megkísérelhető.

II. st.-ban: Complét vagy incomplét retentio esetén hólyagkiürítés, lehetőleg két részletben, utána 2—3 napra a mirigy decongestionálására állandó catheter, ezzel a betegséget az első stadiumba vihetjük vissza és ennek megfelelően kezeljük. Ismétlődő retentiók esetén azonban a mütéti indicatiót állíthatjuk fel. Chronicus retentio absolut mütéti javallatot képez, feltéve, hogy a vese ép és az általános állapot jó. Szerző 50—80 cm residuum mellett már prostatectomiát végez.

III. st.-ban az urosepticus állapot megszüntetésére az uropoeticus rendszert lassan fokozatosan tehermentesiteni kell. Ugyanígy járunk el akkor is, ha a prostatatultengés diabetessel, arteriosclerosissal, emphisemával szövődött. A beteg magas kora azonban a gyökeres mütétre ellenjavallatot nem képez. E harmadik st.-ban palliativ mütét és pedig Witzelszerint végzett cystostomia jön szóba. Ezenkívül röntgen mély besugárzást végzünk. Szerző a prostata csonkító mütéteknek, úgymint a Luys és Joung-féle mütéteknek nem hive. A gyökeres mütét javallatait röviden a következőkben összegezi: I. Residuum nincs, de gyakran totál retentio, vagy vérzés vagy fertőzés lép fel, végül socialis viszonyok. II. 50—80 cm-es állandó residuum. III. Helyi szövődmények (kő, diverticulum, carcinóma).

A kétüléses prostatectomiát akkor végzi, ha a beteg előreláthatóan csak hosszabb idő mulva lesz alkalmas a mütétre, ellenkező esetben egy ülésben végzi a mütétet s előtte állandó cathetert alkalmaz. Tropacocainnal végzett lumbal-anesthesiában operál; hypertonia esetén epiduralis és infiltratiós érzéstelenitést végez. Epicystostomiával egyidejüleg a vasectomiát is elvégzi.

Szerző ezután részletesen tárgyalja a transvesicalis és perinealis prostatectomia előnyeit és hátrányait és utóbbi közül főleg a rectoperinealis és rectourethalis sipoly képződésre hivja fel a figyelmet. Ő maga a transvesicalis mütét hive. A mütét után a beteg korai felkelését ajánlja, légzési gyakorlatokat végeztet. Hatodik napon a draincsövet eltávolítja és 8—10 napon hólyagmosásokat kezd.

Késői szövődmények között a hólyagnyak merevedés folytán fellépett és tágítással könnyen megszüntethető szükületet említi, továbbá koncrementum képződést, melynek eltávolítása sohasem történjék lithotripsiával.

Korai mütét fontosságát hangsulyozza. *Rochlitz* dr.

Elméleti tudományok.

A bőr cholesterintartalma besugárzás után. *Kawaguchi.* (Biochem. Z. 221. köt. 1930.)

Egyenlő korú és egyformán táplált tengeri malacok bőrének cholesterintartalma szük határokon belül állandó, az egyes testfelületeken azonban más- és más, pl. a has bőrében mindig több cholesterin van, mint a hátéban. Napfény hatására emelkedik a cholesterintartalom, gyengébben hat besugárzás ultraviolett sugarakkal, röntgenfénynek pedig semmi hatása nincs. A cholesterintartalom megnövekedése nemcsak a besugárzott bőrrészben következik be, hanem mindenhol. A besugárzás után ennek mennyisége is ugyanúgy emelkedik, mint a cholesteriné. *Láng Sándor* dr.

A histaminhatás befolyásolása kolloidok által. *Bernfeld.* (Biochem. Z. 224. kötet. 1930.)

Tengeri malac túlélő belének histaminra beálló összehúzódását kolloidok (kaolin-, talkumsuspensio, friss izomkivonat) hozzátétele megváltoztatja és pedig az adsorbens kis mennyiségének hozzátétele erősíti, nagy mennyisége csökkenti a histamin hatását. *Láng Sándor dr.*

Thyroxin hatása a lipoidanyagcserére. *Leites.* (Biochem. Z. 221. köt., 1930.)

Az olajetetéssel okozott alimentaris lipaemiát és katonaemiát thyroxinbefecskendezés csökkenti, a hatás erősebb hímeken, mint nőstényállatokon. Kasztrálás hímeknél csökkenti a thyroxin hatását, nőstényeken emeli; a thyroxin hatását tehát activálja a herehormon és csökkenti az ovariumhormon. Olaj és cukor együttes bevitelénél kisebb a lipaemia, mint tisztán zsíretetéskor, azonkívül kisebb a thyroxin lipaemiát csökkentő hatása is. *Láng Sándor dr.*

Hormonokról, melyeknek létezése kétséges. *Weichardt.* (Deutsche med. Wochenschrift. 1930. 258. o.)

Szervkivonatok esetleges hatásaiból nem szabad rögtön fajlagos hormonműködésra következtetni, mert — mint *Weichardt* bebizonyította — szervkivonatok befecskendezését a szervezet különböző működéseinek fokozódása követheti; kivált az izomkivonatok rendelkeznek ilyen hatással. Szerző kétségbevonja az újabban fölfedezett szív- és agyhormonok létezését, az eddigi eredményeket nem tartja bizonyítónak hormonhatás mellett, hanem inkább fentebbi értelemben magyarázza. *Láng Sándor dr.*

KÖNYVISMERTETÉS

Die Therapie der Wiener Spezialärzte. Bearbeitet von den Fachärzten Wiens. *Otfried O. Fellner.* (Harmadik kiad. Urban und Schwarzenber. Berlin. 1931. Ára: 20 M.)

Fellner a compendium megszerkesztésénél a bécsi iskola legkiválóbb képviselőit nyerte meg munkatársakul. Ezáltal könyve nemcsak az általános gyakorlattal foglalkozó orvosnak, hanem a specialistának is minden a gyakorlatban felbukkanó kérdésben megbízható tájékoztatást nyujt. A bevezető részben megtaláljuk az elektromos egységek magyarázatát, a legfontosabb élelmi szerek és italok összetételét, caloria és vitamintartalmát, továbbá fontos útmutatást arra nézve, hogy az egyes orvosságokat étkezés előtt, után vagy közben kell bevenni. A mérgezések tünet szerinti csoportosítása nagyon megkönnyíti azoknak felismerését. Külön fejezetek tárgyalják a csecsemő és a kis gyermek táplálását, a graviditás különféle complicatióit, valamint a mesterséges abortus indicatióit. Azután 450 lapon alphabeticus sorrendben következik az egyes betegségek theraphiája, minden cikk végén a szerző megjelölésével. A befejező részben *Schlesinger* rövid áttekintést nyújt az anyagcsere zavarainak therápiájáról, míg *Erben* a neuropathologiában szokásos fájdalomcsillapító szereket tárgyálja. *Fellner* az általános gyakorlatban szükséges „sürgös" mütéteket tárgyalja.

Fasal és *Eitner* az utóbbi években nagyobb jelentőséget nyert kozmetikát vázolják a gyakorló orvos szempontjából. Hézagot pótol a physicalis therapiával foglalkozó rész. Bebetegek és orvosságok szerinti igen részletes tárgymutató nagyon megkönnyíti a kitünő kézikönyv használatát.

Vajda Károly dr.

Steht die scholastische Medizin vor einem unvermeidlichen Bankerott? *Hans Much.* (J. A. Barth. Leipzig. 1931. 36 oldal. Ára: 2.80 M.)

A „Moderne Biologie, Moderne Medizin" 14. füzetében *Much* olyan themát tárgyal, amely az utóbi években nemcsak orvosi körökben, de a müvelt nagyközönség között is az érdeklődés központjában áll. *Much* szerint csak a szó legmodernebb értelmében beszélhetünk a scholasticus orvosi tudomány csődjéről. T. i. ha manapság nagy kereskedő cégek csődbe kerülnek, rövid idő mulva rendszerint nemcsak összeszedik magukat, hanem a csődeljárás befejezése után üzemük megnagyobbodik és pedig vagy külső segítség révén, vagy azáltal, hogy nagyobb concernbe olvadnak. Az kétségtelen, hogy az az orvosi tudomány, amit az egyetemeken tanítanak, újabban nemcsak a nagy kulturcentrumokban, de a föld népe közt is mindinkább veszít régi tekintélyéből. Hiszen azelőtt is előfordultak a józan észnek olyan eltévelyedései, mint a *Zeileis*-járvány, de ha *Lourdestől* eltekintünk, mégsem terjednek el az emberiség olyan széles rétegeire, mint mostanában. Hiszen manapság alig van már Európában város, melyet *Zeileis* nem boldogítana egy-két intézettel. Igaz, hogy *Gallspach*, a *Zeileis*-járvány központja már csőd előtt áll és a legújabban felállított fiókintézetek, közöttük a budapesti is, semmiképen nem tudnak zöld ágra vergődni. Azt is az idők jelének tartja *Much*, hogy nagyon sok egyetemi orvostanár (*Bier, Sauerbruch*, etc.) olyan hurokat penget, amelyek alapjában véve a scholasticus orvostudománytól való eltávolodást jelentik és nagyon sok híve van azoknak az egyetemen kívül álló szakembereknek (*Liek* etc.), akiknek irodalmi müködése a scholasticus orvosi tudomány teljes negligálásában merül ki. *Much* ezen nagyon is figyelemreméltó jelenségnek okát abban találja, hogy a mai orvosgeneratio elfelejtette *Hippokratesnak* azon megállapítását, hogy az orvosi tudomány müvészet és pedig az összes müvészetek legelőkelőbbje, mert az elérhető javak legértékesebbjét, az életet igyekszik megtartani. Az utolsó évtizedekben az orvosi tudomány ezen alapelvet kissé elhanyagolta. Nem a biologiára fektette a fősúlyt, hanem physicochemiai irányban igyekezett orientálódni. Ezáltal pedig mellékvágányra került. *Much* az újabb vizsgálati módszereknek is csak annyiban tulajdonított nagyobb fontosságot, amennyiben biologiai tudásunk fejlesztéséhez hozzájárulnak. Igy felhozza példának a röntgensugarakat. Ha ezen sugarakkal egy arthritis deformanst kórismézünk, ez nem tekinthető másnak, mint olyan statikai megállapításnak, amelyre hivatása magaslatán álló orvosnak nincs is szüksége. De ha ezen sugarakkal valamely szervnek activ, általunk befolyásolható müködésébe nyerünk betekintést, pl. a tüdő átvilágításánál vagy a gyomor-bélhuzom functionális vizsgálatánál, akkor biologiai tudásunk tökéletesedett és ezzel, karöltve therapiánk is biztosabb alapot nyert.

Hibának tartja *Much* azt is, hogy a kisérleti állatoknál nyert eredményeket még mindig minden megszorítás nélkül szoktuk átvinni az emberre is, pedig ma már minden biologus tudja, hogy egyrészt a tengeri nyulak egyes fajtái is nagyon lényegesen különböznek egymástól, másrészt nem szabad elfelejtenünk, hogy a tengeri nyúl és az egér mégis csak a rágcsálók fajtájához tartoznak s ennélfogva másképen reagálnak minden orvosságra és bacilláris fertőzésre, mint a sokkal magasabb fokon álló ember.

Much szerint a constitutio tanának további kiépítése és a diaetetikának szélesebb térfoglalása lesznek a legközelebbi lépések az orvosi tudomány további fejlődése felé. Nem fogunk többé egyes betegségcsoportokra nézve külön diaetákat megállapítani, amint az eddig szokásban volt, egyszóval úgy az orvosságok, mint az életmód és a diaeta tekintetében is a sablonos rendelések megszüntetése és a legmesszemenőbb individualizálás legyen az orvos feladata, ezzel megfogja közelíteni *Faustnak* élte végén nyilvánított óhaját:

„Könnt ich Magie von meinem Pfad entfernen,
Die Zaubersprüche ganz und gar verlernen,
Stünd ich, Natur, vor Dir, ein Mann, allein,
Da wärs der Mühe wert, ein Mensch zu sein."

Vajda Károly dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület január 31-i ülése.

Bemutatások:

1. **Habán Gy.:** *Aortatuberculosis esete.* Egyik aortakörüli gümös nyirokcsomó ráterjedt egyrészt az aortafalra, másrészt az oesophagusra és mindkettő perforatióját idézte elő. Az elhalt mediában felszaporodott tbc. bacillusok a véráramba kerülve miliaris tbc-t idéztek elő. Az oesophagus nyilásán keresztül pedig a beteg elvérzett, úgyhogy a tulajdonképeni halálok a nagyfokú anaemia volt.

2. **Horay G.:** *Atrophia nervi optici congenita familiaris.* Háromtagú családot mutat be: a 30 éves anyának, a 10 éves leányának és 7 éves fiának születése óta gyenge a szeme. A

látásélesség mindháromnál nagyfokban csökkent (5/70, ill. 3—4 m. ujjolvasás). Az anyánál erős temporalis decoloratio a papillán, a gyermekeknél feltünően kicsinyek és halványak a papillák. Scotoma nincs. Idegrendszerben eltérést (*Friesz* dr.) nem találtak. A folyamat nem progressiv jellegü. Dominans módon öröklödő familiaris bajról van szó, amely az ismert heredodegeneratiós kórképek egyikébe sem illeszthető be jól. A gyermekek fejletlen papillája inkább arra utal, hogy öröklödéses alapon a látóideg hiányos fejlödésével van dolgunk.

3. **Schill I.**: *Insulinkezelés alatt fellépő anaphylaxiaszerü állapot megelözése.* Öt különböző insulinkészítményben albumosét mutatott ki. Ebből kiindulva két insulinra anaphylaxiaszerü állapottal reagáló diabetikánál desensibilizáló eljárást alkalmazott nagy higitású insulinoldat 0.2 cm^3-ének intracutan alkalmazásával, az észlelt reactio szerint fokozatosan emelve a concentratiót, amíg több hét alatt a hígítatlan insulint el nem érte. Ezután óvatosan emelkedő subcutan adagolás mellett reactio nélkül sikerült a beteg számára szükséges therapiás adagot elérni és hosszú időn át kellemetlenség nélkül adni.

Hajós K.: Tengeri malacokon végzett anaphylaxiás kísérletekben kimutatta, hogy az insulin az állatok shock-készségét fokozza, azokat anaphylaxiás tünetekkel szemben érzékenyebbé teszi. Az insulinban kimutatható albumosék szerepe az igazi anaphylaxiában még vitás. Az előadó által említett esetek legnagyobb valószínüség szerint sem anaphylaxiának, sem primaer proteose-shocknak, hanem insulin idiosynkrasiának tarthatók. Gyakorlati szempontból helyes a kérdéses insulinkészítményekkel állatokat sensibilizálni és megnézni, vajjon anaphylaxiássá tehetök-e. Az insulin idiosynkrasia therapiájának szempontjából természetesen minden körülmény között a specificus desensibilizálás jön szóba.

Előadás:

Csépai K.: *A magyar társadalombiztosítás actialis orvosi problémái.* A társadalombiztosítás manapság úgyszólván az egyedüli intézmény lévén, mely a lehetőség határain belül sikerrel küzd a társadalmi rendet felforgató törekvésekkel szemben, az orvostársadalomnak nem szabad elzárkózni ennek az intézménynek támogatásától. A dolgozó munkásságon végzett klinikai vizsgálatok alapján előadó megállapithatta, hogy a magyar munkásság egészségügyi standardja jelentékenyen leromlott. Ma a dolgozó férfi munkások piros vérsejtjeinek száma mm^3-ként kb. 4 millió 600 ezer, ami a normálisnak elfogadott 5—5.5 millió átlagot tekintve, csaknem 10—20%-os esésnek felel meg. A dolgozó munkásoknak 30—40 százaléka subfebrilis. Szükséges volna az 1927. XXI. és az 1928. XL. tc. olyan irányú módositása, hogy a munkásság egészségi állapotának leromlásával kapcsolatban a társadalombiztosító intézet fokozott igénybevételének pénzügyi alapját megteremtsék. Ennek az újabb pénzügyi megterhelésnek nem pusztán a munkaadó és munkavállalóknak, hanem az egész nemzet vállán kell nyugadni. A keresőképesség és keresőképtelenség kérdéseiben való döntés, amely már normalis viszonyok között is nehéz volt, ma, mikor az egészségi állapot standardja akkora eltolódást mutat, olyan elmélyedést és szaktudást igényel, hogy a legnagyobb mértékben helyteleniteni kell, ha olyanok is foglalkoznak a keresőképesség és keresőképtelenség megállapításával, akiket erre a gyakorlat vagy megfelelő szaktudás hiánya nem tesz alkalmassá. Viszont azoknak az orvosoknak, akik ezekkel a kérdésekkel rendszeresen foglalkoznak, feltétlenül közös elvi alapon kell, hogy álljanak, mert lehetetlen heyzet, hogy az orvosi tudomány ama megállapításai, melyek a társadalombiztosító intézeten belül a keresőképesség és keresőképtelenség megállapítása körül érvényesülnek, pl. az intézeten kívül álló bírósági orvosszakértöknél méltánylásban ne részesüljenek. E nehézségek áthidalására pl. a gyomorfekély kérdését említi meg. Ismerteti az intézet eljárását, a gyomorfekély diagnosisa, kezelése és a keresőképessé nyilvánítás körül. Felhivja az intézeten kívül álló orvosok, elsősorban a bírósági szakértők figyelmét arra, hogy ezekben a súlyos problémákban keressék a harmonikus együttmüködés alapjait, mert csak ez az együttmüködés biztosithatja a társadalombiztositás nagy feladatainak végrehajthajthatóságát.

Bien Z.: A testhömérséklet emelkedése hyperthyreosisnál is előfordul, ahol a tünetek a munkaképességet nem befolyásolják. Különösen nehéz az idösebb testi munkát végzök megbetegedéseinek elbirálása, mert itt többnyire maga az aggság, rokkantság okozza az igényt.

Torday Á.: A biztositó intézetek pereiben az orvosszakértőnek véleményt adni sokszor nem könnyü. Az apró lázakról tudjuk, hogy keresetképtelenséget nem okoznak, de ezt általánositani nem lehet. Vannak, akik magas láz mellett is, súlyos tbc-vel munkájukat végzik, mert kenyeret kell a családjuknak keresniök, mások pedig ilyen csekély hövel már annyira bágyadtak, gyorsan kifáradnak, a munka terhükre esik. Azon körülmény, hogy a láz oka a tüdökben nem található fel, nem bizonyitja a munkaképességet. Rendesen a láz mellett egyéb tünetek azok, amelyek alapján együttesen a keresőképtelen állapot kimondható. Ulcusnál a fájdalom nagyon subjectiv. Itt is a többi objectiv jel egybevetésével mondhatjuk ki véleményünket. Minden egyes eset szigorú objectivitással itélendö meg.

báró Korányi S.: Nem hiszi, hogy a munkásság átlagos életstandardja és egészségi állapota romlott volna. Ez ellen szól a munkabéri viszonyoknak a pénz vásárló erejének számbavételével megállapitható jelentékeny javulásán kívül a tbc-halandóság örvendetes javulása. Ebből következik, hogy a munkanélküliek nyomorából származó benyomás nem általánositható. A munka- és keresetképesség, egészség, betegség, gyógyulás kérdéseiben felmerülő nézeteltérések kiegyenlitésére törekedni kell, amennyire az elérhető, de tudni kell, hogy teljes egyetértés elérését lehetetlenné teszi maga a kérdések természete. Pl. az objectiv leletnélküli 37 fokon felüli hömérsék lehet gyakran nem diagnostizálható betegség jele, de constitutionalis tulajdonság is. A kettönek egymástól való megkülönböztetésére megbizható módunk nincs és az igazsághoz közelebb fog jutni a tapasztalt ember, ha nem is éri azt el mindenben, aki általános benyomásából módositott véleményét szabadon nyilvánitja, mint akármennyire gondosan megállapitott egyöntetü eljárás. A biznytalanság elkerülhetetlenségének illusztrálására alkalmas példa a gyomorfekély is. A kórházban panaszmentessé vált beteg gyógyulás benyomását teheti. A csalódás talán csak akkor derül ki, ha a beteg egyideig megszokott munkáját folytatja és megszokott módon táplálkozik. Az akkor bekövetkező recidiva bizonyitja, hogy a kórház, amely gyógyultnak nyilvánitotta öt, el nem kerülhető tévedésbe esett és természetes, hogy annak a lelete a későbbi tapasztalatokkal szemben bizonyiték nem lehet. A bíróság azon eljárása, amely szerint ezt a körülményt, hogy a beteg megoperáltatja magát, betegsége bizonyitékának tekinti, kétségtelenül helytálló. Hogy a biztositás a diagnostikának bizonytalanságait hogyan vegye számitásba, nem orvosi kérdés, de velük, mint el nem harítható tényekkel kell számolnia.

Holitsch R.: A hömérözés, a rejtett bélvérzés kimutatása, vagy kizárása, stb. sohasem lehet elegendő annak a megitélésében, vajjon egészséges vagy munkaképtelen ember van-e előttük. Mindig az egész embert kell látnunk. Azt is, hogy a munkanélküli, éhező „biztositott" embernek nyomorúságos lelki állapota esetleges csekély testi baját hatványozott mértékben érezteti vele. Az előadó által hangsúlyozott „egységes irányelvek" homlokegyenest ellenkeznek az orvosi tudomány szellemével, amely szerint minden beteget egyénileg kell meglátnunk. És ha véleményt kell adnunk, tartsuk szem előtt „in-dubiis-mitius".

Barla-Szabó J.: *Holits* félremagyarázza előadó véleményét, aki nem egységes elbánásról hanem egységes felfogás kialakításának szükségességéről szólt. Ma már számolni kell a társadalombiztositási orvostudománnyal. Ez szerves kapcsolatban van a társadalomegészségüggyel, melynek fejlesztése nemzeti kérdés. Fontos fejezetei a baleseti károsodások kártalanitási eljárásai s a foglalkozási betegségek tana. Az orvosok nagy része a „munkaképesség" és „keresőképesség" fogalmai közti különbséget is alig ismeri. Nem lehet többé lekicsinyelni a társadalombiztositási orvosi tudomány fejlesztését, hanem azt a klinikai oktatáshoz is hozzá kell kapcsolni.

Zolnai S.: Kéri a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulatot, hogy adjon ki olyan munkát, mely a pénztárorvosi ágazat kérdéseivel foglalkozik.

Kausz J.: Fontos a tuberculoticus betegek megfigyelése a munkateljesitmény szempontjából. A munkakaképesség elbirálásánál gyakran tévednek. Ha egységes megoldást akarnak, úgy a beteget munkája közben kell megfigyelni, ha a beteg munkaközben gyakran jelenik meg előttünk.

Csépai K.: Az a kritika, hogy a keresőképesség és a keresőképtelenség kérdésében az orvosok egységes állásfoglalása nem helyes, mert sablonizáláshoz vezet, jogosulatlan. Arról van szó, hogy elvi általános kérdésekben találjuk meg a közös alapot, pl. hogy a subfebrilitas nem jelent feltétlenül betegséget, hogy a duodenalis deformitás nem jelent mindig ulcus duodenit. *Korányi* professornak ellenvetésére megjegyzi, hogy az adatok az ú. n. egészséges, dolgozó munkásokra vonatkoznak. Abból, hogy a tbc. halandóság erösen csökkenöben van, nem lehet feltétlenül a munkások egészségi javulására következtetni. Ma csaknem minden munkás vérszegény

és mintegy 40%-ban subfebrilis. A rossz táplálтsági viszonyokat is tekintetbe véve, mondhatjuk, hogy minden munkás, ki beteget jelent, a háború előtti idők szemszögéből nézve, keresőképtelen. Minthogy azonban ma minden munkából elbocsátott munkás feltétlenül beteget jelent, kénytelenek vagyunk a keresőképesség megállapításában rugalmas határú konkrétumot megszabni. Az ulcus betegek nem két hónapon át segélyeztetnek, hanem a szükséghez képest 4, 6, 8 hónapig, sőt gyakran egész éven át. *Torday* professornak megjegyzi, hogyha az ulcusos beteg teljesen tünetmentessé válik és hónapokkal később recidivál, nem lehet arra következtetni, hogy az ulcus hónapokkal azelőtt is manifest volt.

Közkórházi Orvostársulat január 21-i ülése.

Bemutatás.

Rosenák I.: *Idegentestek a gyomor-bélhuzamban.* I. F. Gy. 37 éves nőbeteg felvétele előtt 5 nappal kenyérbe sütött gombostűt nyelt, 3 nappal utóbb székeléskor heves szúró fájdalmat érzett. Orvosa a végbél záróizma felett harántul fekvő gombostűt talált s ezt ujjal kiemelte. A betegnek azóta többször volt hidegrázása és 39—40 fokos láza. Felvételkor septicus kinézésű, elesett s a végbél táját rendkívül fájlalja. A vizsgálat foudroyans periproctalis gázphlegmonet derít ki, mely a jobb lágyéktájról a gáton át a ferkcsikcsontig terjed. A tájék kiadós feltárásával sikerült a septicus folyamatot megállítani.

II. N. Gy. irodaszolga gyomorpanaszokkal került az osztályra. Előadja, hogy 10 éves korában az iskolában játékból meglehetősen nagy szeget nyelt. Eleinte igen gyakran hányt és gyomortáji fájdalma volt, melyet eltitkolt. Később panaszmentessé vált, csupán kiegyenesedni nem tudott. Ez év augusztusában újból gyomorfájdalmak léptek fel, melyek a nyombélfekély tüneteit utánozták. A köldök felett s ettől kissé jobbra kevéssé fájdalmas resistentia tapintható. A röntgenvizsgálat a nyombél lehágó szárának megfelelően jókora szeg árnyékát mutatja. Ennek felfelé tekintő hegyes vége körül a gyomor pyloricus részén árnyékkiesést mutat. A megejtett műtét alkalmával a nyombél lehajló szárából 9.8 cm hosszú kevéssé arrodált vasszeget távolítottunk el. Ennek hegye a bélfalon kívül a retroperitoneumban képződött, mintegy ökölnyi porckemény idegen test tumorban feküdt.

III. M. A. 33 éves hálókocsi kalauz, január hó 19-én került felvételre. Kórelőzményében háborus sérülés, többszöri elmeorvosi megfigyelés, dühöngési rohamok szerepelnek. Ezelőtt egy héttel állítólag 3 gilette pengét, 7 szeget s néhány üvegszilánkot nyelt. Azóta csak folyadékkal táplálkozik. Széke azóta nem volt, de nem hányt és nem csuklott. Jelen állapot: Neuropathiás küllem, élénk dermografismus, egyébként szervi eltérés nincs. A légzés hasi typusú, a has puha, könnyen benyomható, kóros resistentia, defense nem érezhető. A köldök alatt és a jobb alhas tájon kifejezett érzékenység, mely álló helyzetben eltünik. Röntgenlelet: A coecumban több idegentest árnyék, a gyomorban az idegentest árnyékok olyan tömege, hogy ezeket differentiálni nem lehet. Miután e testek között gilettepengék is feltételezhetők voltak, *Wenhardt* és *Hültl* tanárok tanácskozás után műtétben állapodtak meg. A megejtett gastrostomia 5 kanálnyélrészletet, 4 pléhtárgyat, 2 nadrágtartó kapcsot, 1 nadrágkapcsot, 1 képakasztót, 1 gilettepenge részletet, 33 drótot, 28 üvegszilánkot, 1 fejes csavart, 2 szeget és 1 fésűfogat hozott napvilágra. Tekintélyes mennyiségű üvegszilánk és egy fejescsavar továbbá egy letört késpenge részben műtét előtt, részben műtét után per vias naturales távoztak. A beteg hassebe p. prim. gyógyult.

Elischer E.: A mult évi sebész nagygyülésén bemutatott esetét említi meg. 29 éves ápolónő gyomorfekélyben szenvedett. Ráktól való félelmében lenyelt 54 dkgr súlyú vastárgyakat (226 drb szeget, 4 drb vasszöget stb.). A gastroentersotomiánál 5 pengönyi kallosus fekélyt talált, melyet paquelinnel elégetve elvarrt. A beteg gyógyult és 3 hónap alatt 5½ kgr-ot hízott.

Scheitz L.: 23 éves férfi iront dugott végbelébe, mely becsúszott. A beteg 24 óra mulva teljesen jó állapotban került osztályunkra. Az iron vége jobboldalt a csípőtövis magasságában volt tapintható. Hegy az ampulla rectin kívül a végbél mögött. A röntgenkép az iron ezen helyzetét igazolta s ennek dacára az általános hashártyalob tünetei teljesen hiányoztak. A megejtett műtétnél kiderült, hogy a betegnek *Hirschprung*-féle megasygmája volt s ezen hosszú mobilis sygma tette lehetővé az iron ezen elhelyezkedését. Az iront enterostomiával kellett eltávolítani. A beteg meggyógyult.

Gellért E.: A gyomorból műtéttel eltávolított borotvapengét, duodenális sondát és a hasüregből eltávolított minden valószínüség szerint abortus céljából az uterust perforáló 20 cm hosszú üvegpálcát mutatott be.

Előadás.

Zalka Ö.: *Légritkítás és reticuloendotheliális systema. Kisérlet a reticuloendotheliális és capillaris systema befolyásolására.* Karminnal és vascukorral előzetesen intraperitoneálisan injiciált tengeri malacokban a légritkítás hatására nem emelkedik a vörös vérsejtek száma, dacára, hogy a csontvelőben kifejezett proliferatio van jelen, amely semmiben nem különbözik a nem injiciált állatoknál található csontvelői burjánzástól. A vörös vérsejtek azért nem kerülnek fokozott mértékben a keringésbe, mert az előzetesen injiciált anyagokat a reticuloendotheliális és capillaris systema felveszi és ennek következtében a csontvelői capillarisok fala kevésbé átjárható lesz. Légritkított térben tartott tengerimalacok májában súlyos degeneratiós és nekroticus elváltozások mutathatók ki, az előkezelt állatokban ezek is hiányoznak, vagy lényegesen kisebb fokban vannak jelen. A reticuloendotheliális systema és a májsejtek között bizonyos kölcsönhatásnak kell lenni, ennek áttekintése és magyarázása igen bonyolult.

Okolicsányi Kuthy D.: Több mint 30 évvel ezelőtt a kiváló olasz fiziológus *Angello Mosso* prof. intézetében Turinban vizsgálta kisérletileg a vörös vérsejtszám emelkedésének kérdését a ritkított levegő hatására. Ez tényleg constatálható volt úgy a laboratoriumban üvegharang alá helyezett állaton, mint később hozzászólónak a Monte Rosa oldalán 1600 méter magasságban végzett vizsgálatai alkalmával. Az előadó által talált májelváltozásokat illetőleg kérdi, hogyan vélekedik ezekről a magaslati kurák szempontjából. Az abdichtung magyar kifejezésére jobb hijján az erek tömítése szót ajánlaná.

Zalka Ö.: Előadó eredményeit igen nagyfokú légritkítással érte el. A magaslati kurák hatása alatt az anyagcsere lényeges változást szenved, hogy ebben milyen szerepe lehet a májfunctio esetleges változásának, az nem ismeretes. Feltünő, hogy Sweiczban milyen gyakori megbetegedés a cirrhosis hepatis, ezt azonban a nagyfokú alkoholfogyasztással is összefüggésbe lehet hozni.

Biró S.: *Urethritis non-gonorrhoica.* Az uretheritis nongonorrhoica, mint a neve is mutatja, gyüjtönév. Ezen urethrális megbetegedéseknek csak egy közös tulajdonságuk van: nem a gonococcus a gyulladás előidézője. Előadó részletesen foglalkozik a legkülönbözőbb aetiologiai momentumokkal. Ezen belül ismerteti a nem gyulladásos alapon fennálló urethrális hypersecretiókat és ezekkel kapcsolatos vizsgálatait. Az urethritis non-gonorrhoica egyes kórformáinak ismertetése után foglalkozik a therapiával és vázolja azokat a nehézségeket, melyeket a gyakorló orvosnak le kell küzdeni az urethritis non-gonorrhoica therapiájában.

Rötth A.: A nem gonorrhoeás uretritisek egy csoportja és a záradék-conjunctivitis között valószinüleg összefüggés van. A záradék-conjunctivitises csecsemő szülésközben fertőződik a záradék virussal, ami az ilyen anyag hüvelyének hámsejtjeiben is megtalálható, sőt néhány esetben a férfi húgycsövének hámsejtjeiben is kimutatták. Vagyis a záradékconjunctivitis kórokozója az alsó genitális utak hámsejtjeiben él. Lehetséges, hogy ott enyhe tüneteket okoz. Szükségesnek tartja a nem gonorrhoeás urethritis eseteiben záradékra is vizsgálni a váladékot (Giemsa-festés), mert positiv lelet esetén a záradékconjunctivitis analógiájára az ilyen urethritisről is feltételezhető a teljes jóindulatuság.

Biró S.: Az ismeretlen aetiologiájú urethritisek között előadódhatik az ú. n. záradéktest által előidézett is. Tekintve, hogy nehezen identificálható, ezeket megtalálni nehéz.

Budapesti Kir. Orvosegyesület gynaekologiai szakosztályának december 18-i ülése.

1. **Bud Gy.:** *Multiplex intraplacentaris vérzések* ritka esetéről számol be. A többször szülő nő pár órája elhalt magzatával került a Szent Margit-közkórház szülészeti osztályára. A vajudónak oedemája, nephropatiája volt. A halva született 2600 g-os magzat placentáját átvizsgálva, abban egy tojásnyi és egy diónyi intraplacentaris, mindkét felszin felé zárt vérömlenyt talált. A magzat boncolásakor annak agyában tüszúrásnyi ,subpericardialisan és subpleuralisan, veséjében és májában tüszúrásnyi — egész lencsényi vérzések voltak lát-

hatók, a parenchymás szervek degeneratiójával. A belek meconiummal voltak tele. A placentaris vérzéseket, a magzat halálának okát, az anya nephropathiáját terhességi toxicosissal magyarázza, bár a magzat halálának előidézésében a placentaris vérzéseknek is szerepük volt. Ezen esetek ismerete gyakorlatilag jelentős, mert rámutat a magzati halálokok egy csoportjára, a terhességi ellenőrzés jelentőségére és arra, hogy a klinikai észleletek mellett a placenta átvizsgálásának segítségével helyes mederbe terelhetjük az obductio leletének értékelését.

Szathmáry Z.: 500 lepény általa végzett szövettani vizsgálata közben 5—10%-ban talált a lepényi bolyhok kötőszöveti állományában kisebb-nagyobb vérzéseket, melyek legtöbbször terhességi toxicosisok mellett fordultak elő. A lepényi haematomákra használt „vörös infarctus" elnevezés, valamint a lepényi „fehér infarctus" jelző helyett a „lepényi haematoma" s „fehér elhalás" vagy „fibrincsomók" elnevezést ajánlja.

Fischl: Hasonló esetekben az ilyen elhalt magzatok boncolásakor tisztázandó volna, hogy a halál *közvetlen oka* nem inkább fulladás-e, semmint „terhességi toxicosis".

Bud Gy.: Bemutatásában is említette, hogy a magzat halálának előidézésében a placenta felszínének csökkenése okozta légzési zavarok is részt vettek. A még technikai okok miatt esedékes szövettani vizsgálat hozzájárul az eset tisztázásához. A klinikai észlelet, de a makroskopos boncolás is a toxicus hatás lehetőségét nagymértékben megerősíti.

2. **Herskovics P.:** *Szülés alatti hirtelen halál ritka okáról* számol be. — I. P. a szülés után 25 perccel a szívblock tünetei mellett hirtelen meghalt. A szívblockot a Tawara csomónál levő babnyi nagyságú chronicus gyulladásos góc okozta. Tudomása szerint ezideig hasonló esetet az irodalomban nem közöltek, mely kórbonctanilag és szövettanilag is diagnostizálva volt.

Batisweiler J.: Hasonló lefolyású szívblock-esetet ismertet. Egy idősebb elöszörszülő nő kissé elhúzódó szülése után rövid idő mulva szívblock tünetei között meghalt. A boncolás, amely a rejtélyes halál okát tisztázta, semmi súlyosabb szervi elváltozást nem tudott kideríteni, csupán a His-köteg lefutása mentén volt egy kb. másfél cm hosszú, alig 1—2 mm vastagságú vérömleny, amely az erőltetett tolófájások közben jöhetett létre.

Kovács E.: Az eset kórbonctani és kórszövettani praeparatumait demonstrálja vetített képekkel, melyek szerint a kórszövettani kép idült lobosodásnak felel meg. A gyulladásnak specificus jellege nincs. Az aetiologiai magyarázatként régebbi infectiosus metastasis (tonsillitis), lues, rheumatismus jöhetnek számításba. A lobos beszűrődés: az atrioventricularis csomó szélső nyulványaira, a sinus coronarius ú. n. hidrostjaira localisált.

3. **Stefancsik Sz.:** *Granulosasejtdaganat* esetét mutatja be. Bemutató egy kb. 10 hónapja vérző, 30 éves nulligravida esetét ismerteti, akinél a baloldali petefészekből eredő jókora férfiökölnyi tömlős képlet granulosasejtdaganatnak bizonyult. E daganattal kapcsolatban csaknem mindig jelentkező méhnyálkahártya-burjánzás (hyperplasia glandularis endometrii) ebben az esetben is észlelhető volt. A daganat rosszindulatú volt, mint az ilyen daganatok csaknem mindig. Felhívja végül a figyelmet *R. Meyer* indítványára, aki a granulosasejtdaganat műtét előtti felismerése céljából méhkaparást s a kaparék szövettani vizsgálatát ajánlja.

Szathmáry Z.: A hazai irodalomban granulosasejtdaganatokat ritkán közöltek. Mindössze *Krompecher* professornak kettő és *Burg Ete* dr.-nak egy esete ismeretes. Alkalma volt 31 granulosasejtdaganatot részletesen megvizsgálni. Felhívja a figyelmet e daganatfaj rendkívül eltérő szövettani szerkezetére. Sokszor egy és ugyanazon tumorból származó szövettani készítmények teljesen más daganatféleségre engednének következtetni. Kétségtelen, hogy a régebbi irodalomban számos olyan endotheliomát, peritheliomát és kis, orsósejtű sarcomát írtak le, mely esetek e daganatcsoport körébe tartoznak. A jövő ülésen számol be vizsgálatainak pontosabb eredményeiről.

4. **Vajna G.:** Négy esetet demonstrál, amelyekben a szülés *a rendes helyen tapadó lepény korai leválásával* szövődött. A két első esetben a leválás oka mechanicus, a harmadik és negyedik esetben toxicus. Az első esetben a köldökzsinór a kitolási szakban a lepény leválását idézte elő. A másodikban a hosszantartó szülés folytán a passiv szakasz kinyulása, az activ szakasz túlságos tömörülése ugyancsak a kitolási szakban vezetett a lepény idöelötti leválásához. A harmadik és negyedik esetben a leválás okát a terhességi toxicosisra lehetett visszavezetni. A harmadik esetben a terhesség VII., — a negyedikben VIII. hónapja végén vált le a lepény; ez utóbbi eset közvetlen a szülés után meghalt. Ugy a magzat, mint az anya érdekében a szülés befejezendő, a méh kiürítendő a rendelkezésre álló legenyhébb és leggyorsabb módon. Súlyos esetekben az anya érdekében a további vérveszteség elkerülése végett supravaginalis amputatio ajánlatos.

Burger K.: Két esetüket említi. Egyiknél hydramnionnál burokrepedéskor fej mellett előesett köldökzsinór és korai lepényleválás miatt lábrafordítás és extractióval élő magzatot nyertek. Súlyos esetekben jellemző tünet a méh deszkakemény volta. Egyik ilyen esetükben a súlyos acut anaemiában levő asszonynál laparotomiát végeztek s hogy a legkisebb vérvesztést is elkerüljék, a méhet en block supravaginalisan amputálták. Vértransfusióval sikerült az asszony életét megmenteni.

Konrád I.: A szolnoki bábaképző intézet utolsó 2110 szülése között észlelt *három korai lepényleválásról* számol be. Az elsőnél az aethiologiában a nephropathia gravidarum kimutatható. A második eset ikerszüléssel kapcsolatosan került észlelésre. Ez esetben az első ikernek megszületése után következett be a lepény hirtelen leválása. Vizelet albumenmentes. — A harmadik esetben egy 31 éves, VII. hónapban terhes, V. P. került felvételre a korai lepényleválás minden tünetével, amely miatt hysterotomia anteriort végeztek. A mütét utáni 6. napon a beteg meghalt. A boncolás egy a hasür felé perforált, duct.-choledochos által okozott és bélösszenövésekel környezett tályogot mutatott ki. Valószínű, hogy e tályog első áttörése és a belőle a hasürbe jutott geny által keltett első peritonitises roham okozhatta a korai lepényleválást.

Salacz P.: Londoni tanulmányútja alatt látta *Browne* professor kísérleteit, aki házinyulakon natrium-oxalatoldattal chronicus nephritist idézett elő. Ha az ilyen terhes állatnak a terhesség 20. napján bac. pyocyaneus-emulsiót fecskendezett be, úgy 100%-ban korai lepényleválást ért el. Terhességen kívül, de még a terhesség első felében sem talált sokszor fehérjét az ilyen nyulak vizeletében. Az albumen rendesen a terhesség második felében, vagy közvetlenül a vérzés megindulása előtt jelent csak meg. Kísérletei azt igazolják, hogy a chronicus nephritisnek óriási — főleg praedisponáló — szerepe van a korai lepényleválás kóroktanában.

5. **Szathmáry Z.:** *Méknyakcsatornában nött kocsányos myoma* esetét mutatja be. 44 éves nulliparánál rendetlen vérzések miatt felvétele előtt 8 hónappal méhkaparást végeztek, később hasonló okból végzett méhkiürtás alkalmával az eltávolított myomás méhben a hátsó falból kiinduló tojásnyi myomás polypust találtak a nyakcsatornában. A góc elülső falával széles területen összenőtt a nyakcsatorna izomzatával. Az összenövés okát esetében az előzetesen végzett méhkaparással magyarázza. Az irodalomban mindössze egy hasonló esetet talált.

6. **Fátyol Cs.:** *Az Ombredanne altatókészülékkel szerzett tapasztalatokról* és annak szerkezeti módosításáról számol be. A használatos általános érzéstelenítő eljárások rövid ismertetése után beszél a gáznarcosisokról és az altatókészülékekről. Majd ismerteti az Ombredanne narcotizáló készüléket és kezelési módját, felsorolva annak előnyeit a cseppentő narcotizálással szemben: 1. Egyszerü és könnyü kezelés. 2. Aethermegtakarítás. 3. Gyors, nyugodt elalvás és ébredés. 4. A szövődmények ritkasága. — Az Ombredanne-narcosis kedvező hatásainak okát magyarázza. Bemutatja és ismerteti a készülék általa szerkesztett módosítását, mely több hibát kiküszöböl. Ez áll: egy függesztöhorogból, a készüléket az altatókosárral összekötő gummivászon-tömlöből és kapocscsal ellátott vászonövből, mely a kosarat az arcra rögzíti. Végül összehasonlító táblázatban ismerteti a módosított készülékkel elért eredményeket.

Mansfeld O.: Az Ombredanne-féle altatást 1929 óta 264 laparatomia kapcsán próbálta ki. Előnyei: az altatás technikája könnyebb, az elalvási izgalmi állapot hiányzik, lényegesen kevesebb aether fogy, a mütő, altató és a segédszemélyzet nem lélegzi be az aethert. Káros következményeket nem látott. Mindazon nagyobb hasüri mütéteknél tehát, ahol az altatásnak ellenjavallata nincs, az Ombredanne-féle altatást végezteti. Az összes vaginalis mütéteket, beleértve a kiterjesztett méhkiirtásokat is, valamint azon laparatomiákat, ahol az altatás ellenjavalt, a Frigyesi-féle helyi érzéstelenítésben végzi. Kis beavatkozások (curette, colpotomia, kikanalazás) egyszerű aethylchlorid v. nyitott kosaras aetherbódulatban végezhetök. Ezeknél az Ombredanne-nal való altatás, mely 8—10 p-et vesz igénybe, — tovább tartana, mint a mütét.

Róna A.: Az Ombredanne-narcosisnál nem lehet meghatározni, hogy a készülékbe töltött aethermennyiségből a narcosisra mennyit használunk fel. Hátránya, hogy az aether-

és levegőmennyiség külön nem szabályozható. Nem indifferens az állandó CO_2 belégzés sem. *Rosenthal* és *Browne* hosszú ideig tartó CO_2 + chloroform és CO_2 + aether narcosisok után májfunctiós zavarokat talált. Ajánlja a készülék olyan módosítását, mely a levegő- és gázmenyiség külön szabályozását és a CO_2 belégzés kikapcsolását teszi lehetővé.

Bud Gy.: Szt. Margit-közkórházi osztályán kizárólag aetheres Ombredanne narcosist alkalmaz, előadó eredményeihez hasonlóan mindeddig jó eredménnyel (kb. 80 eset). — Felhívja a figyelmet arra, hogy kevés és narcosisban gyakorlatlan személyzet mellett ez az altatóeszköz az előadó úr módosításával kitünő szolgálatot tehet, mert maga a mütő vezetheti a narcosis menetét. Feltünő kevés aether fogy és eddigi tapasztalatai szerint az eljárás nem veszélyes, a beteg chloraethylbódulat után excitatio nélkül alszik el és úgy látja, hogy mütét után a betegek elég hamar ébrednek. Tovább kísérletezik e narcosissal.

Czukor (mint vendég): Szintén az Ombredanne narcosis előnyeit dícséri sebészi tapasztalatai alapján (kb. 340 narcosis). Fontosnak tartja a beteg előkészítését is; saját módszerét ismerteti. Mütét végén a beteget CO_2 belégeztetésével ébreszti. A Fátyol-féle módosítást igen jónak tartja.

Fekete S.: Elismeri, hogy az Ombredanne eljárásnak bizonyos előnyei vannak a nyitott kosáral való altatás fölött. Az előadó által ajánlott módosítást is célszerünek tartja, azonban nem lehet ma azt állítani az eljárásról, hogy tökéletes és veszélytelen. Az Ombredanne-módszernél épp úgy számításba kell venni az aether káros hatását a parenchymás szervekre, mint eddig. Káros lehet az elhasznált levegő, illetve bomlástermékek újult belégzése. Hátrányos a szívre a fokozott légzéssel járó fokozott munka. Ezek a körülmények akkor lesznek nyilvánvalók, ha az operálandó szervezet teherbírása csökent: anaemia, intoxicatio stb. miatt. Ilyeneknél különösen nagy jelentősége van a hozzászóló által 2 év óta gyakorolt combinált kéjgáz-aether-oxygen narcosisnak, amelyet a m. rectus novocain infiltratiójával egészít ki.

Frigyesi J.: Álláspontja, hogy megfelelő előkészítéssel és technikával, szükség esetén kiegészítéssel alkalmazott helyi érzéstelenítés nemcsak veszélytelenebb, de sokkal kiméletesebb eljárás is, mint a narcosis, mert utóbbinál — a veszélyes complicatióktól eltekintve — sokat szenved a narcotizált beteg a mütét alatti és utáni hányás, émelygés miatt. Ezért ma már a nőgyógyászatban is mind nagyobb az érdeklődés a helyi érzéstelenítés iránt. Míg a hüvelyi mütétek helyi érzéstelenítése teljesen megoldott problémának látszik, a nőgyógyászati laparatomiák érzéstelenítésére még nincs egyszerü, gyorsan kivihető módszer. Lépten-nyomon hallunk újabb bódítószerek ajánlásáról (avertin, pernocton, a különböző gázok — narcylen, nitrogenoxydul stb.). Az ajánlott sok új szer amellett szól, hogy a narcosis kérdése az igényeknek megfelelően ma sincs megoldva. Nem hiszi, hogy az előadó által tárgyalt Ombredanne-féle aethernarcosis nagyobb haladást jelentene a narcosis terén. Régebben azt tekintettük nagy haladásnak, mikor a csukott kosarakról áttértünk a nyitott kosarakkal történt altatásra. Az Ombredanne-féle kosár alkalmazásánál a kilégzett levegő széndioxydjának állandó beszívása nem lehet előnye egy bódító eljárásnak. Az aether nem olyan drága szer, hogy számottevő volna a mütéttel járó költségeknél a megtakarítható aether mennyisége. Ma minden narcotisáló szer alkalmazása aránylag oly kevés veszéllyel jár, hogy kisszámú néhány száz esetből álló statisztika egy narcosis elbírálásánál nem jöhet számításba. Az elmult évek narcosis statisztikáiban a bronchitisek és pneumoniák gyakoriságát minden esetre befolyásolták az utóbbi években előfordult influenzás járványok is. A bódító eljárások közül a legjobbak a combinált narcosisok. Igy tudvalevően a különböző bódítószerek hatványozottan jutnak érvényre. Ezelőtt ha narcosisban operált, veronál-, pantopon-, scopolamin-, aethylchlorid-, aetherbódítást végzett és az ilyen combinatiót tartja ma is a legidealisabbnak úgy a mütét előtti, alatti, valamint utáni állapot szempontjából. A scopolamin helyettesíthető atropinnal, az aethylchlorid pedig újabban a még kevésbbé veszélyes nitrogenoxydullal. Tulajdonképen az előadó is bizonyos mértékben combinalt narcosist végez, pantopon előkészítéssel a tolerantia beálltáig aethylchlorid adagolással és csak a narcosis fenntartására használja az Ombredanne-féle narcosist. Részben ennek is tulajdonítja az előadó jó eredményeit.

Tóth I.: Fátyol bemutatásának célja nem volt más, mint hogy az aethernarcosis tökéletesebb alakjáról beszámoljon. Nagyon kedvezőnek tartja az Ombredanne-narcosist. Azokat a theoreticus ellenvetéseket, amiket részben *Róna*, részben *Fekete* említett, a gyakorlati tapasztalat egyáltalán nem igazolja. Mint minden narcosisnál, úgy ennél is nagyon sokat tesz a rétermettség és a gyakorlat. Az angoloknak külön erre képzett narcotiseurjeik vannak. Miután említették a helyi érzéstelenítés kérdését is — mint már annyiszor —, kijelenti, hogy mihelyt valaki e téren jobb eredményeket ér el — mint azt hozzászóló többezerre menő mütéteinek referálása kapcsán előadta —, szívesen fog áttérni a helyi érzéstelenítésre, amit *Frigyesi* annyi fáradsággal kidolgozott, mindaddig azonban megmarad az általános bódítás mellett, aminek egyik legfőbb előnye, hogy a beteg nem érzi s nem tud róla, hogy operálják.

ORVOSTÖRTÉNELEM.

Egyetemi rektori intelmek az 1794. évből.

Egy-egy korszaknak történelmi képét legtöbbször csak nagyon körültekintő és összehasonlító tanulmány segítségével lehet megalkotni; máskor viszont egyetlen kútfő maga is egész korrajzot tartalmaz. Igy pl. az ú. n. *Ebers*-papyrus (K. e. 1500) az egyptomi gyógyászatra, a *Hammurabi-kő* (K. e. 2000) pedig a babyloniai törvényekre és az orvosi rendtartásra vonatkozó ismereteinknek igen fontos kútforrása.

Hasonlóan, si parva licet componere magnis, azon majdnem másfél század előtti egyetemi *rektori hirdetményből*[1] is, melyek szószerinti fordítását bíráskodás nélkül közlöm, az olvasó a régi egyetemi életbe szinte bele tud helyezkedni és magyarázat nélkül is következtetéseket vonhat le. Akkor az egyetem Budáról (ahova 1777-ben helyeztetett át Nagyszombatról) már Pestre költözött (1784) és orvosi facultása 24 éve (1770 óta) állott fenn. Midőn 1794-ben e rendeletet meghozták és kihirdették, *Schönbauer*[2] volt az orvoskari dékán. *Eckstein Ferenc*[3], *Bene Ferenc*[4] és *Lenhossék Mihály*[5], az orvosi kar későbbi professzorai és rektorai ekkortájt orvostanhallgatók voltak és bizonnyal olvasták az alábbi szigorú rendeletet. Ime az egyetem rektorának és hatóságának hirdetménye:

A királyi magyar Egyetem Rektora és Hatósága.

Ezennel felhivjuk az egyetemi hallgatóságnak figyelmét felséges uralkodónknak, Őfensége II. Lipótnak (uralk. 1790—1792) királyi rendeleteiben és a Tanulmányi Rendtartásban (Ratio Educationis) foglalt egyetemi törvényekre, amelyeknek pontos betartását megköveteljük. Ezek a következők:

I.

A katholikus vallásuak a szent misén és vallásos összejöveteleken áhítattal és buzgalommal tartoznak megjelenni; kötelesek a királyi egyetem Hatósága által kijelölt helyen és időben havonkint a szent gyónásban és áldozásban résztvenni.

II.

Az egyetem Hatóságát, a Dékánokat és Tanárokat ugyanolyan tisztelet illeti meg, mint a szülőket. Hasonlóképen másokkal szemben és egymás iránt is szerények, szolgálatkészek és udvariasak legyenek (a hallgatók).

[1] Az alábbi rektori hirdetménynek egy nyomtatott példánya a budapesti Orvoskari Tanártestület könyvtárában van meg. Az akkori (1794/5. évi) rektor *Schönwisner István* bölcsészetkari tanár volt.

[2] *Schönbauer József* (1757—1807), az orvosi karon az állattan és ásványtan és átmenetileg a különös kór- és vegytan tanára, 1794—5. és 1802—3. dékán, 1799—1800 rektor.

[3] *Eckstein Ferenc* (1769—1833), szülész, szemész és a sebészet tanára, 1805—6. és 1806—7. dékán, 1813—14. rektor.

[4] *Bene Ferenc* (1775—1858), a törvényszéki orvostan és a különös kór- és gyógytan tanára, 1807—8. és 1808—9. dékán. 1809—10 rektor.

[5] *Lenhossék Mihály* (1773—1840), az élettan tanára, stb. 1815—6 dékán, 1817—8. rektor.

III.

Szinházba csak a Dékántól nyert irásbeli engedély alapján szabad járni; mindennemű nyilvános táncon való részvétel, kivéve a szülők kíséretében, szigorúan tilos.

IV.

Mindennemű fegyvernek, még eltakart viselete is szigorúan tilos; hasonlóképen tilos nyilvános helyeken a dohányzás és bottal való sétálás is.

V.

A korcsmákba, borozó pincékbe és erkölcstelen hírben álló helyekre járni úgy nappal, mint főleg éjjel tilos.

VI.

Minden verekedést, ablak- és lámpaüvegekben, szöllőkben, kertekben, mezőkön, erdőkben és szántóföldekben okozott kárt be kell jelenteni, mindenféle botrány okozása is szigorúan tilos.

VII.

Jogos ok nélkül a lakóhelyről való éjjeli távollét és télen Mindszentektől Szent József napjáig terjedő időközben az esti 9 órán, nyáron pedig az esti 10 órán túl való kimaradás tilos; a Dékán előzetes engedélye nélkül a lakóhelyek változtatgatása is tilos.

VIII.

Végül figyelmeztetjük a hallgatóságot, hogy a pedellust és a törvényeknek többi őrét sem szitkozással, sem tettlegesen meg ne sértse.

Amint a Mi kötelességünknek tartjuk a fentiek betartatását, úgy bízva abban az engedelmességben, amellyel mindenki a királyi rendeletek iránt tartozik, reméljük, hogy senkisem fogja ezeket fitymálni vagy megszegni.

Kelt az 1794. évi december hó 5. napján tartott egyetemi ülésünkön. P. H.

E rendeletet kiadó *„Egyetemi hatóság"* szervezete és hatásköre megfelelt a mai Egyetemi Tanácsénak. II. József császár (uralk. 1780—1790) ugyanis az Egyetemnek a Ratio Educationisban (1777) elrendelt *Királyi Tanácsát* (amely a nagyszombati egyetemnek *Királyi Consistoriumával* azonos volt) és amelynek elnökét és tagjait: a kari igazgatókat azelőtt kinevezték legfelsőbb helyről, eltörölte és helyette az Egyetem ügyeinek közvetlen vezetését az előbb (1770 óta) csak szertartásoknál szerepelt *Egyetemi Magistratusra (Hatóságra) bízta*, amelybe, úgy mint a mai *Tanácsba*, a választott rektor, a választott négy dékán és (ellentétben a mai négy prodékánnal) a négy senior tartozott[6]. A fenti „egyetemi ülésen" a theologiai kar dékánja és seniora nem vett részt, mert 1790—1805 a theologiai kar nem működött.

Herczeg Árpád dr.

Semmelweis serlegbeszéd.

Mondotta *Frigyesi József* dr., egyet. ny. r. tanár a Budapesti Orvosi Kaszinó 1930 január 27-iki közgyülési vacsoráján.

Igen tisztelt Uraim!

Másodszor ért az a nagy megtiszteltetés, hogy kartársaim megbízásából hódolhassak *Semmelweis* emlékének. 1926-ban a Közkórházi Orvostársulat megbízásából egy tudományos előadás keretében és ma a Budapesti Orvosi Kaszinó vezetőségének felkérésére merem igénybevenni szives türelmüket. Mindkét megbízáshoz kartársaim bizolmából jutottam s ezért azt nagy megtiszteltetésnek veszem. Megvallom azonban, hogy a rendelkezésre álló idő, a megjelent nagy előkelő társaság és főképen az előttem e helyen felszólaltak díszes névsora, a mai felszólalást teszi részemre nehezebbé.

Közel 100 éve, 1847-ben, világított be a gyermekágyasok pusztulásaiba és szenvedéseiknek sötét éjszakájába, *Semmelweis* lángesze. Mégis az utolsó évtizedek nagy tudományos munkásságának ellenére, tudományunk a mai napig sem eredményezett e téren többet, minthogy *Semmelweis* tanát megértjük s azt tudományos néven is tudjuk determinálni, megnevezni. Ma a gyermekágyi lázzal foglalkozó munkák csaknem mindegyikében megtaláljuk a gyermekágyi láz fogalmának *Semmelweis* szerint való meghatározását s utána csaknem mindig azt a megjegyzést, hogyha az ő körülírásában a bomló szerves anyagok helyére kórokozó csírokat teszünk, úgy ma sem tudjuk a gyermekágyi láz fogalmát jobban meghatározni.

Tehát az elmult hosszú évtizedek tudományos munkájának eredménye e téren *Semmelweis* meghatározásába két szónak a beillesztése, illetve annak tudományosan való meghatározása. Ha elgondoljuk, hogy erre évtizedeknek hosszú és alapos munkássága volt szükséges, akkor könnyebben megértjük, hogy kortársai nem fogták fel tanának lényegét és, hogy némelyek, bár utasításait elfogadták, nem mindig rosszhiszeműen, hanem befolyása alatt állván az akkori tudományos felfogás idevonatkozó téves részleteinek, nem hittek eredményeinek okában, magyarázatában.

Ez teszi némileg érthetővé, miért kellett még felfedezése után is világszerte éveken át a gyermekágyasok százainak, ezreinek elpusztulnia. A tudományos tévedéseken kívül, az akkori szakemberek egyikének, másikának emberi gyarlósága is bizonyára hozzá járult meg nem értéséhez, tragikumához.

Tudományunk, tanának megértésén kívül, természetesen azóta tovább is fejlődött. Sok új részletet derített ki, sok új kérdéshez jutottunk közelebb, de a lényeg ma is az, amit *Semmelweis* egyszerűen félre nem érthető módon kinyilvánított. Megismertük a bacteriumokat. Megtanultuk, hogy vannak köztük kórokozók, megismertük ezeknek különböző fajtáit. Majd újabb fogalmak kerültek felszinre: a bacteriumok invasio készsége, virulentiája, az autoinfectio tudományos magyarázata. Mindezek ellenére azt mondhatjuk, hogy a sok munka, a sebfertőzés terén nem váltotta be a hozzáfűzött reményeket. A bacteriológiai vizsgálatok segítségével megtanultuk azt is, hogy amit mi kórokozó csíroknak ismerünk, csaknem minden szülőnő váladékában megvannak, valamint, hogy a bacteriumok jelenléte nem jelent minden esetben fertőzést. Megtudtuk, hogy a csíroknak nem is alaki, kémiai vagy fizikai tulajdonságai, hanem biológiai megjelenése, az egyénnel szemben való viselkedése dönti el azt, hogy többé-kevésbbé kórokozó, virulens lesz-e a bacterium az adott esetben, vagy sem.

A fertőző csírok jelenléte, invásiója mellett, úgylátszik főképen a szervezet ellenállóképessége az, ami döntő szerepet játszik a fertőzés létrejövetelében és még inkább annak kimenetelében. Ezért fordítunk most fokozott figyelmet a szervezet ellenállóképességének megismerésére.

Megtanultuk, hogy a szervezetbe jutott fertőző, valamint egyéb nem fertőző, kórokozó tényezőknek a hatását, következményeit a szervezetben levő erők különbözőképen irányítják és befolyásolják. A fertőzés lefolyása tehát a szervezetben levő testi és talán lelki tulajdonságok összességétől, vagyis az egyén constitutiójától függ. Ezzel már a mai bacteriológia is számol, mert hiszen pl. a

[6] *Högyes Endre:* Emlékkönyv, 1896, 6—8. lap.

Ruge és *Bürger* által végzett virulentia vizsgálatoknak az volt a törekvése, hogy a beteg testébe telepedett csíroknak a vérben való szaporodó készségét vizsgálja. Ugy a *Ruge*-, mint a *Bürger*-féle vizsgálat értékét éppen az csökkenti, hogy a szervezet ellenállóképességében a véren kívül a szövetnedveknek és sejteknek is van szerepe.

Részben ezek a körülmények tették szükségessé, hogy ma fokozott figyelemmel fordul az orvostudomány az alkattan felé. Kutatjuk, hogy tulajdonképen mi az az ellenállóképesség, min alapul, veleszületett, vagy szerzett tulajdonságok összessége. Még vitatkozunk a közelebbi meghatározásáról. Még nem vagyunk egy véleményen, hogy a chromosomákkal öröklött és így változtathatlan-e az alkattan, vagy befolyással van rá a külső körülmény, a miliö.

Még sok a tudományoskodás és bölcselkedés a constitutio tanában, de mondhatjuk, hogy ebben is csak ez az új. A constitutio fogalmát már *Hippokrates* idejében, sőt valószínűleg már előbb is ismerték. Ugyancsak az ókor óta ismert a constitutio tana. Ismeretes volt az egymástól eltérő testi és szellemi alakú egyéneknek betegségre való hajlamának, ellenállóképességének különböző volta is. De a mindenkori tudományos orvosi gondolkodás szerint módosultak a róla alkotott fogalmak. A különböző bölcseleti irányok néha hosszú időre elfedték a lényegét.

Ha azt kutatjuk, hogy miért foglalkozik az orvosi tudomány utóbbi időben újra az alkattannal, miért nyomul előtérbe az egész pathologia, különösen a fertőző betegségek tanulmányozásánál, úgy azt mondhatjuk, hogy ennek oka nemcsak az a bizonyos fokú csalódás, amit a bacteriológia, vagy ha úgy tetszik aethiologia okozott, hanem úgy vélem, egyéb okai is vannak. Ezekre óhajtom szives figyelmüket röviden felhívni.

Amilyen szükséges volt, hogy az orvosi tudomány fejlődésével, a rengeteg részletkérdéssel kapcsolatban mind újabb és újabb szaktudományok keletkezzenek és amilyen szükséges volt — miután egy-egy orvos az összes szakmákat alaposan már régen nem uralhatta — a szakorvosság kialakulása, úgy káros következménye volt a részletekben való elmélyedésnek, hogy a túlzásba vitt specializálódás folytán a mai orvos gyakran nem beteget, hanem betegségeket kezelt és nem a beteggel, hanem beteg szervek conglomeratumával foglalkozott. Ennek, a bár egyes részleteiben nagy haladást és tökéletesedést mutató iránynak hátrányait a szaktudományok vezetői már felismerték. Mindinkább kezdenek nálunk is, másutt is, határkérdésekkel foglalkozni és a különböző szakmák, egyesületek közös témákkal igyekeznek a figyelmet az egyes szervekről magára a betegre, az egész szervezetre terelni.

Nálunk éppen újabban van meg az a törekvés, hogy az egyes tudományos szakmák üléseiket évenkint egyszer közös időben és helyen rendezzék, hogy így a közösen érdeklő témákat együtt beszélhessék meg. Mindez azonban nem pótolja a hiányt és nem pótolja a constitutiós tan művelését, ismeretét és nem indokolja, hogy miért fordul az érdeklődés napjainkban oly nagy mértékben a constitutiós tan felé.

Tán merésznek látszik az a feltevésem, hogy a constitutiós tant — ha úgy tetszik ezt az új szaktudományt — az a törekvés tette szükségessé, hogy a constitutiós tannak hivatott képviselőjét, a gyakorlatban alapos ismerőjét, a manapság — sajnos — mind ritkább háziorvost igyekezzünk vele pótolni. A háziorvost, aki ismerte betegének öröklött tulajdonságait, fejlődését, szervezetét, testalkatát, mai tudományos kifejezéssel élve geno- és phenotypusát. Ki maga előtt látta felnőni a gondjára bízot családoknak egész generatióit.

A constitutiós tannak legközelebbi célja nem más, minthogy kifejezéseket gyűjtsön, melyekkel e tant leírni, mások által megtanulhatóvá, szóval közkinccsé lehetne tenni azokat az értékeket, melyeket régen csak egy-egy jó megfigyelő, tanult és képzett háziorvos is egy egész életen át szerzett tapasztalásával ért el. Ennek a feladatnak a megoldásától még messze vagyunk.

A háziorvosi intézmény megszüntetése bizonyára nem állott érdekében a betegnek és nagy kára a gyógyításnak is. Nem kell önöknek vázolni, hogy e hiány mit jelent. Szánalmas ma elnézni, amint a beteg egyik szakorvostól a másikhoz tévelyeg és gyakran csak sok felesleges kellemetlenség átélése után jön rá arra, amire az őt és szervezetét jól ismerő, képzett háziorvosa valószínűleg rögtön figyelmeztette volna.

A szakorvosnak a jó háziorvos nemcsak a címét tudja, de a szakorvos általa és vele együtt kezeli a beteget. Nagyon sivár és felületes gondolkodás minősítette a háziorvost szakorvosok címtárának, vagy ügynökének. Kevés kedveltebb és becsültebb tagja volt a régi társadalomnak, mint a ma már csak gyéren látható, de nagy tekintélyű háziorvosok kara. Az igaz, hogy feladatuk ma nem könnyű. Magas aethikai nivó, alapos tudományos képzettség, gyöngédség és főleg megbízhatóságnak kell egyesülnie benne. Olyan orvos legyen, kire paciense, annak egész családja, életének minden lépésében számíthat és nyugodtan bízhassa rá titkait is.

Ha ma hiányról, rendszerváltozásról beszélnek, az tévedés, mert az orvosi hivatás gyakorlásában érzett hiány pótlásáról van csak szó és nem az orvostudomány válságáról, csak egy szempontnak az utóbbi időben háttérbe való szorulásáról. És ha hiba volt a beteg ismerete nélkül gyógyítani és ha szükség volt arra, hogy az alkattannal a mai tudományos apparátusunkkal foglalkozzunk, ha szükség van erre a neohippkratismusra, úgy súlyos tévedés volna, mint azt némelyek ajánlják, újból csak constitutionális therapiát folytatni. A szervezet áthangolásával, méregtelenítésével, hashajtókkal, generaliter különböző betegségeket gyógyítani. Ezt talán ezen a helyen felesleges is hangsúlyoznom. De megemlítem, mert ma nagyon fogékonyak az emberek az ilyen plausibilisnek látszó, tetszetős, de tudományos alappal nem bíró tanok elfogadására. Ez csak kárára volna a constitutiós tannak.

A ma méltán több helyen sürgetett neohippokratismusnak az újjászületése csak azt jelenti, hogy az orvosok legyenek újból orvosok, hogy necsak a betegséget nézzék, hanem a beteget is, valamint hogy saját egyéniségüknek legyen szerepe a gyógyításban.

Azonban más körülmény is fokozza a constitutio tanának jelentőségét: A szervezet megismerése nemcsak a fertőző betegségek ismereténél játszik szerepet, hanem nagyobb jelentősége van az élet egyéb megnyilvánulásaiban is, mint valaha. Sajnosan tapasztaljuk mindnyájan, hogy rettenetes és könyörtelen világháborúnak egy phasisában vagyunk ma is. Az élet nemcsak a nemzetektől, hanem egyes fiaitól is maximalis teljesítményt követel. A fokozott mértékben üzött testedzés, az anya és csecsemővédelem és az általános egészségvédelem, mind a szervezet ellenállóképességének fokozására és erősítésére szolgál. És így kapcsolódik be az egyénnek a constitutiója a nemzetek és a faj egészségügyébe. Amint igyekszünk valamely faj egyéneinek constitutióját javítani, úgy az egyén constitutiós tanából már a faj vagy nemzet constitutiója és egészségügye lesz. Ebben az utóbbiban ma még csak arra szorítkozunk, hogy a csírákat károsan befolyásoló tényezőktől megóvni igyekszünk az egyéneket (alkohol, lues, stb.) és nem véletlen, hogy hivatott szakemberek, mint *Tandler*, foglalkoznak a constitutio és fajhygiene közötti összefüggéssel. A fajhygiene ma még csak az egyes egyé-

nek ellenállóképességének javításában merül ki és belátható ideig ezen a ponton is marad. Ugyanis a fajoknak kiterjedtebb alapon való javítása (eugenetika) belátható ideig még nem lesz keresztülvihető, mert minden ilyen kísérlet beleütközik az egyéni szabadságba. Nagy feladat vár itt az orvostudományra.

Ha igaz, uraim, hogy a háborút a maga borzalmas pusztításaiban csakis az orvostudománynak sikerült az egyes fertőző betegségek ellen tett intézkedéseivel annyira localizálni, hogy nem lett belőle világpusztulás, úgy még inkább bontakozik ki ma már az a tudat, amit *Gladstone* említett, hogy a jövő társadalmának vezetői az orvosok lesznek.

Ha igaz, hogy a mai viszonyok között minden nemzetnek és a nemzet minden tagjának, minden téren a lehető legnagyobb teljesítményt kell produkálnia, úgy a vezetést minden téren feltétlenül a szakképzettségnek kell átvenni. Elsősorban áll ez az orvosi és egészségügyi kérdésekre. Anakronizmus ma már, hogy orvosi intéményeket és kérdéseket jogászok irányítsanak. Ahogy nem ambitionálják az orvosok jogi kérdések szabályozását, törvények alkotását, ép oly lehetetlenség ennek a fordítottja is.

Uraim, én úgy vélem, nem véletlen az, hogy Magyarországon az utolsó öt évben, évenkint átlag 22.700-zal kevesebb ember halt meg, mint az előbbi évek átlagában, és nem véletlen, hogy évi átlagban 4900-zal kevesebb a tuberculosis okozta halálozások száma. Ez annak az eredménye, hogy az utolsó 8 évben a betegek és szülőnők elhelyezésére szánt férőhelyek száma 8770-nel emelkedett, vagyis 30.7%-kal. Ez, uraim, az eredménye annak, hogy Magyarországon az utolsó években orvosállamtitkár vezeti az orvosügyeket. Ez az egy példa is eléggé megvilágítja a szakszerű vezetés eredményeit. Sajnos, ennek az előnyeit és jelentőségét nálunk még nem eléggé ismerik el és méltányolják. Nálunk ma a közigazgatásban, valamint a hadseregben is, az orvosok helyzete és szerepe, az előbbi állapotokhoz képest, nem jobb, hanem inkább lefokozott. Ha azonban az orvosi feladatok rendkívül nagy jelentőségét még nem minden tényező ismerte fel, az csak az ő tájékozatlanságukra vall és ne keserítsen el bennünket. Az ilyen meg nem értés és mellőzés az orvosok történetében nem egyszer történt meg és ma nem kell másra emlékeztetnem, mint *Semmelweis* sorsára és tragikumára.

Az orvos szeme előtt mindig magasabb ideális célok, a beteg érdeke, tudományának szeretete lebegett és ez kell, hogy vezessen bennünket a mai nehéz időkben is. Nekünk, orvosoknak, ma az a kötelességünk, hogy a megoldandó nagy feladatokra készen álljunk. A magyar orvosnak ezenkívül még külön hazafias kötelességei is vannak. Azoknak, akiket közülünk sorsa tudományos állásra jelölt ki — akiknek egyetemi intézeteink rendkívül szűkös felszerelése és anyagi ellátása miatt nálunk ma igen nehéz és küzdelmes a helyzete —, minden nehézség dacára arra kell törekedniök, hogy pályájukon külföldi relatióban is becsületet szerezzenek, hogy a külföld előtt ne csak a magyar kard és magyar izom, hanem a magyar tudományos munkásság is elismerést és megbecsülést szerezzen.

A gyakorlatban működő magyar orvosoknak pedig az a hivatása, hogy ha nem is olyan széles körben, de legalább a szomszéd államokban megtartsa a magyar orvos régi jó hírnevét és tekintélyét. Az a feladatunk, hogy elszakított véreink, ha már nem jöhetnek ide lelki bajaikkal, gondjaikkal, legalább gyógyulni, testi bajaikra írt, enyhülést találni, hozzánk — hazajárjanak. Ugy érzem, hogy a távolabbi és közelebbi nagy feladatok megoldására készen kell állnia minden magyar orvosnak. E küzdelmeinkben, e feladatok megoldásában *Semmelweisnak*, a hosszú ideig meg nem értett, félreértett *Semmelweisnak* szelleme támogasson bennünket!

Levél a szerkesztőhöz.*

Méltóságos Professor Ur!

Nagy örömmel olvastam az Orvosi Hetilap f. évi 4. számában *Rosenberg László* kollega ismertetését a székesfővárosi diaetás étteremről. Ezen étterem felállítása kétségkívül rendkívül fontos, úgyszólván hézagpótló volt és a vezető-orvos szakismeretére vall, hogy azt úgy igyekezett megszervezni, hogy a követelményeknek megfeleljen. Igen helyesen járt el, hogy bevezette az egy nappal való előre rendelést, amint azt én az Orvosi Hetilap m. évi 16. számában ajánlottam. Említett cikkem szerint: „... Ezután jelentkezik a beteg az étteremben, ahol valamelyik diaetás néne segítségével a heti étlapról összeállítja magának a következő napi étrendet éspedig úgy ebédre, mint vacsorára. Ezen étrendet az ő nevét és számát viselő könyvbe másolattal beírja, az eredeti példányt, a diaetás nénének átadja ... A következő napon ... ellenőrzi könyvéből, hogy tényleg az általa összeállított ételt kapja-e. Az étkezés ideje alatt lép azután érintkezésbe az étteremben lévő diaetás nénével, akivel hasonló módon állítja össze a következő napi menűt ... Kissé nehézkesnek látszik, hogy a diaeták egy nappal korábban állítandók már össze ... Ennek azonban a konyha teljesítőképessége és gazdaságos működése szempontjából olyan óriási előnyei vannak ... stb.... A konyha ugyanis ezen módszer mellett csaknem teljesen veszteség nélkül dolgozik."

Rosenberg cikke szerint: „A diaetás nővér átveszi a beteget és az előírásnak megfelelően irányítja tovább a diaetát ... jegyfüzetbe írja be másolattal egy nappal előre a diaetás directrice a megfelelő diaetát, miközben, vagy miután a beteg ebédjét elfogyassza, illetve elfogyasztotta. Az eredeti előírást kitépi s ezeknek összesítése alapján történik az anyagkiszabás és anyagrendelés ... Ily módon a diaetás nővérek előírásai határozzák meg a rendelt nyersanyagmennyiséget, erről egységes és teljesen pontos képet alkothatnak, pazarlás nem történhet ..."

Abban is teljesen egyetértek *Rosenberg dr.*-ral, hogy az ilyen éttermeknek általános hygienikus szempontokból is nagy fontosságuk van. (Közleményem szerint: „Nem csak specialis diaetetikai szempontból, hanem általános élelmezési, táplálkozási szempontból is óriási jelentőségű volna ilyen állami vezetés alatt álló, úgynevezett diaetás ambulatorium felállítása. Az ott étkező, vagy az onnan ételt szállító emberek lassankint megtanulnák a helyes táplálkozást ..."

Rosenberg szerint: „Csak azt jegyezzük még meg, hogy a diaetás étteremnek közegészségügyi és socialis jelentőségén kívül educativ hatása is van. Az itt étkezők megtanulják diaetájukat, sőt az evés általános hygieniáját.")

Bátor vagyok még megjegyezni, hogy tanácsomra már a mult nyáron bevezette egy lengyelországi fürdőhely (Truskawiec) egyik legnagyobb pensioja (Pens. „Marysia") az általam ismertetett és ajánlott rendszert és az nagyszerűen bevált, sőt sikerült felkeltenie az általános érdeklődést úgy az orvosok, mint a betegek körében.

Biztos vagyok benne, hogy a székesfővárosi diaetás étterem is be fogja váltani a hozzáfűzött reményeket és amikor még egyszer örömömnek adok kifejezést, hogy a mult évben mondott szavaim nem hullottak terméketlen talajra, őszinte szívből kívánok sikert *Rosenberg* kollégának ezen munkájához.

Mély tisztelettel

Szeged, 1931. január 24.

Mészáros Gábor
egyet. tanársegéd
a Ferenc József Tudományegyetem
betegélelmezési oszt. vezetője.

---

* A szerénységből hozzánk intézett levelet szükségesnek tartottuk közzétenni, hogy a fővárosi diaetás étterem létesülésének történelmi rugóit helyes mgevilágításba állítsuk. *Sz.*

VEGYES HÍREK

Személyi hírek. A königsbergi belgyógyászati klinika tanszékére *H. Assmann* lipcsei professzort hívták meg. — A zürichi fogászati klinika vezetőjévé *Gysi* professzor utódjául *W. Wild* professzort nevezték ki. — *Szegő Lajos* dr.-t, Abbázia köztiszteletben álló régi magyar orvosának fiát, a milánoi egyetemen a biochemiából magántanárrá habilitálták; — mindnyájan örvendünk kitüntetésének.

Halálozás. † *Lados Lajos* dr., a Szent László közkórház orvosa január 31-én, életének 29-ik évében elhunyt. Nemes hivatásának áldozata ez a drága, fiatal élet, mely a Szt. László kórházi influenzás betegek önfeláldozó ápolása közben lobbant ki.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület február 7-i ülésének napirendje: Bemutatás: *Schill Imre:* Addison-kór mellékveseetetésre javult esete. — Előadások: 1. *Kelemen György:* Embryonalis szövettenyészetek befolyásolása tonsilla anyaggal. (Mult ülésről elmaradt előadás.) 2. *Hasenfeld Artur:* A sportolók szívjelenségeinek felismeréséről, különös tekintettel az electrocardiographiára. 3. *Kubányi Endre:* Magyarországi haemophil családok.

A Magyar Röntgentársaság február 9-én, este 7 órakor tartja tudományos ülését a Poliklinika tantermében (Szövetség-u. 14—16.) Tárgysorozat: Bemutatások: 1. *Weil Emil:* Szív-aneurysma esete. 2. *Koppenstein Ernő:* Varicographia. — Előadások: 1. *Polgár Ferenc* és *Csillag Vera:* A csigolyák lelapulásáról (vertebra plana). 2. *Bársony T.* és *Schulhof Ö.:* A sacro-iliacalis ízület röntgenképéről.

A budapesti egyetem klinikáinak igazgató tanárai a pénzügyminiszternél. A budapesti egyetem klinikai bizottsága kihallgatáson volt a pénzügyminiszternél, kinek a bizottság ezidei elnöke: *Szabó József dr.* nyujtotta át a bizottság kérését, mely arra irányult, hogy a klinikák mint közegészségügyi, oktatásügyi és tudományos intézmények a költségvetés reductiójától kiméltessenek meg.

A pénzügyminiszter nagy megértéssel fogadta az előterjesztést s kijelentette, hogy a klinikákon a betegfelvétel megszorítását nem kívánja, sőt azt ellenzi. Úgy tudjuk, hogy ez a kultuszminister úrnak sincs szándékában: hiszen egy ilyen takarékosság, legkitünöbb gyógyitó intézményeinknek: a klinikáknak ágyreductiója éppen mai nyomoruságos helyzetünkben, a közvélemény legnagyobb felháborodását váltaná ki. A klinikákat éppen úgy mentesíteni kell a reductio teherviselése alól, mint, ahogy a közkórházakat mentesítették. Mivel pedig ezek az egyetem költségvetésének 90%-át jelentik, világos, hogy az egyetemi költségvetési tétel reductio terhét nem lehet a megmaradó 10%-ra sem áthárítani. A súlyos helyzet megoldását megértő kormányzati bölcsességgel másutt kell keresni, amiben kultiszminiszter és pénzügyminiszter meg kell, hogy találják egymást.

A medikus bál elszámolását a következőkben közli velünk a rendezőbizottság:

Bevételek:	pengő
Háziasszonyok adománya	3233.—
Rendezői díjak	1400.—
Adományok	480.—
Felülfizetések pénztárnál	55.—
Pénztári bevétel	2725.—
Összesen:	7893.—

Kiadások:	pengő
Vigadói kiadások	848.—
Rendőrségi engedély	120.32
Zeneköltségek	771.—
Nyomdaköltségek	708.18
Irodaköltségek	117.57
Teremdíszítés, szalag és virágköltségek	426.38
Szolgák díja, livré kölcsönzés	115.—
Vigalmi adó	475.37
Postaköltségek	152.69
Sajtóköltség	146.74
Táncrend	300.—
Butorkölcsönzés	30.—
Összesen:	4211.25
Tiszta jövedelem	3681.75

A számadást az igazoló okmányokkal összehasonlította és rendben találta *Vámossy Zoltán* professzor, a Segitőegyesület tanárelnöke. Hogy ez összegből mennyi fordítható jótékony célra és mennyi csatolandó a tőkevagyonhoz, azt a Rector Magnificus határozza meg. Tekintettel az általános nyomorúságra, reménylik, hogy az összeg javarésze kiosztásra kerül. Remélhetőleg szaporodni is fog ez az összeg azon háziasszonyi adományokkal, amelyek még nem érkeztek be.

A kiosztásra kerülő összeg felét rögtöni téli segélyekre — másik felét a tavaszi szigorlati segélyekre fogják fordítani; néhány száz pengő a nagyon elhasznált bútorok javítására van szánva, ha a Rector hozzájárul.

A segitőegyesület elnöksége ezúton mond köszöönetet mindazoknak, kik nemes adományaikkal, megjelenésükkel az ifjúság jótékony actióját támogatták.

A Charité Poliklinikán megüresedett gyermekgyógyászati főorvosi állásra a folyamodványokat március 1-ig lehet beadni a Charité Poliklinika igazgatósági irodájában (VI., Csengery-utca 69.).

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti Pázmény Péter Tudományegyetemen január hó 31-én: *Bánóczky Dezső, Bócz Sándor, Cserényi István, Demjanovich Endre, Györy György, Kuncze László, Lakos Imre, Nyiri Pál, Starker József, Szöcs László Rezső.* — A pécsi tudományegyetemen január 28-án: *Csüry Karola, Flanyek Béla, Gedeon Alajos, Faix Ferenc, Pauncz Jenő, Glück Mihály* és *Wiesner József.* — Üdvözöljük az új Kartársakat.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Lapunk mai számához mellékeljük dr. Egger Leo és Egger I. vegyészeti gyár *Ovophysin* és *Sexormon-ról* szóló prospektusát.

Váltóáramu kvarclámpát
keresek megvételre. „*Használt*" jeligére „Petőfi" Irodalmi Vállalat. VII., Kertész-u. 16.

Hogyan nyilatkoznak
a klinikák, kórházak és orvosok
a BILVIVID -ről.

(Irodalmi kivonatok.)

Nemrég beküldött BILVIVID készitményüket saját magamon próbáltam ki s eddigi hatását annyira kielégitőnek találtam, hogy a kurát tovább akarom folytatni.

Szombathely, 1930. dec. 30. *Dr. Neumann Aladár* orvos.

Dr. BAYER és TÁRSA, gyógyszervegyészeti gyár, Bpest IX.

Állami forrás
Nieder-Selters
A természetes Selters-víz
régóta ismert és bevált gyógyvíz a légzőszervek és a torok megbetegedései ellen. Tüdőbetegségeknél csillapitólag hat.
Kapható gyógyszertárakban, drogeriákban, fűszer- és csemegekereskedésekben, valamint a vezérképviseletnél:
Ásványvíz kereskedelmi r.-t. Budapest VI, Király-utca 12.
A forrás kimeritő ismertetését a Nieder-Selters központi irodája, Berlin W8, Wilhelmstrasse 55, bármikor ingyenesen rendelkezésre bocsátja.
A Nieder-Selters állami forrás Hessen-Nassauban az egyetlen gyógyvíz Selters néven, amely csakis eredeti állapotban kerül töltésre és szétküldésre.

Diujodin PASTILLI THEOBROMINI JODATI

Centrum Kiadóvállalat Rt. Budapest, IX., Köztelek-utca 1. Igazgató: Bornemisza Gábor.

75. évfolyam. 7. szám. Budapest, 1931 február 14.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC, ISSEKUTZ BÉLA, GORKA SÁNDOR, BELÁK SÁNDOR
VÁMOSSY ZOLTÁN, POÓR FERENC, REUTER KAMILLÓ, HÜTTL TIVADAR
FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Pákozdy Károly: A gerincvelőkompresszió fölismerésének és lokalizálásának újabb módszereiről. (149—154. oldal.)
Pap Zoltán: Choreás és atheozisos mozgászavar paralysis progressivánál. (154—157. oldal.)
vitéz Kolta Ervin és Scholtz Andor: Gyomor röntgen-vizsgálatok fehérje- és zsírtartalmi kontraszt anyaggal. (157—160. oldal.)
Boross Ernő: Vadszőlő-inda férfi húgyhólyagban. (160—161. o.)
Sülle József: Egy új serumbilirubin meghatározó eljárásról. (161—162. oldal.)
Surányi Gyula: A vérserum savban oldódó phosphortartalmának viselkedése chorea minornál. (162—163. oldal.)
Zahumenszky Elemér: Lenyelt rozskalász vándorlásának esete. (163—164. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (25—28. oldal).
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet és nőgyógyászat. — Szemészet. — Gyermekorvostan. — Gégészet. — Urologia. (164—167. oldal.)
Könyvismertetés: (167. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (167—170. oldal.)
Frey Antal: Orvosi nyelvünk magyartalanságai. (170—172. oldal és a borítólap III. oldalán.)
Vegyes hírek: (a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A gerincvelőkompresszió fölismerésének és lokalizálásának újabb módszereiről.

(Magántanári próbaelőadás.)

Irta: *Pákozdy Károly dr.*

Előadásom tárgya az idegrendszer kórtanának olyan fejezete, melyben diagnostikai ösmereteink és az ezeken alapuló terápiás eredmények az utolsó két évtizedben bámulatos és előre nem sejtett haladást tüntetnek föl. Alig 40 év választ el bennünket attól az időtől, amikor az első eredményes gerincdaganatműtétet végezték *(Gowers—Horsley,* 1887) s még 20 esztendő sem az olyan időponttól, amikor hasonló beavatkozés mind diagnostikai mind műtéti technikai szempontból még ritkaságszámba ment és feltétlenül közlésre került.

Ha az idegkórtani diagnostikának az említett 40 esztendő alatt történt fejlődésén végigtekintünk, az első évtizedekben történt haladást a szorosabb értelemben vett neurologiai diagnostika fejlődésének kell tulajdonítanunk. Ide tartoznak a mozgási és érzési körben, valamint a reflexek és sphincterműködések körében mutatkozó tünetek és eltérések, melyek diagnostikájának finom eredményei[1] ma már az idegorvostan közkincsét alkotják s a szorosabb értelemben vett compressiós és magassági diagnostikán kívül nagy haladást jelentenek a neurológia más területei számára is.

Előadásom tárgyát nem ezek a módszerek alkotják, hanem az utolsó 10—15 évben beállott fejlődés tényezői, melyeknek nagyobb része már nem is tartozik kizárólagosan a szorosabb értelemben vett neurologiai vizsgáló eljárások közé. Az idegervostannak ez a fejezete nagyon sokat köszönhet az orvostudomány más ágaiban létrejött fejlődésnek, a radiologiai, cytologiai, serologiai és más biologiai eljárások rohamos haladásának, valamint egy külön idegdiagnostikai műtéti technika létrejöttének.

Ezeknek az újabb időben mind kiterjedtebben alkalmazott eljárásoknak egy része a gerincvelő compressiójának felismerésében, más részük az összenyomatás helyének meghatározásában van segítségünkre.

Froin ösmerte fel elsőnek a gerinccsapolás útján nyert liquor sárgás elszíneződésének, a *xanthochromiának* s a liquorfehérje nagyobbfokú megszaporodása következtében előálló *spontán liquorkoagulálásnak, Sicard* és *Foix* valamint *Nonne* pedig a xanthochromiával vagy anélkül járó *fehérjeszaporulat ellenére is normalis fehérvérsejtszámnak* (dissociation albumino-cytologique) jelentőségét a compressio diagnostikájában. Ez az együttesen *Froin—Nonne-féle syndromának* nevezhető tünetcsoport még xanthochromia nélkül is valóban nagyon értékes jele a gerincvelő összenyomatásának, s teljes compressio esetén legtöbbször magunk is megtaláltuk. Magának a tünetcsoportnak ösmerete nem új, értékelését illetőleg mégis szaporodtak ösmereteink még a legújabb időben is. Mindenekelőtt tudnunk kell, hogy nem jelent minden esetben daganatos compressiót, hanem csak a liquorkeringés akadályozott voltát, másrészt pedig venás pangást az akadály következtében a compressio alatti térben. Többször találták caries okozta összenyomatás esetén *(Foerster)*, de más esetben is, így *Cassirer* meningomyelitis traumatica serosában; mi is észleltünk olyan beteget, akinek a baját a lipiodolos eljárás (a lipiodol legnagyobb része mindjárt a durazsák végére sülyedt le) és a klinikai lefolyás alapján meningomyelitisnek kellett tartanunk, ahol az ismételten vett lumbalis liquor xanthochromiás volt. *Foerster* a tünetcsoportot eredményesen operált intramedullaris daganat mellett is látta.[2] Nem kongruens azonban a syndroma minden esetben a compressio többi tünetével sem. *Vannucci*[3] esetében positiv lipiodolpróba ellenére hiányzott, míg *Guillain, Alajouanine* és társaik esetében a xanthochromiás liquor ellenére az első próba alkalmával végig leszaladt lipiodol. Mindenesetre gyakran aránylag késői tünet; magunk is operáltattunk eredményesen ge-

[1] *Herzog Ferenc* O. H. 1924. 29. sz.

[2] Berl. kl. Woch. 1921. 1056. o.

[3] Arch. ital. di dur. 1926. 15. k. 545. o. Ref. Zbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1927. 45. k. 342 o.

rincvelődaganatos beteget a tünet legkisebb jele nélkül is, más esetben pedig csak a későbbi punctiók folyamán találtuk meg ezt a tünetcsoportot. *Stookey*[4] szerint az arachnoiditis okozta akár teljes, akár részleges blokkra jellemző *a xanthochromia és a nagyobbfokú hyperalbuminosis hiánya*, amit avval magyaráz, hogy a tumor okozta blokkal szemben az arachnoiditis nem vezet a gerincvelő venáinak kitágulásához.

Ami a syndroma részleteit illeti, a xanthochromiát általában a tumor, illetve compressio mélyebben fekvő volta mellett értékesítik. *Schüpfer*[5] szerint gyakran hiányzik a nyaki velő daganataiban, cauda- és conusdaganat mellett úgyszólván soha. Magunk többször találtuk a háti velő tumora esetében, egy betegüknél pedig ismételten erősen xanthochromiás volt a liquor és sok fehérjét is tartalmazott a 2. háti csigolya magasságában fekvő daganat esetén, melyet el is távolíttattunk. Nagyon megbízhatónak mondhatjuk a sejtszám és a fehérjetartalom közötti disszociatiót; számos betegünkön a sejtszám igen nagy fehérjetartalom ellenére is 0—12 közt váltakozott, s csak egyetlenegy évek óta beteg caudatumoros betegen találtunk 42 fehérvérsejtet, ami az egyidejű massiv koaguláláshoz viszonyítva, túlnagynak szintén nem mondható.

Az ismertetett tünetcsoport csak nyer bizonyító erejében, ha az egyidejüleg végzett cisternapunctio normalis, tehát víztiszta liquort eredményez fehérjeszaporulat nélkül és még kisebb sejtszámmal, amennyiben ugyan a lumbalis liquorban volt valamelyes pleocytosis. A két helyről vett liquor ilyen kifejezett dissociatiója esetén okvetlenül van tumor vagy valamilyen más anatómiai laesióhoz vezető folyamat a gerinccsatornában. A kettős punctiót, de emberen magát a cisternapunctiót is először *Ayer* végezte és ismertette.

A Froin—Nonne-tünetcsoporttal egyidejüleg gyakran a liquornyomás növekedését is észlelhetjük. Ez a fokozódás, amint azt *Schüpfer* is hangsúlyozza, sokszor csak a compressio későbbi stádiumában ér el nagyobb mértéket; állitását a mi észleleteink is megerősitik: több betegen, akiket különböző időben ismételten pungáltunk, tapasztaltuk, hogy a megelőzőleg közepes vagy alig fokozott nyomás a későbbi pungálás idején már lényegesen nagyobbá vált.

A compressióra különösen jellemző, sőt úgyszólván bizonyító azonban az a *Phleps* leírta tünet, amikor a lumbálpungálás kezdetén levő akár közepes, akár abnormisan nagy nyomás a punctio folyamán hirtelen csökken, olykor annyira, hogy mélyen fekvő daganat esetén akár el is folyik az egész liquor. Több izben észleltük ezt a tünetet is, mindig daganat okozta összenyomás következtében.

Stookey a lumbális liquornyomás csökkenését *manometriával* ellenőrzi.[6] Megméri a nyomást a pungálás kezdetén, majd 7 ccm liquor lebocsátása után újból. Ha nincs akadály a gerinccsatornában, a nyomás kb. 50%-kal csökken; részleges blokád esetén a csökkenés nagyobb, 70% körüli, míg teljes blokk esetén 100% is lehet. Az eljárás megbízhatóságát különösen francia szerzők erősítik meg. *(Vincent* és *David.)*[7]

Gyakran kimutatható a gerinccsatorna elzáródása a *Queckenstedt*-féle eljárással, még pedig ha a pungálás folyamán a nyaki venák leszorítására nem észleljük a liquornyomás emelkedését. Ennek a próbának positiv volta se jelent természetesen daganatot, csak a gerinccsatorna blokádját jelzi. *Medea*[8] positivnak találta lueses eredetű gyulladásos folyamatban, mi pedig egyidejű Froin—Nonne-tünetcsoporttal az említett meningomyelitises betegen. Kifejezetté a tünet csak a gerinccsatorna teljes vagy legalább is nagyobbfokú blokádja esetén válik, miért is *Vincent* és *David*[9] egyidejű manometria segítségével — pontosan registrálva az időt és a nyomás nagyságát — igyekeztek a próbát érzékenyebbé tenni. Ugyancsak a gerinccsatorna elzáródását jelzi az Ayer-féle kettős punctio, ha kifejezett különbséget jelez a cisternában és a lumbalis durazsákban levő liquor nyomásviszonyait illetőleg.

Landeliusnak[10] két betegén a *Queckenstedt-féle próba végzésénél heves gyöki fájdalom* jelentkezett ugyanazon a területen, ahol kisebb fokban azelőtt is érzett fájdalmat a beteg; ez a körülmény segítségére volt a tünetszegény eset pontos diagnostizálásában is.

A liquornak specificus sejtelemekre való *cytologiai vizsgálata* aránylag ritkán eredményes. Operációra került extramedullaris daganatos eseteink egyikében se tudtunk egyszerű centrifugálás és festés útján daganatsejteket kimutatni. *Fischer Oszkár*[11] fixálás céljából 1 ccm liquorhoz 1 csepp formolt ad és centrifugálás után a készítményt haematoxylin-eosinnal festi. Ilyen módon aránylag gyakran sikerült extramedullaris daganat esetében is daganatsejteket kimutatnia. Még leginkább sarcomatosis eseteiben találtak daganatsejteket a liquorban, amelyek ilyenkor természetesen biztosan eldöntik a bántalom természetét. A cauda equinának rossz természetű daganatai aránylag gyakran kitöltik tumormasszával a gerinccsatorna ágyéki részét. Ilyen esetben a lumbálpungálás néha eredménytelen, ellenben az ú. n. penetratiós tünetet tapasztalhatjuk, amikor is a durazsák átszúrása után nem liquorral kitöltött üregbe jutunk, hanem többé-kevésbbé ellenálló sejtes tömegbe; a tünet megítélése természetesen gyakorlatot igényel, kellő gyakorlat mellett azonban bizonyító. Magam is észleltem egy esetben, mely utóbb a műtét alkalmával rosszindulatú tumornak bizonyult; a daganat teljesen kitöltötte a gerinccsatornát a 2. ágyékcsigolyától a keresztcsonti csatorna kezdetéig. Az ilyen pungálás után fontos a tűben maradt anyag mikroskopos vizsgálata, amely esetleg daganatsejtekből áll; idézett esetünkben csak vérsejteket találtunk a pungáló tűben.

A liquor kolloidreactiói (aranysol, mastix stb.) nem jutottak számottevő szerephez a compressio diagnosticájában. Klinikánkon egy-két esetben a *benzoereactio* bizonyult használhatónak. A *Wassermann-próba* elvégzésének természetesen mindig van jelentősége, hisz a lueses elváltozások compressióhoz és így valamennyi compressiós tünet előidézéséhez is vezethetnek. Nagyon fontos azonban tudnunk, hogy a hyperalbuminosisos és xanthochromiás liquorban a Wassermann-próba positiv lehet nem lueses bántalom esetén is; ilyen esetet többen közöltek, legutóbb *Schüpfer* hívta föl erre a figyelmet.[12] Különösen számolnunk kell az ilyen nem specificus reactióval, ha a vérben a Wassermann-próba negativ és ha az antilueses kezelés nem eredményezett javulást.

Az eddig tárgyalt tünetek mindegyike csak a compressio tényét s kivételesen annak természetét jelzi, a compressio helyére azonban a legtöbb esetben felvilágositással nem szolgál. Ismereteink azonban a helymeghatározást illetőleg is eredményesen bővültek az utolsó

[4] *Schaffer.* La Presse Méd. 1930.
[5] Parte medica Arch. Soc. Ital. Chir. 1929. 248 o. Ref. Zbl. f. des. Neur. u. Psych. 1930. 54. k. 63. o.
[6] Arch. of neurol. a. psych. 1928. 20. k. 84. o.
[7] La Presse Méd. 1929. 585. o.
[8] Atti di soc. lombardie di scienze med. e. biol. 1925. 14. k. 51. o. Ref. Zbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1926. 42. k. 416. old.
[9] L. idézett helyen.
[10] Acta chir. Scand. 1926. 60. k. 180 o.
[11] Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1922. 76. k. 81. o.
[12] Lásd 5. alatt.

években. A szigorúbb értelemben vett neurológiai diagnostica ezen a téren sok újat már nem eredményezett, mégis ki kell térnem egy-két eljárásra, amelyek egyes esetekben nagy hasznunkra lehetnek a magassági diagnosis megállapításában. Ilyen eljárást ismertettem az Orvosi Hetilap 1924. 17. számában, melynek lényege az, hogy extramedullaris daganat bizonyos eseteiben az objectiválható érzészavar területe fölött már a bántalom igen korai stadiumában találunk egy zónát, ahol csak subjectiv érzészavar van, melyet úgy mutatunk ki, hogy a normalis érzésű bőr felől finom ecsettel haladunk az érzészavar irányában; az a segmentum, ahol a beteg az érzés legkisebb subjectiv megváltozását jelzi, megfelel a daganatos compressio felső határának, amint arról meggyőződtünk több olyan műtétre került esetben, ahol (még a lipiodolos eljárás ismerete előtti időben) a helyes magassági diagnosis a daganatnak akkori időszakában másként még nem volt megállapítható. Ez könnyen érthető is, hiszen kivált a régebbi időben nem egy beteg későn avagy téves magassági meghatározással került műtétre éppen azért, mert a biztos érzészavar, amely a magassági diagnosisnak azelőtt néha csaknem egyedüli alapja volt, sok esetben csak a bántalom előrehaladott állapotában jelentkezett.

Meyer O. B.[13] ismertetett nemrég olyan eseteket, amelyekben a fájdalomérzés felső határát illetőleg három segmentumot is kitevő különbséget talált, aszerint, hogy a határt felülről lefelé avagy alulról fölfelé haladva határozta meg; felülről haladva lefelé a határ mindig magasabban volt. Valószínűnek kell tartanom, hogy a két határ közé eső terület olyan volt, ahol a felületes érzés subjectiv megváltozása az általam ismertetett eljárással már biztosan kimutatható.

1928-ban közölte *Fay*,[14] hogy *a vazomotoros és pilomotoros reflexek megnyilvánulása* zavart lehet azon a bőrterületen, melynek segmentumai vagy gyökterületei betegek. Az érelváltozásokat forró vizes lepedőbe való bepakkolással, a pilomotoros reflexet hideg pálcával vagy hideg levegőnek a bőrre fuvása útján teszi nyilvánvalóvá. Az eljárást a gerincdaganatok magasságának meghatározásában értékesnek mondja.

A gerincvelőcompressio helyének meghatározásában mind nagyobb segítségünkre van a *röntgendiagnostica* haladása is. A csigolyák gümőkórja és daganatos megbetegedése esetén létrejövő röntgenelváltozások régóta jól ismertek, bár hangsúlyoznom kel, hogy még itt is csak a positiv elváltozásnak van bizonyító értéke. *Nonne* egy esetében[15] óriássejtes sarcoma teljesen elpusztította az első hátcsigolyát, anélkül, hogy a felvételen a legkisebb elváltozást találták volna. Az ilyen esetek a röntgentechnika és diagnostika mai fejlettségi fokán mindenesetre azonban már ritkaságszámba mennek, kivált mióta az oldalirányú fölvételek készítése is úgyszólván szabállyá vált. A csigolyákra rá nem terjedő és szövettanilag jobbindulatú daganatok a röntgenképen, sajnos, nem láthatók, s csak egész kivételesen következtethetünk daganatra, ha az a gerinccsatorna csontos falára gyakorolt nyomás útján localis csontfelszívódást idéz elő. Ilyen esetet magunk nem is láttunk. Mégis fölvételt kell készíttetnünk minden erre gyanus esetben, mert a daganat magasságában vagy valamivel az alatt nem ritkán találunk periostális fölrakódást vagy apró exostosisokat a csigolyatesten, amelyek a magassági diagnosis megállapításakor hasznunkra lehetnek.Ilyen elváltozásokat először *Sgalitzer* és *Yatrou*,[16] majd *Ehrenberg*[17] írt le, nálunk magam mutattam be beteget ilyen elváltozással 1923-ban a Királyi Orvosegyesületben, majd *Erdélyi*[18] számolt be több hasonló esetről, részletesen méltatva az elváltozások jelentőségét. Bár ilyen csontburjánzást extramedullaris daganat eseteiben azóta is többször láttunk, természetes, hogy ezek az elváltozások nem lehetnek kórjelzőek, mert nemcsak kezdődő spondylarthritisben, hanem számos más gerincvelő- és csigolyabetegségben is találtunk hasonló felrakódást és exostosisokat.

A compressio diagnostikájában és különösen annak magassági meghatározása terén a legnagyobb haladást kétségtelenül *Sicard* zsenialis eljárása: *a lipiodolnak a cisternába vagy a lumbális durazsákba való befecskendezése jelenti* (1922), amely a gerinccsatornában lévő akadály esetén részben vagy egészen, ideiglenesen vagy tartósan megakad s röntgenfölvételen jól látható árnyékot ad, amelynek nemcsak helyéből, de gyakran alakjából is több-kevesebb biztossággal következtethetünk az akadály helyére és természetére. Az eljárást a gerincvelődaganat diagnostikájában joggal nevezhetjük korszakalkotónak. Idegen anyagnak a gerinccsatornába való bejuttatása mindenesetre nem volt ismeretlen a lipiodolos eljárás előtt sem. *Dandy* és *Bingel* nevéhez fűződik az encephalographiás eljárás, azaz *levegő befujása* a durazsákba az agykamrák vizsgálata céljából. Az eljárás alkalmasnak igérkezett a gerincvelőcompresiso helyének meghatározására is, minthogy teljes blokád esetén a levegő az összenyomatás magasságában megakad. Mégse bizonyult megbízhatónak a levegőfuvás, noha némely esetben jó eredményt adott. Megtévesztő leletről tesz említést *Herzog* professor is idézett közleményében;[19] itt a levegő 3 csigolyával mélyebben akadt meg, mint ahol az akadályt az idegrendszeri tünetek jelezték, s mint ahol azt a műtét alkalmával találtuk.

Diagnostikai jelentőséget tulajdonítottak *a levegő befuvásakor jelentkező övszerű fájdalomnak is*, mely az érző gyökerek izgalma következtében támad (*Wallgren*,[20] *Gortan*[21]) a levegőoszlop megakadása helyén; meg kell jegyeznem, hogy *Herzog* professzor említett esetében a fájdalom csakugyan a levegő megakadásának magasságában, tehát megtévesztésre alkalmas segmentumban jelentkezett, s így biztos diagnostikai értéket ennek se tulajdoníthatunk. A befecskendezett lipiodol mindenesetre összehasonlíthatatlanul megbízhatóbban jelzi az akadály helyét, néha alakját is, s így a levegőbefuvás méltán tartozik a ma már nem használatos eljárások sorába.

A *lipiodolnak* a gerinccsatornába való bejuttatására két út áll rendelkezésünkre; az első, mely általánosságban használatos, a cisternába való befecskendés, melyhez mindig a sűrűbb, ccm-enkint 54 cg. jódot tartalmazó olajat (lipiodol descendant) használjuk; a lumbalis befecskendéskor azelőtt a könnyebb fajsúlyú, felszálló lipiodolt (l. ascendant) alkalmazták, utóbb azonban *Sicard* ilyen esetre is a jobb contrastképet adó sűrűbb olajat ajánlotta, melynek bejuttatása után a betegnek Trendelenburg-helyzetbe kell jutnia, s ilyen helyzetben készülnek a röntgenfelvételek is erre a célra szolgáló különleges mozgatható asztalon. A lombalis befecskendést csak kivételes esetben tanácsos végezni, olyankor, ha okvetlenül szükségünk van az akadály alsó határának ismeretére, nagyon magasan fekvő tumor esetén vagy ha két külön daganatra

[13] 19. Jahresvers. d. Ges. d. Nervenärzte Würzburg 1929. Ref. Zbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1930. 54 k. 161. o.

[14] Arch. of neurol. a. psych. 1928. 19. k. 31. o.

[15] D. Zschr. f. Nheilk. 1913. 47—48. k. 436. o.

[16] Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1921. 35. k. 598. oldal.

[17] Acta med. Scand. 1923. 59. k. 57. o.

[18] Orv. Hetilap 1924. 47. sz.

[19] Lásd 1. alatt.

[20] Acta med. Scand. 1923. 59. k. 453. o.

[21] Arch. soc. ital. Chir. 1929. 489. o.

van gyanu *(Peiper)*, mert a röntgenfelvétel készítése körülményesebb, technikailag nehezebben keresztülvihető, ha pedig akadály nem volt a gerinccsatornában, a magasra feljutott lipiodol nem egy esetben súlyos complicatióhoz, sőt halálhoz is vezetett *(F. Schönbauer* és *L. Schönbauer*[22]*). Sgalitzer* ennek ellenére pártolja; az agyvelőbe jutás esetén támadó heves tünetek szerinte pár nap alatt elmulnak. A cisternába való befecskendés technikailag egyszerű, s utána a jódolaj útja jól ellenőrizhető átvilágítással és fölvételekkel egyaránt. Németországban a lipiodol helyett az ugyancsak jó contrastárnyékot adó *jodipint* is használják hasonló célra. Bár *Eskuchen* és mások egyenértékünek találják a lipiodollal, vannak többen, akik az előbbit megfelelőbnek tartják, mert kevesebb izgalmi tünetet okoz a jodipinnál. *F. H. Lewy* lipiodol után sose látott bajt, jodipin után viszont súlyos steril meningitiseket.

Mi minden esetben lipiodolt használtunk az eljáráshoz, komolyabb complicatiót egy esetben se láttunk, még ismételt befecskendés után sem. A befecskendezett lipiodol sose legyen több 2 ccm-nél; mi úgy találtuk, hogy 1—1 és ¼ ccm minden esetben elég megfelelő contrastkép eléréséhez. Igy is számolnunk kell bizonyos izgalmi tünetekkel, melyeket az idegen anyag vált ki a szervezetben. A befecskendést sok esetben fájdalom követi a megakadás magasságában. Előzőleg is megvolt gyöki fájások nagy hevességgel jelentkezhetnek, amint azt magunk is tapasztaltuk. Ez lehet villámszerűleg jelentkező és gyorsan muló fájdalom *(Peiper*[23]*)*, de lehet órákon, sőt egy-két napon át is tartó heves fájás, amint azt egy betegünkön észleltem. *F. Schönbauer* és *L. Schönbauer* ezt a fájdalmat intraduralis folyamatra tartják jellemzőnek.[24] *Oljenick*[25] egy betegén a gyöki fájdalom fokozódásán kívül jól rögzíthető érzészavar is keletkezett, mely esetében diagnostikai fontosságot is nyert. A gyöki fájdalmon kívül főfájást, két napig tartó tarkómerevséget, hányást, de különösen borzongást, hidegrázást és 39.9°-ig is emelkedő lázat is láttunk a lipiodol reactiojaképen. Mindezek a tünetek daganatos betegeken támadtak; akiken a lipiodol a daganat fölött megakadt; azokon a betegeken, akiken a lipiodol akadály nélkül lesüllyedt, számottevő reactiót egy esetben se tapasztaltam. Ha ez nem tekinthető is általános szabálynak, mégis az a véleményem, hogy az erősebb reactio létrejöttében az idegen anyagon kívül a daganat hatása következtében már amúgy is meglevő gyulladásos izgalomnak, vérkeringési zavarnak, oedemának is szerepe van. Az idegrendszeri tünetek rosszabbodását egy betegünkön se tapasztaltam, s az említett reactio is lezajlott mindig két napon belül. Bizonyos fokú meningealis reactióval mindig kell számolnunk a jódolaj hatása következtében, mint azt a befecskendés után vett liquorban gyakran talált reactiv lymphocytosis is jelzi *(Dimitri* és *Balado*[26]*, Spektor* és *Podgaetz,*[27] *F. Schönbauer* és *L. Schönbauer.*[28]*) Mixter* állatkísérleteiben, amelyekben viszonylag nagyobb mennyiségű lipiodolt használt, 1000-nél nagyobb sejtszámot is talált a befecskendés után vett liquorban.

A lipiodolbefecskendést eddig már sok ezer esetben végezték, s az említett reactio ellenére — amellyel akadály esetében mindig számolnunk kell — arra az álláspontra kell helyezkednem, hogy az a betegek megválasztásában szükségszerű óvatosság és helyes technika mellett számottevő veszedelemmel nem jár és a beteg meglevő bajának rosszabbodását sem idézi elő. Nem változtat ezen a tényen még az sem, hogy itt-ott még egy-egy halálesetről is tettek említést, így *Hoff,*[29] azután *F. Schönbauer* és *L. Schönbauer;* utóbbiak esetében a cisterna cerebellomedullaris területén támadt acut steril gennyes gyulladás felszálló lipiodoltöltésre, mely halált okozott. A spinalis mozgató és érzési tünetek rosszabbodását, valamint sphincterzavarok jelentkezését a jódolaj után *Nonne* észlelte;[30] *Schäfer*[31] különösen magasan fekvő daganat esetén látott rosszabbodást, *Sharpe* és *Peterson*[32] betegein pedig az akadály helyén támadt gyulladásos reactio és a tünetek rosszabbodása miatt gyors laminectomia vált szükségessé.

Utalnom kell azonban arra, hogy halálesetekről és súlyos idegrendszeri következményekről az egyszerű lumbalpunctio alkalmazásának első időszakában is többször történt említés, ma pedig már évszámra se hallunk sem exitusról, sem pedig a tünetek tartós rosszabbodásáról ennek következtében, bár igen ritkán előfordul alighanem manapság is súlyosabb vérzés a durazsákba vagy a nyomás hirtelen megváltozása miatt magába a daganatba is *(Nonne).*[33]

Ösmert jódtúlérzékenység esetén a jódolaj befecskendésével természetesen különösképp óvatosnak kell lennünk, *Peiper* szerint ilyenkor csak a végső esetben szabad azt alkalmazni; *Sicard* azt állítja, hogy az eljáráshoz használt csekély mennyiségű lipiodol ilyen esetben sem okoz különösebb kellemetlenséget.

A gyakori gyulladásos reactio miatt helyes az esetleg indicálttá vált laminectomiát nem közvetlenül a lipiodolbefecskendés után végezni, hanem csak néhány nap elteltével a reactiv tünetek lezajlása után.

Mindenesetre említendő, hogy egyesek néha még jó terapiás hatást is láttak a lipiodoltól. *Desgouttes*[34] szerint annak jelenléte az aszepsist elősegíti, s a gyógyulást sietteti. *Peiper*[35] néha feltünő javulást, sőt gyógyulást látott a jódolajra; arra gondol, hogy meningealis összenövéseket is megoldhat, s talán jó hatású néha az egész spinalis rendszerre gyakorolt reactiv izgalom révén is

A lipiodolos eljárás diagnostikai értéke kétségtelenül igen nagy, de hangsúlyozandó, hogy egyedül és egyoldalúan ennek eredményéből következtetni nem lehet, mert *ez az eljárás se mentes számos hibaforrástól.* Ami valamennyi eddig ismertetett eljárás fölé helyezi, az az, hogy az esetek túlnyomó többségében mégis jól értékelhető és megbízható eredményt ad, továbbá hogyha ez az eredmény a neurologiai lelettel egyezik, a laminectomia szükségességét és helyét illetőleg olyan biztonságérzetet nyujt, amilyen az eljárás ismerete előtt sohasem volt elérhető és végül, hogy ma már se szeri, se száma az olyan eseteknek, ahol az eredményes terapiás beavatkozás elegendő más tünet hiányában csakis a lipiodolnak köszönhető, vagy pedig ahol lehetővé tette az operálást olyan időpontban, amikor az nélküle még nem lett volna lehetséges. De értékes az eljárás az ellenkező oldalról tekintve is; egészen bizonyos, hogy nagyon sok beteget mentett már meg felesleges laminectomiától és téves helyen végzett laminectómiától.

Ez teszi érthetővé sok szerzőnek mindenesetre túlzottnak minősítendő rajongását, amellyel az eljárásról írnak,

---

[22] D. Zschr. f. Chir. 1928. 211. k. 410. o.
[23] Röntgenprax. 1. k. 27. o.
[24] Lásd 22. alatt.
[25] D. Zschr. f. Nervenkeilk. 1925. 88. k. 14. o.
[26] Arch. argent. Neurol. 1927. l. k. 159. Ref. Zbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1930. 54. k. 457. o.
[27] Ref. Zbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1930. 54. k. 457. o.
[28] Lásd 22. alatt
[29] 17. Jahresvers. d. Ges. D. Nervenärzte in Wien. Ref. Zbl. f. Neurol. u. Psych. 1927. 47. k. 810. o.
[30] Ugyanott.
[31] D. Zschr. f. Nheilk. 1927. 49. k. 39. o.
[32] Ref. Zbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1928. 48. k. 170. o.
[33] D. Zschr. f. Nheilk. 1913. 47—48. k. 436. o.
[34] Bull. et mém. de la soc. nat. de chir. 1927. 53. k. 611. o.
[35] Lásd 23. alatt.

s amely egyeseket már olyan kijelentésekre is vezetett, hogy „a lipiodol óta nincs már próbalaminectomia" *(Robineau)*. Próbalaminectomia kétségtelenül van még, de egészen bizonyos, hogy sokkalta ritkább, mint annakelőtte.

Nem terjeszkedhetem ki e helyen az ú. n. lipiodoldiagnostica *(Sicard* elnevezése; a németek az eljárást általában myelographiának nevezik) minden részletére, de rá kell mutatnom az eljárás eddig ismertté vált hibaforrásaira. A legsúlyosabb tévedésre és így felesleges műtéti beavatkozásra az adott okot, hogy megakadt a lipiodol a gerinccsatornában annak ellenére, hogy a megakadás helyén műtét vagy boncolás alkalmával sem daganat, se más számottevő akadály nem találtatott *(Sgalitzer,*[36] *Desgouttes,*[37] *Schäfer*[38] eseteiben, valamint *Bregman*[39] egy polysclerosisos betegén). Ez a megakadás úgyszólván minden esetben a 3—4. háti csigolya magasságában tehát a gerinccsatornának fiziologiásan legszűkebb helyén történt. Fokozott óvatosságra van tehát szükség olyankor mindig, ha a jódolaj ezen a helyen akad meg és emellett incongruentia van a neurologiai tünetekhez viszonyítva. *Bériel*[40] olyan körülményre hívja föl a figyelmet, amely valóban számottevő hibaforrás lehet ilyenkor. Szerinte előzetes lumbálpungálás után lehetőleg 8 napig kell várni az azt követő myelographiával, hogy a burkok visszanyerhessék eredeti állapotukat, mert éppen ezeknek egymáshoz való tapadása lehet oka annak, hogy a lipiodol más anatomiai akadály hiányában is megakad.

Számolnunk kell továbbá azzal, hogy gyulladásos folyamat és daganat a myelographia révén se különböztethető meg mindig biztosan egymástól *(Denk).*[41] *Roger*[42] szerint chronicus leptomeningitis, *Wartenberg*[34] szerint könnyű arachnoiditis egymagukban teljesen megakaszthatják a lipiodol útját; *Loewenstein* 4 hétig tartó részleges fennakadást látott, melynek oka az operáláskor meningitis cysticának bizonyult. Ez a körülmény megtévesztésre azért alkalmas, mert amint arra az alábbiakban még hivatkozni fogok, a fennakadt lipiodol alakjából is csak bizonytalanul tudunk az akadály természetére következtetni.

Mindig különös figyelmet kell fordítani a fennakadás tartamára; *Roger*[45] szerint átmenetileg még syringomyeliás és polyinsularisos gócok is megakaszthatják részben vagy egészben a lipiodolt.

Tumor esetén is számolnunk kell mindig azzal a biztosan el nem kerülhető körülménnyel, hogy a lipiodol fennakadásának helye nem felel meg pontosan a daganat felső pólusának. Az eddig említettek alapján is érthető, hogy a daganat fölött aránylag gyakran keletkező összenövések *(Reiser),*[46] vagy cystaképződés *(Bregman* és *Szpilman,*[47] *Wieden*[48]) már a tumor felső polusának elérése előtt megállíthatják az olajat; *de Quervain*[94] még intramedullaris daganat támasztotta összenövések következtében is látott ilyen esetet.

Az akadály nélkül történő megakadásnál ritkább az az eset, hogy a lipiodolt számottevő, sőt nagy daganat sem állítja meg útjában; két ilyen esetről *Desgouttes* emlékszik meg,[50] *Denk*[51] pedig egy harmadikról, ahol mogyorónyi endothelioma volt. Kisebb, a gerinccsatornát egészen el nem záró daganat esetén még inkább megtörténhetik, hogy ez nem állítja meg a lipiodolt, vagy pedig csak átmeneti, esetleg részleges blokkot okoz. Ha ilyen irányban van gyanúnk, az eljárást egy idő multán természetesen meg kell ismételni.

A gerinccsatorna blokádja esetén nem akad meg a lipiodol mindig egyforma módon s már az eljárás bevezetése óta igyekeztek a fönnakadt lipiodolnak a röntgenfölvételen látható alakjából következtetni az akadály milyenségére. Ez a törekvés bizonyos fokig kétségtelenül eredménnyel is járt s joggal megkülönböztethetünk különböző tipusokat, amelyek a különböző folyamatokra bizonyos mértékig jellegzetesek, de számolnunk kell okvetlenül avval, hogy a *fennakadt lipiodol alakjából* való következtetés mindig csak valószínüségi jel és abból magából sem azt biztosan megmondani nem lehet, hogy daganat van-e vagy más folyamat, sem azt, hogy a szupponált daganat intramedullaris, extramedullaris vagy extraduralis-e. Általában elfogadható magának *Sicardnak* az a megállapítása, hogy a gerinccsatorna oldalfalán elhelyezkedő és a fölvételen két hosszanti köteg vagy füzér alakját mutató kontrastanyag többnyire intramedullaris, az ú. n. sapkaalakú, tehát konkáv alsó határral bíró elhelyezkedés extramedullaris intraduralis, a vízszintes határú pedig extraduralis daganatnak felel meg, míg az elszórt cseppekben, olvasóalakban való elrendeződés elsősorban arachnoiditis mellett szól.

A fennakadt lipiodol azonban ezektől az átlagos tipusoktól eltérő alakot is mutathat; így néha fogazott, fésüfogszerű az alsó határa; *Wartenberg*[52] arachnoiditis és epiduralis daganat esetén, *Forestier*[53] pedig intraduralis daganat és localis arachnoiditis következtében látott ilyen alakot. *Fracassi* és *Parachú*[54], akik egyébként megerősítik a Sicard-féle megállapítás helyességét, ék- vagy sarkantyúszerű elhelyezkedést is leírnak, ahol a lipiodol határa lefelé nyiló hegyesszögalakú; ilyen alakot egyrészt daganat, másrészt spondylitis okozta pachymeningitis következtében támadt extraduralis compressio jelenlétében láttak.

Saját tapasztalataim alapján is az a benyomásom, hogy a *Sicard* leírta tipusok az esetek többségében valóban megfelelnek az által jelzett elváltozásoknak, de bizonyos az is, hogy szép számmal vannak eltérések is az átlagtól és hogy különböző kórfolyamatok egészen egyforma fennakadási képet adhatnak. Az általában extramedullaris daganatra jellemző konkáv határt *Loewenstein* meningitis cystica[55], *Wartenberg* pedig arachnoiditis esetében[56] is látta, s számos szerző észlelése bizonyítja *(Nonne, Wartenberg, Beykirch*[57]), hogy extra- és intramedullaris daganat között se lehet a lipiodolstop alapján biztos különbséget tenni. *Forestier*[58] szerint spondylitis tuberculosa, spondylitis acuta és csigolyarák is ugyanolyan képet adhat, mint a daganat.

Következik mindebből, hogy bár fontos, hogy a lipiodol elhelyezkedésének alakját minden esetben nagy figyelemmel kísérjük, mégse szabad soha egyedül ebből az akadály természetére biztos következtetést levonnunk; ezt egyébként *Sicard* maga is hangsúlyozza.

---

[36] Acta radiol. 1928. 9. k. 136. o.
[37] Lásd 34. alatt.
[38] Lásd 31. alatt.
[39] Neurol. polska 1928. 11. k. 57. o. Ref. Zbl. f. ges. Neur. u. Psych. 1929. 51. k. 32. o.
[40] Journ. de méd. de Lyon 1926. 7. évf. 589. o. Ref. Zbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1927. 46. k. 583. o.
[41] Arch. f. kl. Chir. 1926. 140. k. 208. o.
[42] Paris méd. 1925. 145. o.
[43] Ref. Zbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1929. 51. k. 253. o.
[44] Nervenarzt 1929. 2. k. 343. o.
[45] Lásd 42. alatt.
[46] Fotsrchr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1926. 34. k. 443. o.
[47] Lásd 39. alatt.
[48] Brun's Beitr. z. klin. Chir. 1928. 142. k. 121. o.
[49] Schweizer med. Woch. 1926. 56. évf. 585. o.
[50] Lásd 34. alatt.
[51] Lásd 41. alatt.
[52] Lásd 43. alatt.
[53] Radiology. 1928. 11. k. 481. o.
[54] Ref. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1929. 53. k. 509. o.
[55] Lásd 44. alatt.
[56] Lásd 43. alatt.
[57] Brun's Beitr. z. klin. Chir. 1928. 142. k. 301. o.
[58] Lásd 53. alatt.

Nem nyert általánosabb elterjedést a *lipiodolnak epiduralis befecskendezése*, melyet ugyancsak *Sicard* alkalmazott először. Az eljárás, melynek célja a kemény burkon kívül lévő akadály felösmerése és helyének meghatározása, kissé körülményes, súlyosabb állapotban levő betegen nem is végezhető s az ilyen módon nyert röntgenkép értelmezése is sokszor nehézségbe ütközik; mindennek dacára különös diagnostikai nehézséget okozó esetben, kivált mélyebben fekvő akadály jelenlétében, elősegítheti az extra- és intramedullaris folyamatok differencialis diagnostikáját.

A gerincvelőcompressio diagnostikájának hatalmas fejlődését jelentik azok az eredmények, amelyeket a méltatott újabb eljárásoknak köszönhetünk, olyan fejlődést, amilyet egy-két évtized előtt még csak sejteni se lehetett. Mindamellett meg kell állapítanom, hogy semmiképen se szorítják háttérbe a szorosan vett neurologiai vizsgáló eljárásokat, hanem azoknak csak kiegészítő részét teszik; értékük csak relativ, ha nincsenek megfelelő kongruenciában az idegrendszeri tünetekkel. Az idegbajok diagnostikájának szilárd alapját mindig azok a tünetek fogják alkotni, amelyek az idegrendszer szabályozta életjelenségek megváltozására utalnak.

A debreceni Tisza István Tudományegyetem ideg- és elmegyógyászati klinikájának (igazgató: Benedek László dr., egyetemi ny. r. tanár) közleménye.

Choreás és athetozisos mozgászavar paralysis progressivánál.

Irta: *Pap Zoltán* dr., egyet. tanársegéd.

Az extrapyramidális rendszer kórtanának a járványos agyvelő gyuladások révén való behatóbb megismerése, fokozott mértékben irányította a kutatók figyelmét a kéregalatti dúcoknak azon elváltozásai felé, amelyek egyes betegészlelések adatai szerint, syphlises fertőzéssel, illetve az agy metalueses természetű megbetegedésével összefüggésben állóknak látszanak. Az utolsó évtized orvosi irodalmában számos adatot találunk arra vonatkozólag, hogy jellegzetes extrapyramidális mozgási zavarok a syphilis bármely szakában felléphetnek, sőt *Nonne* egyik észlelete szerint, még a lues legkoraibb, ú. n. seronegativ szakában sincs kizárva azoknak az előfordulása. Ezek a syphilises eredetű extrapyramidalis zavarok, amint azt *Jakob, Nonne, Matzdorff, Boas, März* és mások észleleteiből látjuk, leggyakrabban mozgásszegénységgel, testtartási rendellenességekkel és az izomfeszültség fokozódásával járnak együtt, szóval: a parkinsonismus tüneti képét öltik magukra. *Foerster*, egyik agyluesben szenvedő betegénél a *Wilson*-féle pseudosklerosisra emlékeztető tüneteket figyelt meg. Valamivel ritkábban fordulnak elő a *Babonneix, Camp, Benedek* és *Csörsz* által megfigyelt, choreas mozgási nyugtalanság képében megjelenő esetek. Mindezekben az észleletekben kétségtelennek látszott, hogy a betegség közvetlen kórokozati összefüggésben áll a syphilises fertőzéssel, sőt *Jakob* vizsgálatai ezt a tényt, több esetben, szövettani feldolgozás eredményeivel is megerősítették.

Eltekintve a kéregalatti dúcoknak kizárólagosan lueses kóreredetű megbetegedéseitől, több szerző közölt észleleteket arra vonatkozólag, hogy elvétve a paralysis progressiva kórlefolyásában is felléphetnek, az ismert kérgi bénulásos tünetek mellett, az izomfeszültségnek és a mozgásoknak olyan sajátszerű zavarai, amelyek klinikai megjelenésükben tökéletesen magukon viselik a striatum és a pallidum rendszerének elváltozásán alapuló ú. n. „extrapyramidalis tünetcsoport" jellegét. Azonban ezek, a paralysis kórfolyamatához szegődő extrapyramidalis zavarok, az alapbántalom nagy gyakoriságát tekintve, feltünően ritkán kerülnek észlelésünk alá. *Steck* úgy találta, hogy a paralysis végső szakában, előrehaladott elbutulás mellett aránylag gyakrabban nyilvánulnak meg, mint a koraibb alakoknál és nem ritkán mutatnak tünettani hasonlóságot a *Foerster* által leírt érelmeszesedéses izommerevséghez. Megjelenési alakjaikban mindamellett meglehetős sokszerűséget tárnak elénk, amennyiben megjeleníthetik az extrapyramidalis betegségeknek úgyszólván valamennyi tünettani változatát. Az eddig közölt esetek között megtalálhatjuk a hypertoniás-akineticus és a hypotoniás-hyperkinticus tünetcsoport keretébe beilleszkedő kóralakokat épúgy, mint a hypo-hypertoniás-hyperkineticus syndromákat is. *Krabbe* és *Mirallié* írtak le beigazoltan előrehaladó hűdéses elmezavarban szenvedő betegeket, akiknél a kórfolyamat a paralysis agitans tüneti képében játszódott le. Hasonlóképen *Liepmann, Vogt, Fischer, Förster* és *Sterz* észleletei arra mutatnak rá, hogy a kéregalatti dúcoknak a paralysis kórfolyamatában való részvétele, kivételes esetekben choreás és athetozisos mozgás zavar kifejlődéséhez vezethet, vagy pedig a parkinsonismus tüneti képének kibontakozását vonhatja maga után. Legutóbb *Horn* írt le paralysises eseteket, amelyek részben hyperkineticus, részben akineticus extrapyramidalis mozgás-zavaroknak mutatták jeleit.

Az alábbiakban két paralysises betegünkről számolok be, akik az elmúlt év folyamán állottak klinikánkon észlelésünk alatt. Ezek közül a nőbetegnél choreás, a taboparalysisben szenvedő férfi betegnél viszont athetozisos mozgás-zavart volt alkalmunk megfigyelni.

Özv. A. B.-né, 60 éves, szülésznő. Családi terheltségre vonatkozólag nincsenek adataink. Négy gyermeke egészséges, tíz a családtagok előtt ismeretlen betegségben, kiskorban halt meg. 10 év óta érez végtagjaiban rheumásnak jelzett fájdalmakat, hét hónap óta járása és látása nagyfokban romlott. Egy év óta zavartan viselkedik, összeférhetetlen, indulatos. Emlékező képessége nagyfokban romlott, mindent elfelejt, sokszor még gyermekeit sem ismeri meg. Nem ismerte fel a napszakokat, azt hitte, hogy idegen helyen van és örökké menni akart. Az utóbbi időben álmatlan volt és többször kísérelt meg öngyilkosságot.

A behozatalakor megejtett elmevizsgálat nagyfokú elbutulást derített ki. Személyi adatait helyesen adja elő, ellenben tér és időbelileg tájékozatlan. Nem ismeri fel az intézetet, betegtársait szülő nőknek tartja. Az időfogalmakkal nincs tisztában: az év, a hónapok és a napok felosztásáról semmit sem tud. Általános ismeretei rendkívül fogyatékosak, számfogalmai elmosódottak. A legelemibb összeadási és kivonási müveletekben is durva hibákat ejt. Tárgyi fogalmak meghatározásában a 4—5 éves gyermekek színvonalán mozog, a dolgokat a nevükkel határozza meg: a kés az kés, a katona az katona. Magasabbrendű és elvont fogalmak meghatározására képtelen. Figyelme fáradékony, tartósan nem köthető le. A hónapok neveit visszafelé sorolni nem tudja. Felfogása nehéz, megjegyző képessége tökéletlen. A kérdéseket csak többszöri ismtélés után érti meg, négy tagú számot és 26 szótagú mondatot nem tud utánamondani. Éntudata fokozott, hangulata emelkedett, közérzete euphoriás. Fokozott cselekvési kedv nyilvánul meg nála: születéseket akar levezetni, betegtársainál belső vizsgálatokat akar végezni. Örökké futkos céltalanul a szorgos tevékenykedés látszatát keltve. Érzelmileg esékenység jellemzi, könnyen sír.

Vérvizsgálati eredmény: Wa. R. ++++, *Sachs-Georgi* r. ++++, *Meinicke* r. +++. A suboccipitálisan nyert liquorban Wa. R. ++++. Sejtszám: 35⅓. Fehérjetartalom a *Nissl*-f. eljárással 0.375‰, cukortartalom 0.70‰. Globulin reactiók: *Pándy* r. ++++, *Nonne—Appelt* r. +++, *Ross—Jones* r. +++, *Weichbrodt* r. ++++. Kolloid reactiók: Schellach r. ++++, Goldsol és bicolorált mastix r. typusos paralyticus kiesési görbét eredményeztek.

Testi vizsgálat: alacsony termetű, jól fejlett, jól táplált. Öregségi jelek aránylag kevéssé kifejezettek. Szívhatárok rendesek, szívhangok tiszták. Tüdők felett sem kopogtatási, sem hallgatási eltérés nincs. Máj, lép és egyéb belszervek épek. Érzési körben eltérés nem található.

Alsó végtagjaiban kisfokú hypotonia és térdszög tünet. Járása nyitott szemmel is ingadozó, bizonytalan. *Romberg-f.* tünet positiv. Térd-sarok kísérletnél ataxia jelentkezik, próbaszavak kimondásánál dysarthria. A karok in és csonthártya reflexei, valamint a bordaívi és a hasfali reflexek jól kiválthatók. A patella és az Achilles in reflexei élénkek, kóros r. nincs. Pupillák tágabbak a rendesnél, mindkettő fénymerev, alkalmazkodásra jól reagál.

A beteg vizsgálatánál a legfeltünőbb jelenség a tagjaiban megnyilvánuló állandó choreás mozgási nyugtalanság volt, amely nagy hasonlóságot mutatott a *Sydenham*-féle choreánál észlelhető spontán mozgásjátékhoz. Ujjaiban, karjaiban, az arc izmaiban, a vállkörüli és részben még a törzs izomzatában is szünet nélkül, gyors hajlító és feszítő mozgások játszódtak le, amelyek szándékától teljesen függetlenül keletkeztek és akaratlagosan nem voltak mérsékelhetők. Külső ingerektől mentes környezetben, kényelmes fekvő helyzet felvétele mellett, a spontan mozgásjáték élénksége lényegesen alábbhagyott, azonban mindennemű lelki igénybevétel, pl. hosszabb társalgásba való bevonás a tömeges mozgásokra fokozólag hatott vissza. Tartósabb beszélgetés közben jól meg lehetett figyelni, hogy amint az egyébként is emelkedett hangulatú beteg az előadásba fokozatosan belelendült, choreás mozgásai folyton fokozódtak, tömegesebbekké lettek és különösen a felső végtagok önkénytelen mozgásjátéka, összefonódva a kifejező mozgásokkal, végül szertelen hadonázó, dobáló taglejtésekbe ment át. Ezalatt vállai időnkint felrándultak, törzsével hajlongó mozgásokat végzett és távoli izomterületeken, pl. a lábaiban, csosszantó, tipegő kóros együttmozgások jelentek meg. Az összerendezett izomtevékenységek zavara legkifejezettebben az arcon volt megfigyelhető, ahol is társalgás közben, a beszédmozgás törekvéseket nem szolgáló, torzító mimikai synergiák játszódtak le, homlokráncolás, szemhunyorítás, ajak-csücsörítés és csámcsogó mozgások alakjában. A choreás mozgási nyugtalanság még a nyelv izomzatát sem hagyta szabadon. Nyelvében gyakran lehetett észlelni öltögető és hengeredő mozgásokat, amelyek a szóképzést jelentékenyen megnehezítették, miáltal a beszéde sokszor elmosódottá és nehezen érthetővé vált.

P. M. 43 éves, szabó mester. Dg.: Taboparalysis. Előzményi adataiból csak annyit sikerült megtudni, hogy 1922-ben ulcus duruma volt, amely ellen négy neosalvarsan + higany kezelést kapott, azontul pedig hosszabb ideig jódkalit szedett. 1925 óta alsóvégtagjai fokozatosan gyengülni kezdtek, hasogató fájdalmak léptek fel bennük, járása és látása mindinkább rosszabbodott. 1927-ben zavart viselkedés miatt a nagykállói elmegyógyintézetbe szállították, ahol két évig állott kezelés alatt. Kevéssel az intézetbe való beszállítása előtt, lábai már annyira erőtlenek voltak, hogy segítség nélkül nem tudott járni. Zavart elmeállapota heteken keresztül tartott, azonban a Nagykállóban alkalmazott maláriás lázas kezelés óta, melyet több erélyes neosalvarsan és bismut kúra követett, megszünt, sőt azóta szellemileg némi javulást mutat. Az utóbbi hónapokban heves gastricus crisisek ismétlődnek nála, amelyek nehezen csillapítható hányásokat váltanak ki.

Elmevizsgálat: saját személyére vonatkozólag tájékozott, környezetét is helyesen ismeri fel, azonban az időpont megjelölésében 11 évet téved. A hónapot és a napot sem tudja pontosan megjelölni. Betegségi belátása jó: tudja, hogy elmezavar miatt szállították be az elmegyógyintézetbe, valamint azt is, hogy tabese van. Felfogása nehéz, több kérdést nem ért meg. Általános ismeretei igen fogyatékosak. A legelemibb számtani müveleteket is hibásan oldja meg, 100-tól hetesével visszafelé nem tud számolni, a hónapok neveit is visszafelé több hibával sorolja fel. Figyelme fáradékony, érdeklődése minden iránt csökkent, hangulata közömbös. Értelmiség-kora a *Binet—Simon* féle eljárás szerint meghatározva kb. 8—9 évnek felel meg.

Vérvizsgálati eredmény: Wa. R. *0*, *Sachs—Georgi 0*. A suboccipitalis csapolás útján nyert liquorban Wa. R. +++, Globulin reactiók: *Pándy* ++++, *Nonne—Apelt* +++, *Ross—Jones* +++, *Weichbrodt* ++++. Kolloid reactiók: bicolorált mastix r.-nál typusos mély tabopp- és kiesés az első négy kémcsőben, a *Lange*-féle Goldsol reactiónál a kiesési görbe, a javulóban lévő liquor sérülések typusát követve, kissé felemelkedik. Liquor sejtszám: 3.

Testi vizsgálat: közép termetü, közepesen fejlett és táplált. Az egész köztakaró enyhén subictericusan elszíneződött. Szívhatárok rendesek, szívcsúcson systolés zörej. Tüdők felett sem kopogtatási, sem hallgatási eltérés nincs. Máj, lép és egyéb belszervek eltérést nem mutatnak. Mindkét alsó végtagon, főleg térdtől lefelé tactilis hypaesthesia, mely egyes helyeken, különösen a bokák tájékán mind a három érzésfajra kiterjedő anaesthesiává fokozódik. (A beteg bemondásai azonban nem értékesíthetők kellőleg, mivel sokszor teljesen ellentmondó eredményeket jelez.) Izületi és mozgás érzések, valamint a pallaesthesiás érzés az alsó végtagon kiestek. Az alsó végtagokon súlyos hypotonia és térdszög tünet mutatható ki. *Romberg* tünet igen kifejezetten positiv: járni s állni segítség nélkül nem tud. Lába fejei equinovarus tartásban petyhüdten lógnak le. Az alszár és a comb izomzata mindkét oldalon egyenletes térfogat-csökkenést mutat. Térd-sarok kísérletnél durva, nagy kilengésü ataxia jelentkezik. Fogmutatás, homlokráncolás, nyelvkiöltés jól sikerülnek. J. o. szemrés szükebb. Igen súlyos dysarthria. Achilles in reflex nem váltható ki, Westphal tünet. Kóros r. nincs. J. o. pupilla szabálytalan szélü, vízszintes irányban ovalisan megnyult. Mindkettő fénymerev.

A fentiekben jellemzett taboparalysises tünetek mellett ennél a betegnél is igen szembeötlő módon nyilatkozott meg a végtagoknak akaratlagosan el nem nyomható spontan mozgása. Azonban már az első megtekintésnél is azonnal észrevehető volt, hogy jelen esetben a mozgások sok tekitetben különbséget mutatnak az előbbi betegnél észlelt mozgás-zavarral szemben. Feltünő volt már az is, hogy a kóros mozgások nem terjedtek ki a test összes izmaira, mint a másik esetben láttuk, hanem csak a végtag végződésekre szorítkoztak. Legkifejezettebben mutatkoztak a jobb kéz és alkar izomzatában, aztán sorrendben a bal és a jobb lábban, míg a bal kar, a törzs, a nyak és az arc izomzatát teljesen megkímélték. Emellett az egyes mozgások is nélkülözték a choreás rángások hirtelenségét és szakadozottságát. Időbeni lefolyásuk elnyújtott, meglassúbbodott volt és folyton változó, egymásba folyó átmeneteikkel az athetosisos mozgás jellegét vették fel.

A mozgások élénkségére jelentékeny befolyást gyakoroltak az indulatok, a figyelem terelése és bizonyos kedvezőnek mutatkozó testhelyzetek. Alvás közben a mozgások szüneteltek. Ha minden lelki felindulásra alkalmat adó körülményt kikapcsolva, mintegy észrevétlenül figyeltük meg, abban az esetben a spontan mozgások sokat vesztettek élénkségükből. Főleg csak a jobb kézen jelentkeztek és inkább choreás jellegűek voltak. Ezzel szemben a legcsekélyebb lelki izgalom pl. a megfigyelés, vagy az értelmiség vizsgálat feladatai által keltett figyelemfeszültség és várakozási élmények, rendkívül fokozták az önkénytelen mozgásjáték élénkségét, miáltal azoknak athetosisos jellege azonnal kifejezetté vált. Ugyanilyen hatáseredménnyel járt az is, ha a kóros együttmozgások kiváltását célozva, távoli izomcsoportok területén egyszerű munkateljesítményeket (kézszorítás, hajlítás, feszítés) végeztettünk vele. A karoknak előrenyújtása, vagy ülő helyzetben való magasba emelése, úgy látszott, inkább kedvez az athetosisos mozgásoknak, mint a kényelmet biztosító fekvő helyzet, amelyben a tagjait tétlen elhagyással nyugtathatta.

Ha az athetosisos mozgásokat a legkedvezőbb feltételek mellett figyeltük meg, akkor azt észlelhettük, hogy a jobb kéz fejében és újjaiban lassú, egyenletes és kúszó jellegű mozgások játszódtak le, amelyek egymásba simán átmenő hajlító és feszítő rész-összetevői felváltva követték egymást. Az újjak néha terpesz állásba kerültek, máskor viszont őzfejtartásra emlékeztető módon szembe helyezkedtek egymással. Ugyanekkor a lábakon is megfigyelhető volt a hajlítás és a feszítés váltakozása, valamint a lábújjak legyezőszerű széterpesztése. A tenyér jobb oldalt hol supinatiós, hol pedig pronatiós helyzetbe került. A jobb kéz szorító ereje a balhoz viszonyítva dynamo-

méterrel mérve csökkent, azonban már egyszerű kézfogásnál is érezhető volt, hogy a kóros mozgási ingerületek által együttműködésében megzavart kézizomzat szorítása állandóan ingadozik. Az összerendezett izom-tevékenység felbomlása különösen finomabb célgyakorlatoknál volt feltünő. Ez a körülmény az eszközök (ceruza, kanál, pohár, stb.) használatát is lehetetlenné tette és emiatt a beteg táplálkozni is csak a balkezével tudott.

A betegeinknél tapasztalt choreás és athetozisos mozgási zavarnak a metalueses bántalommal való kórokozati összefüggését már az az idői egybeesés is igazolni látszik, amely mind a két esetben megállapítható volt az extrapyramidális tünetcsoport kibontakozása és a paralysises elmezavar tüneteinek fokozottabb előtérbe nyomulása között. Az első betegnél a choreás mozgások az értelmi hanyatlás feltünőbb jeleivel együtt fejlődtek, a második betegnél pedig az athetosis akkor jelent meg, amikor a hirtelen fellépő, expansiv szinezetű elmezavar miatt a nagykállói elmegyógyintézetbe való beszállítása szükségessé vált. Ezzel szemben, olyan öröklésesen terhelő mozzanat, amelynek esetleg szerepet lehetne tulajdonítani a kéregalatti dúcok megbetegedésének más értelmű magyarázásában, nem volt felkutatható a családi kórelőzményben.

Figyelemre méltó, hogy az utóbbi esetünkben a két év előtt végzett malariás lázas kezelés, az akkor fentállott expansiv lelki tünetekre kedvező hatást gyakorolt és a beteg elmeállapotában tartósnak mutatkozó javulást eredményezett, ellenben az athetosisos mozgásokat nem befolyásolta. Ez arra mutat, hogy a striatumban illetve a pallidumban a metalueses kórfolyamattal kapcsolatban, már a paralysis tüneteinek első hevesebb fellángolása alkalmával olyan mélyreható elváltozások mentek végbe, amelyek maradandó kiesést képviselnek és többé nem javuló működési zavarokat tartanak fenn. Mindenesetre az a körülmény, hogy a paralysis lelki tüneteiben két év óta változatlanul tartó remissio alatt, az extrapyramidalis tünetek sem fejlődtek tovább, arra enged következtetni, hogy az agykéregben és a kéregalatti dúcokban végbemenő folyamatok előrehaladásukban, bizonyos mértékig, lépést tartanak egymással.

Ismeretes, hogy már *Alzheimer* rámutatott arra a tényre, miszerint a paralysis progresziva kórfolyamata nem szorítkozik kizárólag csak az agykéreg dúcsejtjeire, hanem úgyszólván szabályszerűleg megbetegíti a kéregalatti központokat is és különösen a striatum területén idéz elő jellegzetes paralysises elváltozásokat. Ezt a felfogást azóta számos pontos észlelet erősítette meg. Kitűnik ezekből, hogy amig a kórfolyamat a pallidumot többnyire megkíméli, addig a striatumban (nucleus caudatus + putamen) csaknem kivétel nélkül feltalálhatók a paralysises folyamat félreismerhetetlen jelei. Igy pl. *Jakób* paralysises agyvelőkön végzett szövettani vizsgálatok rendjén a striatumban részben gummás, részben pedig érelváltozásokkal összefüggő lágyulásos gócokat talált, amelyekben a spirochaeták bőséges jelenlétét sikerült kimutatnia. Továbbá *Spatz* 17 esetben észlelte a striatum megbetegedését paralysisben elhalt egyének agyvelején. Az általa szövettani feldolgozásnak elávetett nagy anyagon minden esetben megfigyelhető volt a striatum sejtjeinek paralysises elfajulása, a következményes glia-burjánzás, valamint a plasmasejtes beszűrődés és a hajszálérhálózat megszaporodása. Az elváltozások kifejezettsége k. b. középhelyet foglalt el a homloki és a tarkói lebeny kérgi területeiben felösmerhető sejtpusztulás és rétegződési zavar foka között. Jóval nagyobb anyagon végzett vizsgálatokat *Kalnin*, bár ő sem annyira a sejt-architektonikai viszonyok eltolódását és az idegszövet szerkezeti megváltozását tartotta szem előtt, hanem inkább a paralysissel együttjáró gyuladásos folyamatok jeleit igyekezett kimutatni. Ilyen jeleknek tekintette a hajszálér-hálózat szaporodását, a pálcika- és plasmasejtes beszűrődést, továbbá az intraadventitialis vasfesteny lerakódását. Az eredmények táblázatszerű összeállításából kitünik, hogy a nucleus caudatus és a putamen mind az átvizsgált 35 esetben majdnem olyan mértékben mutatta jeleit a paralysises elváltozásoknak, mint a homlok-lebeny és a *Reil*-féle sziget kérgi részlete. Jelentékenyebb mértékben még a thalamus látszott részt venni a paralysises kórfolyamatban, míg a pallidumban csupán négy esetben találta elenyésző nyomait a megbetegedésnek. Extrapyramidalis mozgási zavarok tüneti képében megjelenő paralysises eseteknél *Bielschowski, Fischer, Vogt C.* és *O.* találtak a metalueses alap-folyamatra jellemző elváltozásokat a striatum részéről. Az utóbbiak, az általuk észlelt két beteg agyvelejét sejt-architektonikai szempontok szerint dolgozták fel és a striatumnak olynemű zsugorodását mutatták ki, amely a sejtes elemek tömeges pusztulása és ennek következtében az idegrostok tömöttebb elrendeződése révén a *Huntington*-féle choreánál előforduló *status fibrosus* képével teljesen megegyezett.

Az összes eddig feldolgozott esetekben feltünő jelenségként hatott az, hogy a paralysis, amíg a striatumot, úgy látszik minden esetben bevonja a bántalom körébe, addig a pallidumot majdnem teljesen épen hagyja. A kórfolyamat legtöbbször éles vonallal határolódik el a pallidum felé és pallidumban magában elvétve található elfajulások is jelentéktelenek a striatumban és az agykéregben végbemenő elváltozások mellett. A kórszövettani leleteknek ezt a szabályszerűségét *Spatz* találó módon úgy magyarázza, hogy a striatum rendszeréhez tartozó magvak, mint az agykéregeknek a központi fehérállományba áthelyeződött és működési önállóságot nyert részletei, a köztük fentálló szoros fejlődési kapcsolatok révén épp úgy előirányzott helyei a paralysises elváltozásoknak, akárcsak maga az agykéreg. Ezt a nagyon velószínűnek látszó felfogást *Kalnin* is magáévá tette.

Bármennyire is nagy jelentőségűek a fenti szövettani vizsgálatoknak az eredményei, mégis klinikai szempontból tekintve, a paralysis kórfolyamatának az extrapyramidális tünetcsoportok kiváltásában játszott szerepét nem tudták kellő mértékben tisztázni. Magyarázatra szorul mindenekelőtt a klinikai tünetek megnyilvánulása és a kéregalatti központok megbetegedésének gyakorisága között fentálló nagy számbeli eltolódás. Az eddig végzett vizsgálatok ugyanis azt látszanak igazolni, hogy a striatum sejtjeinek megbetegedése paralysis progressivánál annyira általános jelenség, hogy ezzel úgyszólván a paralysis minden esetében számolnunk kell. Ezzel szemben a paralysishez szegődő extrapyramidalis tünetek meglehetősen ritkaság számba mennek. Az irodalomban eddig leközölt esetek is valamennyien szórványosak, az egyes szerzők legfeljebb csak egy-két esetről számolnak be. *Spatz* 17, *Kalnin* 35 esetben találta paralysis következtében elváltozottnak a striatumot, ellenben extrapyramidalis tüneteket ugyanazon anyagon belül, mind a ketten csak egy betegnél észleltek. Jellemző, hogy ezekben az esetekben a kéregalatti dúcok éppenséggel nem voltak súlyosabb mértékben bántalmazva, mint a striatumos syndromával nem szövődött kóralakoknál. A kéregalatti dúcoknak a metalueses kórszövettani elváltozásokkal szemben tanusított „tüneti némasága" annál meglepőbb, mivel ismeretes, hogy épen ezeknek a központoknak más eredetű megbetegedései pl. gyuladásos, mérgezéses, elfajulásos vagy az érrendszer kórosságaival összefüggő bántalmai, valamennyien tünetgazdaságukkal és bőséges alaki változatosságukkal tünnek ki.

Hasonló nehézségekkel találkozunk abban az esetben is, ha a paralysis kórlefolyásában felmerülő choreás, athe-

tosisos, illetve hypertoniás-akinetikus mozgási zavarokat, azokhoz az irányelvekhez igazodva próbáljuk kapcsolatba hozni a kéregalatti dúcoknak finomabb szöveti elváltozásaival, amelyek főleg *Jakob, Vogt, Bostroem, Stern* és mások vizsgálatai révén alakultak ki az extrapyramidalis syndroma-tanban. Tudjuk, hogy choreánál — beleértve úgy az örökléses, mint a fertőzéses choreát — főleg a striatum ingerfelvevő kis sejtjei pusztulnak el, tehát azok a társító elemek, amelyek a thalamus felől érkező ingerületeket a pallidum fölé rendelt nagy sejtekhez továbbítják. A hypertoniás-akinetikus syndrománál úgy a striatum, mint a pallidum megbetegszik, azonban a striatumnak főleg a nagy sejtjei esnek áldozatul a kórfolyamatnak. Agyvelőgyuladások után fellépő parkinsonismusnál a substantia nigrát is minden esetben elváltozottnak találták. Felnőttek athetozisára *Jakob* a striatumnak mind a két sejtféleségére kiterjedő egyenletes pusztulását és a pallidum gócszerű sérülését tartja jellemzőnek. Ezekkel ellentétben, a paralysis progressivával kapcsolatos extrapyramidalis syndromáknál, a legtöbb esetben nem sikerült a fenti követelményeknek megfelelő szabályszerű összefüggést kimutatni a kéregalatti dúcok kórszövettani elváltozása és azoknak tünettani megnyilvánulása között. *Steck* 25 paralysises agyvelőnek pontos kórszövettani feldolgozása és vizsgálata révén azt találta, hogy legtöbbször a striatumnak úgy a kis, mint a nagy sejtjei egyaránt betegek, bár a nagy sejteken, amelyek a pallidum felé küldik az idegrostjaikat, mindig súlyosabb mértékben észlelhetők a bántalmazottság jelei. Velőshüvely-készítményeken a putamen és a necleus caudatus rost-kisugárzásában a festődés gyengesége mellett, szemcsés zavarodás ismerhető fel. Hangsúlyozza azonban *Steck* is, hogy a striatum kórszövettani elváltozása és a kísérő klinikai tünetek között, semmiféle szabályszerűnek mondható párhuzamosságot nem lehet vonni.

Ezeknek a sajátszerűségeknek megítélésénél — amint arra *Steck* is rámutat — minden bizonnyal figyelembe kell vennünk azt az egyetemes károsulást, amely az agyműködést a paralysises kórfolyamat kiterjedtsége folytán éri. Nyilvánvaló ugyanis, hogy ezek a mélyreható és nagy terjedelmű paralysises elváltozások, amelyek az agynak helyileg igen különböző, de működéseikben egymással sokszoros kölcsönhatásban álló részeit betegítik meg, a mozgási körben is nagyon összetett zavarokhoz vezetnek és a mozgási zavar klinikai tüneteinek alakulását, minőségét és súlyosságát rendkívül bonyolult módon befolyásolják. Érthető ezek szerint az is, hogy paralysises betegnél, az extrapyramidalis syndroma-tan követelményeinek megfelelő tiszta, jól elhatárolható góci tünetcsoportokat a striatum sérüléseivel kapcsolatban sem várhatunk, mivel ezeknek megnyilvánulását más központoknak működési zavarai, a paralysissel együttjáró bénulásos és kiesési tünetek sokféleképen gátolhatják, leplezhetik és klinikai megjelenésükben módosíthatják. Ezzel kapcsolatban nem szabad lebecsülnünk az ú. n. *Arnold*-féle fronto-pontocerebellaris pálya jelentőségét, amelynek sérülései *Jakob, Förster, Kleist, Wexberg* és mások tapasztalatai szerint, egyes esetekben ugyanolyan hypertoniás-akinetikus tüneteket idézhetnek elő, mint amilyeneket a strio-pallidumos rendszer betegségeivel kapcsolatban látunk. Ezeket a jelenségeket eddig főleg csak a homloklebeny daganatainál, vagy más természetű sérüléseinél vizsgálták behatóbban, ellenben a paralysis által előidézett homloklebenyi elváltozásokat, ilyen vonatkozásban, nem méltányolták kellőleg. Tudjuk azonban, hogy paralysis progressivánál a homloklebeny igen korán megbetegszik, sőt a falilebeny elváltozásai mellett éppen itt szokott legsúlyosabb alakot ölteni az agykéreg sejtrétegződésének pusztulása. Feltehetjük tehát, hogy az *Arnold*-féle pálya eredő sejtjeinek elpusztulása következtében paralytikusoknál is létre jöhetnek ugyanolyan izomfeszültségi eltérések, parkinsonismusra, illetve paralysis agitansra emlékeztető mozgási zavarok, mint az extrapyramidalis rendszer betegségeinél. Közelfekvő az a gondolat is, hogy a homloklebenyi tónusfokozódás és mozgási gátoltság nagyon sokszor fékezőleg avatkozik be a paralysises elváltozásoktól függő striatumos syndromák kialakulásába, sőt talán olykor hypertoniás-hyperkinetikus mozgási zavarokat elnyomni és leplezni is képes.

Mindezekkel csak utalni akartam azokra a nehézségekre, amelyekkel a paralysishez társuló extrapyramidális tünetcsoportok elbírálásánál számolnunk kell. Természetes, hogy paralysises agyvelői elváltozások nagy kiterjedésüknél fogva sokszor olyan bonyolult, polymorph mozgási zavarokhoz vezetnek, amelyeknek tünettani szételemzése és működésileg különnemű kérgi vagy kéregalatti rendszerek kiesésére való visszavezetése nagy nehézségekbe ütközik. Az erre vonatkozó ismereteinknek elmélyülését a kórszövettani vizsgálatok további eredményeitől és főleg az egyes eseteknek pontos, tünetelemző klinikai megfigyelésétől kell várnunk.

Irodalom. *Jakob:* Die extrapyramidalen Erkrankungen. — *Kalnin:* Zeitschr. f. d. g. Neurol. u. Psychiatrie. 89 köt. 1924. — *Bostroem:* Der amyostatische Symptomenkomplex. — *Lotmar:* Die Stammganglien und die extrapyramidal-motorischen Syndrome. —*Steck:* Zeitschr. f. d. g. Neur. u. Psychiatrie 97, 1925. — *Spatz:* Zeitschr. f. d. g. Neur. u. Psychiatrie 77, 1922. — *Horn:* Zeitschr. f. d .g. Neur. u. Psychiatrie 105, 1926. — *Sterz:* Der extrapyramidale Symptomenkomplex. (Abhandlungen aus der Neur. u. Psychiatrie H. 11.) — *Benedek* u. *Csörsz:* Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 78, 1923. (Chorea chronica. Lues cerebralis). — *Boas:* Arch. f. Psychiarie 71, 1924. — *Babonneix:* Chorée et syphilis. Gaz. des. hop. civ. et milit. 96 évf. 91 sz. 1923., Ref. Zentralbl. f. d. g. Neuer. u. Psychiarrie 36, 1924. — *Vogt C. u. O.* Zur Lehre der Erkrankungen des striären Systems. Journ. f. Neur. u. Psychologie 25. — *Camp:* Med. clin. of North America Ann Arbor 6, 1923. Ref. Zentralbl. f. d. g. Neur. u. Psychiatr. 34 köt, 1923—24. — *Krabbe:* Zeitschr. f. g. Neur. u. Psychiatrie 9. köt. 1912.

A kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. belklinikájának (igazgató: Herzog Ferenc dr., egyetemi ny. r. tanár) közleménye.

Gyomor Röntgen-vizsgálatok fehérje- és zsirtartalmú kontraszt anyaggal.

Irták: vitéz *Kolta Ervin* dr. és *Scholtz Andor* dr.

Gyakori észlelet, hogy a gyomorpanaszok egy része nem áll arányban a vizsgálatok objectiv eredményével. Igen kifejezett panaszok ellenére sem sikerül sokszor a szokásos gyomorbennék- és röntgen-vizsgálattal olyan rendellenességet kimutatni, melyek a betegek panaszait kielégítően magyaráznák. A panaszok és az objectiv tünetek között így lényeges különbségeket találunk. E kérdés tisztázásával többen foglalkoztak. Igen sokan a savelválasztás pontos szakaszos vizsgálatával vélték ezen különbségek okát kideríteni, feltételezve, hogy gyomorbetegek panaszai legnagyobbrészt a savelválasztás rendellenességeivel állnak összefüggésben. Jól tudjuk, miként a savelválasztás, úgy a gyomor motoros működése — a peristole és peristaltika — is, szorosan összefügg psychére való hatásokkal. Az egyes ételek függetlenül a savelválasztástól, különbözőképen befolyásolják a gyomor motoros működését, azt esetenként kórosan fokozva, illetőleg csökkentve. Feltételezhetjük tehát, hogy sok esetben a panaszok oka nem a gyomormirigyek megváltozott elválasztásában, hanem a megváltozott motoros működésében keresendő. A gyomor motilitás szokásos röntgen vizsgálata, mint erre később rátérünk, nem tisztázhat minden

kérdést, mert e vizsgálatnál igen gyakran a panaszok ellenére is teljesen ép viszonyokat találunk. Szükséges tehát, hogy ne csak egy fajta kontraszt anyaggal végezzük el a vizsgálatot, hanem figyelemmel kísérjük különböző tápanyagoknak megfelelő kontraszt anyaggal történt bevitele után a gyomor motoros működését.

Különböző tápanyagoknak a gyomor motilitására kifejtett hatását egészséges embereken már többen vizsgálták. Igy *Penzoldt*[1] próbaétkezések kiemelésével, *Wulach*[2] pedig röntgen-vizsgálat segítségével megállapította, hogy leggyorsabban ürül ki a szénhydrat, utána a fehérjés tápanyag, leghosszabb ideig marad a zsír a gyomorban. Ugyanezen eredményhez jutottak egyöntetüen a kérdés utánvizsgálói. Igy *Wilson, Dickson, Singleton*[3] a zsíros ételek lassú kiürülésének okát a zsírnak a peristaltikát csökkentő hatásában látják, mely szerintök valószínűleg oly módon jön létre, hogy a bélből felszívódó zsírhasadási termékek a vérpálya útján váltják ki a peristaltika elsekélyesedését. *Tabora*[4] és *Dietlen*[5] röntgen-vizsgálatok alkalmával észlelték, hogy az olaj a gyomor peristaltikát gátolja, a gyomor ürülése elhúzódik. *Molnár* és *Sereghy*[6] különböző főzelékek ürülési idejét vizsgálva, azt tapasztalták, hogy a zsírtartalmuk növelése megnyújtja azt. *Demuth*[7] már kóros állapotoknál kutatta röntgen-vizsgálat segítségével a különböző összetételű táponyagok ürülési idejét és azt találta, hogy anacidokon aránylag gyorsan hagyja el a gyomrot a szénhydrat, carcinomásokon és úgy látszik ulcusosokon is elhúzódik a fehérje kiürülési ideje. Egyéb betegségekben, a különböző ételek ürülési ideje közötti arányosságot nagyjából megtartottnak látta. A kérdéssel foglalkozó szerzők különböző ételeknek a gyomor motilitására való hatását vizsgálva, főleg csak azok kiürülési idejét állapították meg és ezt is csak egészséges egyéneken; csak *Demuth* vizsgálta egyedül a kiürülési időnek megváltozását kóros körülmények között is.

Vizsgálatainkhoz elsősorban olyan betegeket válogattunk, kiken sem a gyomorsavelválasztásának vizsgálata, sem a röntgen-vizsgálat nem derített ki kóros elváltozást, illetve akiken az észlelt elváltozások nem magyarázták kielégítően panaszaikat. Különösen alkalmasnak bizonyultak azok, kiknél a panaszok bizonyos meghatározott étel elfogyasztása után léptek csak fel. Közelfekvő volt a gondolat, vajjon ha fenti betegek gyomrát a röntgen-vizsgálat folyamán oly chemiai ingerek hatásának vetjük alá, mely ingerek panaszokat váltanak ki náluk, nem fog e már az ilyen körülmények között végzett vizsgálat a normalistól eltérő viszonyokat feltüntetni.

Kétségtelen, hogy a szokásos bariumos röntgen-vizsgálatot nem végezzük ú. n. fiziologiás körülmények között. A vizsgálatnál használatos kontraszt anyag nem felel meg semminemű ételnek. A természetes viszonyok megközelítésére a szokásos barium pép helyett *húsos, illetve zsíros kontraszt anyagokat* nyújtottunk.

Vizsgálatainkat következőképen végeztük: a röntgen-vizsgálat elvégzése előtt éhgyomorra külön-külön az általában használatos kontraszanyagot majd a rákövetkező nap fehérjedús vagy zsírt tartalmazó kontrasztanyagot nyújtottunk. E sorrendet összes vizsgálatainknál megtartottuk és vizsgálatainkat csak azokban az esetekben folytattuk, melyeknél az első bariumkása elfogyasztásakor olykor jelentkező undor nem váltott ki a gyomron motoros reactiót.

A húsos és zsíros kontrasztanyagainkat sikerült olyképen előállítanunk, hogy azok egyáltalában undort nem váltottak ki, sőt a vizsgált egyének legtöbbje nem is tudta, hogy az étel bariumot is tartalmaz.

A vizsgálatokat elvégeztük *egészséges egyéneken, majd olyanokon, kiknek gyomorpanaszai étkezéssel nem állottak kapcsolatban, vagy nem függtek össze az étel mineműségével, végül olyanakon, kiknek gyomorpanaszai egyenesen valamilyen elfogyasztott étel mineműségével állottak kapcsolatban.* Minden vizsgálatnál megfigyeltük a gyomor ürülési idejét, a gyomor tonusát és ennek változását, a peristaltika viselkedését, a duodenum bulbusának kezdeti telődését, illetve tölthetőségét, hypersecretiós réteg fellépését.

A szokásos bariumos röntgen-vizsgálathoz a Chinoin gyár Ventrobaryt Express készítményét használtuk (80 gr. Ventrobaryt és kb. 200 gr. vízből készített suspensio). A beteggel a kontrasztanyagot elfogyasztattuk és figyelemmel voltunk fentiekre. A gyomorról gyors ernyőrajzot készítettünk. Az átvilágítást és ernyőrajz készítését félóránként, szükségszerűen gyakrabban is megismételtük.

A húsos és zsíros kontrasztanyag elkészítéséhez ugyancsak a ventrobarytot használtuk, mely suspendált állapotát tapasztalatunk szerint igen jól megtartja. Mivel a ventrobaryt készítmények ízesítve vannak, mely körülmény a húsos vagy zsíros ételek elkészítését zavarná, a Chinoin gyár volt szíves kérésünkre olyan ízesítő-anyag mentes ventrobarytot előállítani, mely 73% bariumsulphatot és 27% suspendáló anyagot tartalmaz. A suspendáló anyag mineműségét, gyártási titok lévén, nem volt módunkban pontosan megtudni.

A húsos kontrasztanyagot következőképen készítettük: 100 gr. disznó vagy borjúhúst finomra daráltunk, hozzáadtunk egy tojást, kevés zsírt, gyengén megfűszereztük és hozzákevertünk 80 gr. íztelen Ventrobarytot. A massából gombócokat formáltunk, átsütöttük és azokat 30 gr. kontrasztanyaggal berántott paradicsom mártással tálaltuk.

A zsíros kontrasztanyag 80 gr. zsírból, 2 tojásból, 80 gr. íztelen ventrobarytból készített rántotta, melynek zsírtartalmát még 30 gr. darált szalona hozzákeverésével növeltük.

18 esetben végeztünk összehasonlító vizsgálatot húsos konrasztanyag felhasználásával. A vizsgálatok összehasonlításánál egyrészt tekintettel voltunk az ugyanazon egyénen véghezvitt ventrobaryt és a húsos kontrasztanyaggal történt vizsgálatok közötti különbségre, másrészt tekintettel voltunk a különböző egyéneken keresztülvitt húsos kontrasztanyaggal történt vizsgálatok közötti különbségekre is. A 18 eset közül 10 esetben a vizsgált egyének gyomorpanaszai húsos étel elfogyasztása után jelentkeztek. A többi 8 esetben az illetőknek panaszaik nem voltak vagy ha voltak is, ezek nem függtek össze húsos étel elfogyasztásával.

18 eset közül 4 esetben normaciditást észleltünk, 3 esetben hypaciditást, 2 esetben anaciditást, 4 esetben hyperaciditást kimutatható ulcus nélkül, 2 esetben ulcus duodenit, 3 esetben cholecysta megbetegedést találtunk.

Zsíros kontraszt anyag felhasználásával 4 esetben végeztünk összehasonlító vizsgálatokat. A négy eset közül három esetben a vizsgált egyének panaszai zsíros étel elfogyasztása után jelentkeztek. A négy eset megoszlása: egy normaciditás, egy hyperaciditás, egy ulcus duodeni, egy cholecysta megbetegedés.

A különböző kontrasztanyagokkal végzett vizsgálatok eredménye és a gyomorbennék savtartalma között összefüggést nem találtunk. Vizsgálatainkkal így mi is megerősíthetjük azok véleményét, kik szerint a gyomorbennék aciditásának nincs nagy jelentősége a gyomor ürülés mechanismusában.

A bariumos és húsos, illetve zsíros kontraszanyaggal végzett vizsgálatokat összehasonlítva több szempontból találtunk különbségeket.

Különbség volt észlelhető a különböző kontrasztanyagok ürülési ideje között. A zsíros és húsos kontrasztanyag

egy esetünk kivételével, mindig lassabban ürült ki, mint a főleg szénhydratot tartalmazó hasonló mennyiségű ventrobaryt kása.

Demuth ajánlatára a húsos és szénhydratos, illetve zsíros és szénhydratos kontrasztanyag ürülési idejének különbségét a húsos kontrasztanyag ürülési ideje és szénhydratos kontrasztanyag ürülési ideje közötti hányadossal, illetőleg a zsíros kontrasztanyag és szénhydratos kontrasztanyag ürülési ideje közötti hányadossal fejezzük ki. E hányadosok jelzik, hogy mennyivel lassabban ürül ki a húsos vagy zsíros kontrasztanyag a szénhydrat tartalmú ventrobarytkásánál.

A hús-szénhydrat hányados átlag értékét 1,83-nak találtuk, ahol egynek vettük a szénhydratos kontrasztanyag kiürülési értékét. Ezen érték valamivel nagyobb a *Demuth* által talált értéknél. A különbség oka valószínűleg abban keresendő, hogy más összetételű kontrasztanyagokat használtunk.

Lényeges különbség mutatkozott a hypersecretiós réteg fellépésében is. 22 eset közül 11 esetben észleltük hypersecretiós réteg keletkezését a húsos vagy zsíros kontrasztanyag nyújtása után, jól lehet az előző napon végzett ventrobaryt vizsgálatnál ilyen réteget nem találtunk. Az aciditási viszonyokat tekintetbe véve hypersecretiós réteg jelentkezett hét hyperacid, három hypacid, egy anacid gyomornál. A hypersecretiós réteg gyakran már a vizsgálat első negyed órájában, ritkábban később jelentkezett. Mennyisége átlag három-négy harántújjnyi volt, néha tenyérnyi is, csak ritkábban egy-két újjnyi.

A gyomor tonusának, peristolejának fokozódását nyolc esetben észleltük (hat hússal, két zsírral vizsgált eset), ez azonban általában nem volt nagyon kifejezett.

A peristaltika ugyancsak fokozódott három esetben (egy hússal, két zsírral vizsgált eset), egy ízben ennek fokozódása igen szembeötlő volt.

Pylorusspasmut nyolc esetben láttunk. Ugyanez volt akadályozója a duodenum bulbus kezdeti gyors telődésének is. Míg a közönséges bariumkásával a duodenum bulbusa az esetek túlnyomó nagy részében gyorsan, szabályosan kitelődött, húsos vagy zsíros kontrasztanyag nyújtásánál 11 esetben a duodenum telődése nem volt ilyen „prompt"; ha jutott is kontrasztanyag a bulbusba, ez onnan hamar tovasodródott.

Segmentes vagy circularis spasmus fellépését négy esetben észleltük. Két ízben a gyomor középső harmadában képződött széles segmentes behúzódás, egy esetben pedig a gyomor alsó harmadában keskeny, de mély circularis behúzódás, mely a gyomrot homokóraszerűen ketté osztotta. Egy esetben a spasmus a gyomor egész alsó harmadára kiterjedt, a gyomor e része ceruzavékonyságúra szűkült be. Spasmust mindig csak a vizsgálat első fél órájában láttunk, később megszünt. A spasmus fellépésével kapcsolatban a betegek minden esetben fájdalmakról panaszkodtak.

Érdekes következtetéseket vonhatunk le, ha a különböző kontrasztanyaggal végzett vizsgálatok közötti különbségeket párhuzamba állítjuk a betegek panaszaival. A 22 eset közül (18 hússal és négy zsírral vizsgált eset) 13 esetben a panaszok ezen ételek elfogyasztásával állottak szoros kapcsolatban. Az esetek másik részében (kilenc eset) a vizsgált egyéneknek gyomorpanaszaik nem voltak vagy ha igen, ezek ételek elfogyasztásától függetlenül léptek fel.

Az ételek elfogyasztásával kapcsolatos panaszokkal bíró eseteinkben gyakrabban találtunk eltéréseket húsos vagy zsíros kontrasztanyagokkal végzett vizsgálatokkal, mint eseteink másik csoportjában. Nem részletezzük külön-külön az egyes esetekben talált különbségeket, hanem áttekinthető táblázatban tüntetjük fel azok megoszlását hús és zsíros ételek elfogyasztása után.

	Ételekkel kapcsolatos panaszokkal bíró esetek (összesen 13)	Ételektől független panaszokkal bíró esetek (összesen 9)
Az ürülés jelentékeny elhuzódása (legalább 2,00-t kitevő kiürülési hányados)	4 esetben	2 esetben
Hypersecretios réteg fellépése	9 esetben	2 esetben
Tonus fokozódás	7 esetben	1 esetben
Peristaltika fokozódás	3 esetben	—
Pylorusspasmus	7 esetben	1 esetben
Bulbus duodeni kezdeti prompt telödésének hiánya	9 esetben	2 esetben
Segmentes vagy circularis spasmus fellépése	4 esetben	—

A különbségek leggyakrabban a tonus fokozódásában, pylorus-spasmus fellépésében, hypersecretiós réteg keletkezésében nyilvánultak. Mindhárom kontrasztanyag ürülési ideje között lényeges különbséget a megfelelő panaszokkal bíró esetekben is csak ritkábban találtunk. Ezen észleletünk egybehangzó *Demuth* vizsgálataival, ki csak carcinomásokon és ulcusosokon észlelte a fehérjés tápanyag ürülési idejének megnyulását. Egyéb betegségeknél a különböző ételek közötti ürülési idő közötti arányosságot normalisnak találta.

Végül megemlíteni óhajtjuk, hogy zsíros ételek nyújtása után a peristaltika fokozódását és spasmusos behúzódások kifejlődését észleltük, melyek oly nagyságot is értek el, hogy a gyomrot homokóraszerűen ketté osztották. Ezen észleletünk nincsen összhangban azok észleleteivel *(Dietlen, Tabora, Wilson—Dickson—Singleton)*, kik zsír vagy olaj nyújtása után a peristaltika elsekélyesedését látták. *E. Schlesinger* az olajnak hatását már nem találta olyan egyöntetűnek, mint fenti szerzők. Ugy látszik, ha a zsírnak meg is van a peristaltikára és tonusra gyakorolt gátló hatása, azonban olyan esetekben, midőn zsíros ételek elfogyasztása fájdalmakat vagy más kellemetlen panaszokat vált ki, ennek ellenkezőjét tapasztalhatjuk.

Összefoglalás: 1. A szokásos báriumkásás gyomor röntgen-vizsgálat negativ eredménye nem zárja ki annak lehetőségét, hogy a beteg panaszainak megfelelően, húsos vagy zsíros kontrasztanyag nyújtásával, röntgen-vizsgálat segítségével rendellenességeket mutathassuk ki.

2. A bariumos és a húsos vagy zsíros kontrasztanyaggal végzett vizsgálatok között észlelhető különbségek, melyek kóros elváltozást is jelenthetnek: az ürülési idő jelentékenyebb megnyúlása, hypersecretiósréteg keletkezésre, a tonus és peristaltika fokozódása, pylorusspasmus jelentkezése, a bulbus doudeni kezdeti prompt telődésének elmaradása, segmentes vagy circularis spasmus létrejötte.

3. E rendellenességeket jóval gyakrabban találjuk oly egyéneknél, kiknél panaszai megfelelő ételek elfogyasztásával kapcsolatosak, ellentétben azokkal kiknek panaszai az étkezéstől vagy az ételek mineműségétől függetlenek.

Irodalom: 1. *Penzoldt:* Arch. f. klin. Med. 1883. — 2. *Wulach:* Münch. med. Wochenschr. 1911. — 3. *Wilson:* Dick-

son, Singleton. Arch. int. med. 44. — 4. *Tabora:* Kongr. f. inn. Med. 1911. — 5. *Dietlen:* Röntgenkongr. 1911. — 6. *Molnár—Sereghy:* Arch. f. Verdaungskrankheiten. 41. — 7. *Demuth:* Arch. f. klin. Med. 137. — 8. *E. Schlesinger:* Röntgendiagnostik der Magen u. Darmkrankheiten.

Máv. kórház (igazgató-főorvos: Pásztor Sándor dr.) urologiai osztályának közleménye.

Vadszőlő-inda férfi húgyhólyagban.*

Irta: *Boross Ernő* dr., kórházi főorvos.

Ismeretes, hogy a húgyhólyagba az idegen testek ötféle módon juthatnak: és pedig műtétek alkalmával, kezelések folyamán, sérülések következtében, onania folytán és nemi érintkezés közben.

Míg a férfiaknál főleg sérülések és kezelések közben, nőknél onania és műtétek alkalmával kerülnek idegen testek a húgyhólyagba.

Önfertőzés céljából a legelképzelhetetlenebb tárgyakat és eszközöket használnak nemcsak az elmebántalmakban szenvedők, de épelméjű onanisták is.

Az onania céljából használt idegen testek a háztartási eszközökből, növényi és állatvilágból származnak. Az ipari tárgyak közül igen gyakran használják a különböző tűféléket, ú. m. biztosító tűket, fém-, fa-, csonthorgoló tűket, fém- és szaruhajtűket, kalaptűket. Stearingyertya és viaszszálacsokat, üvegcsöveket, csontnyelet, virágdrótot, esernyődrótot, hőmérőt, halászhorgot, ceruzát és tollszárat, keskenynyakú likőrös pohorat, bőr- bakancszsinórt, pipaszárat, szöget, csavarhúzót, rágógummit, gummiszopókát, 56 cm. hossz, ½ cm. vastag draincsövet. (Zeitschrft. f. urol. Chir. 1929. évi, 28 köt.)

Növényvilágból a borsót, babot, szalma-, széna lomot, faágat, ugorkát, stb.

Állatvilágból ökörin, kacsagége, disznópenis jutottak önfertőzés folytán főleg a női hólyagba.

De onania közben becsúsznak a férfi húgyhólyagba is idegen testek, így *Pleschner* közöl egy esetet, ahol egy és ugyanazon férfinál néhány év leforgása alatt egy kb. 26 cm hosszú, ceruzavastagságú, 10 cm hosszú üvegcsövel összekötött ökörinat; majd egy bőrbakancszsinort és egy viaszgyertyát távolított el a hólyagból sectio alta és kőzuzóval. (Bemutatva 1929. évi juniusi bécsi urologiai társaság ülésén).

Abortus kísérlete folytán 36 cm hosszú, ½ cm-nyi vastag gummicső került a hólyagba.

Téves nemi érintkezés útján condom és occlusivum pessarium.

Kezelések közben katheterek, bougiek, összecsavarható fémkatheterek, Lefort bougie vezetőszálacsa, Pravaz tű, platina kacs stb.

Műtétek folyamán tamponok, varróanyagok, ércsipesz, stb.

A húgyhólyagba került idegen testek a hólyaghurut összes tüneteit váltják ki, vizelési ingerektől, vérzésektől, a vizelet tarthatatlanságig, sőt hólyagsipolyok is képződhetnek.

Magvát képezik hólyagköveknek, főleg a könnyen rozsdásodó vastárgyak, varró anyagok, tamponok. — Nemes csiszolt fémek közül kő alig képződik. A hólyagba került csontszilánkok inkább porhanyókká válnak.

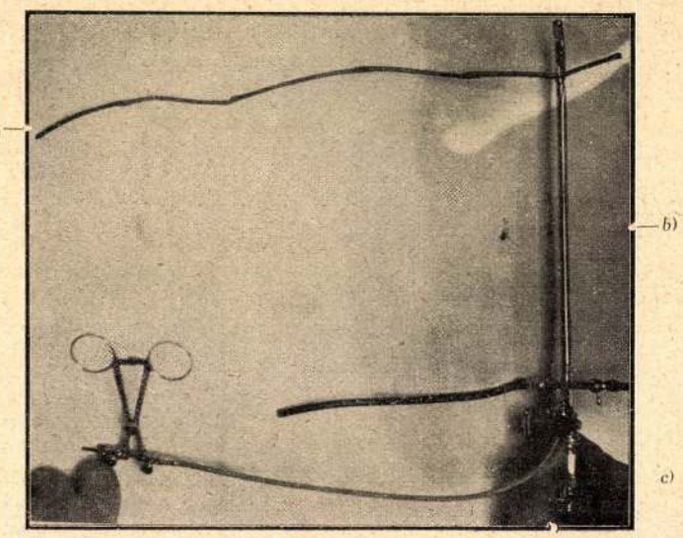
Esetünkben egy 36 éves, családos vasutas, szabadságát vidéken töltette. Kórelőzményében előadja, hogy a perzselő nap hevítő sugarai, a pázsitos zöld, mező, legelésző állatcsorda, a szép hegyvidék s a balzsamos friss levegő annyira felingerelte, hogy kénytelen volt nemi gerjedelmét kielégíteni. Kézzel masturbálni nem akart, kereste a természetadta kincset, melyet a vadszőlő zöldhajtású indájában megtalált. Ebből egy kb. 65 cm. hosszú szárat levágott, lecsupaszított és zsebkendővel gondosan megtörölt. A puhább és rugalmasabb végét, kb. 15 cm-re betolta húgycsövébe, mire vizelési ingert érzett és kihuzta. Az ingerek és csípős fájdalmak annyira fokozták nemi vágyát, hogy az indát nagyobb erővel nyomta be a húgycsőbe, amikor hirtelen nagyobb fájdalmat érzett hólyagjában, az indát visszahúzta, de az kettétört.

Nagy ideges félelem fogta el, hányingerekkel kísért rettegésében elképzelte, hogy elrothad és elpusztul. Ezért nagy gyorsasággal kb. 7 km.-nyi utat tett meg a vasútig, hogy mielőbb kórházba érjen.

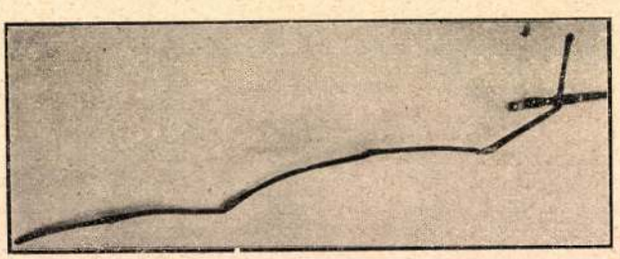
A Máv. kórházba 1930. jun. 29-én a következő állapottal vétetett fel:

Vizelete zavaros, kissé véres, gyakori és fájdalmas. Vizelni tud, vizeletrekedés nincsen.

Cytoscopia: 200 gr. töltés, jó capacitású hólyag. Bágyadt fényű, lobosan erezetes, haragosan belövelt nyákhártya, helyenként véresen beivódott, 10—20 fillér nagyságú foltos területek. A hólyagűrben — azt kitöltő lúdtollvastagságú sötétebb zöldes-szűrke idegen test látható, melynek vastagabb része a hólyagfenék és tető közt szilárdan beékelődött, vékonyabb vége felkunkorodva fekszik a hólyagfeneken. Röntgen alig mutatja az idegen



a) vadszőlő inda. *b)* operatios cystoskop. *c)* fogó.



Az eltávolitott 35 cm. inda.

testet, melyet 1 ezrelékes percain anaesthesiában operatiós cystoscoppal hajlékony fogó segélyével eltávolítottunk. A beékelt merev származeglazítása után az inda legvastagabb utolsó ízét sikerült megfogni és a hat ízből álló, 35 cm hosszú indát egy darabban eltávolítani.

* Bemutatta a Máv. orvosi szakosztályának 1930 október 12-iki és a Magyar Urologiai Társaság 1930 decemberi ülésén.

Néhány napi hólyagkezelés után tiszta vizelettel, normalis hólyagtükörképpel hagyja el a kórházat.

Az idegen testek kórisméje és azoknak eltávolítása a cystoskop általános használata és tökéletesítése folytán ma már alig okoz nehézséget, úgy hogy azokat lehetőleg Joseph vagy Joung-féle operatiós cystoskoppal távolítjuk el. Hólyagmetszésre vagy kőmorzsolásra csak elvétve kerül a sor javíthatatlan anatomiai elváltozások, stb. esetén.

A stearin és viaszgyertyákat pedig benzin helyet vaselinos olajjal vagy 100—150 cm^3 mennyiségű parafinum liquidummal távolítják el.

A hólyagba vitt vaselinos olaj, valamint paraffinum liquidum magasabb fajsúlya által a hólyagfenékre sodorja ezen idegen testeket, továbbá a húgyutak sikamlósabbá válnak; úgy hogy ezeknek spontan kiürülése is bekövetkezik.

A Magyar Kir. Államvasutak kórháza és rendelőintézete orvosi laboratoriumának (főorvos: Puhr Lajos dr., egyet. m. tanár) közleménye.

Egy új serumbilirubin meghatározó eljárásról.

Irta: *Sülle József* dr.

A serumbilirubin meghatározásának problémáját *Hijmans van den Bergh* klasszikussá vált módszere sem oldotta meg tökéletesen. A módosítások egész sora törekszik javítani a meghatározás gyenge pontjain. Maga *van den Bergh* az összehasonlító folyadék anyagát változtatgatja, mert az eredetileg használt alkoholos bilirubin oldat igen költséges és nagy fokban bomlékony. Az egyideig használt n/32.000 ferrirhodanid oldat labilitása miatt áttért kobaltsulfat-oldatra. *Thannhauser-Andersen* az alkoholos kicsapást megelőzőleg adja a serumhoz a diazoniumoldatot, hogy kikapcsolja a *van den Bergh* ama jelentékeny hibaforrását, mely a bilirubin egyrészének a fehérje-csapadékkal távozásából adódhatik. A módszer azonban szintén veszteséggel dolgozik. *Attilio Martini* ez okból a fehérje kicsapást egészen elhagyja s alkohol helyett ecetsavat alkalmaz a reactio közvetítésére. Módszere nem vált be. *Enriques* és *Sivó* közvetítőül coffein-natrium-benzoatot alkalmaz a fehérjekicsapás mellőzésével. A keletkező szín azonban gyakran nem tökéletes azonos színárnyalatú a standardfolyadékkal. *Jendrassyk L.—Czike* eljárása ezt a hibaforrást igyekszik korrigálni.

Glass eljárása, mellyel dolgozatomban foglalkozni kívánok, nem a diazoreactión alapszik. Ő *Sabatini, Herzfeld* nyomdokain halad s módszere a bilirubinnak biliverdinné oxydálásán alapul. Meghatározása hasonlíthatatlanul egyszerűbb, gyorsabb, mint a *van den Berg*-é és nélkülöz minden költségesebb műszert és vegyszert. Mindössze néhány kisebb agglutináló csőre, cc sósavra és a diazo II. reagensre van szüksége, ami a legegyszerűbb laboratóriumban is kéznél van. Módszere leírásába nem bocsájtkozhatom, a részletekre nézve utalok az eredeti közleményre.

Alapelve az, hogy a vizsgálandó savóból 1:2:4:8:16:32:64 és 1:3:6:12:24:48:96 arányban higitássorozatot készít. Minden csőbe pontosan egy csepp diazo II. reagenst, majd egy csepp cc sósavat ad. Bilirubin megszaporodás esetén azonnal fellép a biliverdin zöld színe, melynek a sorozatban még felismerhető nyoma szolgál alapul a mennyiség kiszámításának. Dolgozatához tabellát mellékel, melynek segítségével öt perc alatt elvégezhető a meghatározás.

Glass eljárását több mint ötven esetben ellenőriztem *van den Bergh* kobaltsulfatos módszerével. Eredményeimet a következő táblázat mutatja. Megjegyzem, hogy a vizsgálandó savók között vegyesen van direct és indirect bilirubin reactiót adó serum. A *van den Bergh* eljárást néhány esetben a *Jendrassyk—Czike* módosításban is végeztem.

Szám	Jelzés	mgr. % v. d. Bergh szerint	mgr. % Glass szerint
1	Dr. M. F.	1.10	1.25
2	M. J.	2.30	2.50
3	K. A.	0.25	0.30
4	M. J.-né	1.50	1.75
5	P. Gy.	0.75	1.25
6	Z. J.	4.00	5.00
7	K. G.	1.00	1.75
8	K. Á.	3.40	4.30
9	S. J.-né	0.25	0.30
10	Sz. V.-né	4.65	5.45
11	Dr. P. J.	0.50	0.62
12	T. A.	1.35	1.75
13	B. J.	2.20	2.80
14	H. J.	4.50	5.00
15	L. L.-né	2.00	2.50
16	K. G.	22.00	21.00
18	Sz. M.-né	2.80	3.00
18	A. A.	2.30	2.50
19	K. G.	5.50	7.00
20	S. M.	6.00	7.00
21	Sz. K.	4.50	4.50
22	Sz. V.-né	13.00	17.00
23	P. T.	5.40	5.00
24	F. J.-né	0.25	0.43
25	L. L.-né	2.40	2.50
26	G. G.-né	2.80	2 50
27	Sz. J.	1.50	1.75
28	L. A.	2.20	2.60
29	B. B.	4.10	4.60
30	Sz. G.	6.60	6.80
31	F. Gy.	3.50	4.40
32	N. G.	18.00	14.00
33	K. J.-né	1.00	1.50
34	M. J.-né	1.10	1.20
35	B. P.-né	0.30	0.50
36	H. J.	0.25	0.43
37	M. M.	2.40	2.50
38	A. M.	1.50	1.75
39	Z. A.	22.00	21.00
40	E. J.-né	5.60	6.25

Az eredmények ingadozóknak látszanak, aminek sok magyarázata lehetséges. Elsősorban a *van den Bergh* értékeket sem lehet absolut értékeknek venni. Az Orvosi Hetilap 1927. évi 39. számában 40 összehasonlító vizsgálat alapján *Kalapos* számol be eredményeiről, melyeket a kobaltsulfatos és ferrirhodanidos standard folyadékkal végzett *van den Bergh* szerint. A 40 párhuzamosan vizs-

gált eset között nincs két megegyező érték, ami érthető ha — többek között — tekintetbe vesszük, hogy 1 cm^3 serumban nyert értéket 100-al kell szorozni, következőleg a legfinomabb árnyalat-eltérés is százszorosára sokszorozódik. Nincs oly kolorimetriás eljárás, mellyel matematikailag pontos eredményeket tudnánk elérni.

Glass módszerét sem tartom pontosabbnak a *van den Bergh* eljárásnál, de előnyét annak egyszerűbb voltában látom. Alapelve chemiailag világos, a hibaforrások *lehetősége minimumra redukált.* Amig a *van den Bergh* módszernél magasabb bilirubinconcentratio esetén találgatni kell a vizsgálandó folyadék higításának azt a fokát, melyet a standardfolyadékkal mérni lehet, — ami egymagában is késedelmes, jelentős hibaforrás — addig módszerünknél ugyanúgy történik egy 30 mgr. %-os értéknek a meghatározása, mint 1 mgr. %-osé. Továbbá minden gondosság ellenére is elég gyakori jelenség a *Berg* módszernél, hogy a vizsgálandó folyadék és a standaroldat közt zavaró színárnyalat különbségek vannak, melyek az összehasonlítás pontosságát jelentősen megnehezítik. Igaz, hogy a *Glass*-féle higítási sorozatban azt a csövet, melyben még érzékelhető biliverdin van, megkülönböztetni attól a csőtől, melyben ez már szabad szemmel nem látható, némi gyakorlatot igényel. Azonban e határértékek felismerésének pontosságát némi gyakorlat nagy mértékben tudja fokozni. Ez annál fontosabb, mert a módszer megbízhatósága ezen fordul meg.

Végül utalok a *van den Bergh* módszer standardfolyadékának labilitására. A ma használt kobaltsulfatos oldat színe ugyanis nem tekinthető absolut állandónak; fotochemiai és egyéb hatások befolyásolhatják, míg *Glass* módszerénél ilyen káros tényezők befolyásával nem kell számolni.

Vizsgálataim eredményét tehát abban foglalhatom össze, hogy *Glass* módszere a klinikai gyakorlat igényeit tekintve sem áll mögötte a *Hijmans van den Bergh* eljárásnak, viszont annál hasonlíthatatlanul egyszerűbb és gyorsabb.

Nem értek tehát egyet *Schang Chuen Li*vel, aki *Glass* módszerét klinikailag hasznavehetetlennek minősítette.

Irodalom: *Kalapos:* O. H. 1927. 39. — *Jendrassyk L.—Czike:* O. H. 1928. 8. — *Schang Chuen Li:* Z. exper. Med. 70, 452. (1930). *Herzfeld E.:* D. Arch. klin. Med. 1922. 139, 306. *Thannhauesr—Andersen:* D. Arch. klin. Med. 1921. 137. — *Martini:* Ber. Physiol. 18. 105. — *Enriques—Sivó:* Biochem. Z. 1926. 169.

A budapesti Fehér Kereszt Gyermekkórház I. belosztályának (főorvos: Petényi Géza dr., egyet. magántanár) közleménye.

A vérserum savban oldodó phosphortartalmának viselkedése chorea minornál.*

Irta: *Surányi Gyula dr.*

A vérserum anorgános, helyesebben savban oldódó phosphortartalmát az utolsó évtized folyamán kiterjedt vizsgálatoknak vetették alá. Ezeknek tulnyomó többsége a rachitissel s a tetaniával foglalkozott, eredményei pedig közismertek. Különösen tisztázott a serum phosphortartalmának viselkedése rachitis különböző stadiumában. Nem ennyire áttekinthetők a viszonyok tetania esetében, ahol a phosphor mennyisége serumban általában magasabb, mint rachitisnél s magasabb manifest tetaniánál, mint annak latens stadiumában. Hogy absolut értelemben fokozott e a serum-P, erre nézve a vélemények eltérők. Olyan mindenesetre igen ritka esetekben, ahol a tetania rachitis tüneteinek teljes hiányában jelentkezik, absolut értelemben is emelkedett P-értékeket találtak a vérserumban.[1,2,3] Ugy rachitis, mint tetania esetében a vérserum P-tartalmának viselkedését a rachitisellenes vitamin hiányával, ill. megjelenésével magyarázzuk. A phosphornak a szervezetben való működésére vonatkozólag ugyanebben az időben fontos megismeréseket nyertünk az izomműködéssel kapcsolatban. Kiderült, hogy az izomműködés anaerob, energiatermelő fasisában az organicus kötésben levő phosphor („phosphagének" ú. m. kreatinphosporsav, stb.) phosporsavra és aminosavra hasad. Hasonlóképen anorgános phosphor szabadul fel glykolysisnél is a hexosephosphorsavesterek tejsavra s phosphorsavra való szétesésekor. Mindazonáltal az állati sejtekben, elsősorban az izomban fellépő ú. n. anorgános phosphorsav nem tekinthető a maga teljességében szabadnak, nagyrésze fehérjén van adsorbeálva. *Stella*[4] vizsgálatai mutatják, hogy az izom savban oldódó anorgános P-tartalmának csak mintegy ötöde (0,2 mg %) van diffusibilis állapotban. Annál fontosabb az a megállapítása, hogy működés alatt a diffusibilis P-tartalom kétszeresére emelkedik. E munka kiindulópontja az a feltevés volt, hogy az anorganicus kötésű phosphornak fokozott szétesése, mely a sejtek, elsősorban az izomsejtek fokozott munkavégzésekor következik be, hatással lehet a vérserum savban oldódó phosphortartalmára. Chorea minornál kíséreltem meg, hogy ezt a hypothesist ellenőrizzem. A chorea minor legfeltünőbb tünete az ú. n. choreás hyperkinesis. Oly eseteket választottam, amelyekben a hyperkinesis nagyon szembetünő volt, előzetes kezelésben nem részesültek s más súlyosabb betegségben nem szenvedtek. A phosphormeghatározáshoz való vért éhgyomorra vettem s rövid, legfeljebb 15 perces jégszekrényben állás után centrifugálással nyert savót használtam fel a meghatározáshoz. Ezt 1—1 ccm serummal végeztem 4 ccm 7%-os trichlorecetsavval való fehérjetelenítés és 24 órai jégszekrényben állás után a *Briggs—Fiske* módszernek *Lohmann* és *Jendrassik* által leírt módosítása szerint.[5] Ez utóbbi módosítás lényege a redukálószer megválasztásában van. Az itt használt, natriumbisulfittal és natriumsulfittal kicsapott és tisztított aminonaphtol-sulfonsav, mely tisztítatlan állapotban eigonogen néven phatographiai célokat szolgáló előhívóként van forgalomban, nemcsak egyöntetübb, de — saját összehasonlító meghatározásaim alapján is — magasabb értékeket ad, mint a nagyon elterjedt s az eigonogennél is bomlékonyabb hydrochinon.

A táblázat, mely fenti követelményeknek megfelelő kilenc choreás betegem phosphorértékeit tartalmazza, azt mutatja, hogy valamennyi esetben emelkedett a savban oldódó phosphor. Minden esetben megfigyelhető az érték csökkenése a betegség lefolyása alatt. Egybevetve a phos-

* A stockholmi II. nemzetközi gyermekorvoscongressuson, 1930. aug 21-én tartott előadás nyomán.

[1] *Powers:* Americ. Journ. of Diseases of Childen. 30. köt. 632. old. 1925.

[2] *Freudenberg—György:* Münch. med. Wochenschr. 1922. évi I. köt. 422. old.

[3] *Tezner:* Monatschr. f. Kinderheilkunde 29. köt. 207. oldal, 1924.

[4] *Stella:* Journal of Physiology 66. köt. 19. old. 1928. 1922.

[5] Bioh. Zeitschrift 178, 419, 1926.

Szám	A beteg életkora és neme		A kórházi kezelés ideje fél-hetekben																	Emelkedés %-ban
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1.	12 éves fiu	Anorg. Serum-P mg. %-ban	7·32	—	7·14	—	—	7·04	—	—	6·92	—	—	6·65	—	6·20	—	5·97	—	4·38	67
		Hyperkinesis	—	—	—	—	—	—	—	Cs.	—	—	—	—	Cs.	—	Cs.	—	M.	—	
2.	9 éves leány	Anorg. Serum-P mg. %-ban	7·65	8·75	—	7.92	—	—	5·25	—	—	4·82	—	—	4·79	—	—	—	—	—	83
		Hyperkinesis	F.	F.	Cs.	—	—	Cs.	—	M.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
3.	5 éves leány	Anorg. Serum-P mg. %-ban	6·71	—	5·91	—	5.16	—	—	5·21	—	—	5·12	—	—	—	—	—	—	—	31
		Hyperkinesis	—	Cs.	—	Cs.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
4.	11 éves leány	Anorg. Serum-P mg. %-ban	6·02	6·12	—	6.30	—	—	5·25	—	4·85	—	—	4·30	—	—	—	—	—	—	45
		Hyperkinesis	—	—	F.	—	—	—	Cs.	Cs.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
5.	13 éves leány	Anorg. Serum-P mg. %-ban	5·90	6·25	—	6.12	—	—	5.45	—	—	5·25	6·—	—	5·25	—	—	4·96	—	4·.0	56
		Hyperkinesis	—	F.	—	—	—	Cs.	—	—	—	F.	—	Cs.	—	—	Cs.	—	M.	—	
6.	8 éves leány	Anorg. Serum-P mg. %-ban	—	6·25	—	—	6.19	—	5·32	—	—	4·92	—	—	4·42	—	—	—	—	—	41
		Hyperkinesis	—	—	—	—	—	Cs.	—	—	Cs.	—	—	M.	—	—	—	—	—	—	
7.	9 éves fiu	Anorg. Serum-P mg. %-ban	6·50	—	6·25	—	—	6·20	—	5·75	—	—	5·20	—	—	—	—	—	—	—	22
		Hyperkinesis	—	—	--	—	—	—	Cs.	—	—	Cs.	—	—	—	—	—	—	—	—	
8.	7 éves leány	Anorg. Serum-P mg. %-ban	7·18	—	7·08	—	—	7·18	—	—	5·25	—	5·22	—	—	—	—	—	—	—	37
		Hyperkinesis	—	—	—	—	—	—	—	Cs.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
9.	15 éves leány	Anorg. Serum-P mg. %-ban	5·55	—	6·15	—	4.92	—	4·00	—	5·03	—	4·17	—	—	3·98	—	—	—	—	54
		Hyperkinesis	—	F.	—	Cs.	—	Cs.	—	F.	—	Cs.	—	—	M.	—	—	—	—	—	

Jelmagyarázat: Cs. = csökkent, M. = megszünt, F. = fokozódott.

phorértékeket a kórlefolyással, azt is megfigyelhetjük, hogy a már javult hyperkinesisnek újból intensivebbé válását a phosporértékek emelkedése, az újabb javulást pedig csökkenése kíséri. Ilyen, a hyperkinesis erősbödésével járó emelkedés látható az 5, 8. és 9. számú esetekben. A táblázat utolsó rovata százalékban mutatja a savban oldód serumphosphorérték emelkedését. Normalértékeknek a legutolsó, ill. legalacsonyabb talált értéket vettem különös tekintettel arra, hogy physiologiás viszonyok mellett, nagyobb gyermekek phosphorértéke gyakran alacsonyabb a csecsemőkori 5 mg %-nál.

Vizsgálataim megerősíteni látszanak azt a feltevésemet, hogy a sejtek — esetünkben az ideg-izomapparatus — fokozott tevékenysége befolyással van a serum savban oldódó phosphortartalmára. Ezt bizonyítja egyfelől a százalékban is tekintélyes emelkedés, másrészt a phosphorértékeknek a hyperkinesissel mutatott parallelitása.

Hogy a sejtek, elsősorban az ideg-izomapparatus fokozott munkavégzése, általában az anaerob anyagcsere fokozódása egyéb megbetegedéseknél is emeli a serum anorganos phosphortartalmát, azt további vizsgálataimmal igyekszem megállapítani. Megerősíti feltevésemet a graviditási s gyermekágyi tetaniánál talált, egyes esetekben szélsően magas (12 mg %) serumphosphorérték.[6]

[6] *Elias* és *Weiss:* Wiener Archiv f. klin. Med. 4, 59 old.

A MÁV kórház I. számú sebészeti osztályának (főorvos: Cukor István dr., m. kir. e. ü. főtanácsos) közleménye.

Lenyelt rozskalász vándorlásának esete.

Irta: *Zahumenszky Elemér* dr.

A szervezetbe a garaton keresztül bejutott idegen testek száma igen nagy, jóformán fel sem sorolható, sorsuk különböző. Bejuthatnak a gégébe, tracheán keresztül a tüdőbe, ahol a legváltozatosabb szövődményeket hozzák létre. Legnagyobb részük azonban a nyelési reflex útján a nyelőcsőbe jut és itt vagy megakad, annak felában; vagy tovább haladva a gyomorba és innen a béltractusba kerül.

A nyelőcsőbe került idegen test nagyságától, alakjától, felületétől függ további sorsa. Igen nagy idegentest súlyos roncsolást, teljes elzáródást idézhet elő. Kisebb sima felületű pl. gomb. gyümölcsmag, ellenben lejut minden akadály nélkül a gyomorüregbe. Hegyes, ágas, érdes felületű testek; tűk, szögek, könnyen megakadhatnak, beszúródhatnak, beékelődnek a falba és esetleges átfúródásukkal maguk után vonják a következményes mediastinitist és ennek egyéb szövődményeit.

Az idegen test megakadásánál a nyelőcső praedisponált helyei jönnek figyelembe. *V. Hacker* három ilyen praedisponált helyet különböztet meg. A nyelőcső száját, a

középső szűkületet és a hiatust. A középső hely szerinte nem a bifurcatiós helynek megfelelő, ahol a leggyakoriabbak a carcinomák és a roncsoló mérgezések utáni elváltozások, hanem a felső mellkas nyilás. A harmadik szűkület a rekesznek felel meg. Lejebb a cardiánál a nyelőcső már tölcsérszerűen kitágul és csak igen kivételes esetekben akad itt meg idegen test.

Ezeken a praedisponált helyeken kívül természetesen kis hegyes idegen testek a legkülönbözőbb helyeken akadhatnak meg. Igen nagy számuk már a garatba nyeléskor bepréselődik. A vérzés és a fertőzés a két fő szövődménye a beakadt idegen testnek. Fertőzéses szövődmények közül leggyakoribb a mediastinalis tályog. Utóbbihoz társulhat: melhártyagyuladás, genyes tüdőizzadmány, egyéb tüdőszövődmények. Létrejöhet nyelőcső sipoly, nyelőcső-légcső sipoly, üszkösödés, recurrens hűdés.

F. P. 9 éves fiúgyermek, 1930. junius 17-én jelentkezett az I. sz. sebészeti osztályon. Édesanyja előadta, hogy a gyermek a hónap első napjaiban köhögéssel, hidegrázással megbetegedett, jobb mellkasfelében igen erős szúró fájdalmakról panaszkodott. Kezelőorvosa jobb oldali tüdő- és mellhártyagyulladást állapított meg. 8 napi fekvés után a gyermek jobban lett, lázai elmultak, fájdalmai és azok az igen erős oldalszúrásai, amelyek ezideig fennállottak, csökkentek, majd teljesen megszüntek. Kb. három nap óta azonban a jobb mellkasfelén, alul daganatot érez.

Status praes: Közepesen fejlett és táplált fiúbeteg. Köztakaró, nyálkahártyák kissé halványak, csont, izomrendszer alakilag ép, izületek szabadok. Garatképletek rendben. Nyelv tiszta. Szív határai rendesek, szívhangok tiszták.

Mellkas: részarányos, légzésben jobb mellkasfél valamivel visszamarad, kulcsárkok kissé süppedtek. A jobb mellkas félen a hátsó honaljvonalban a VIII., IX. bordák magasságában kb. gyermeköklönyi fluctuáló előmdomborodás érezhető, amely nyomásra kissé érzékeny. A bőr kóros elváltozást nem mutat. Kopogtatásra a tüdőmezők szabadok. Bal rekesz jól, jobb rekesz renyhén tér ki. Hallgatódzásra a jobb tüdő alsó hátsó részén, érdes be- megnyúlt kilégzés. Egyéb kóros elváltozás nem észlelhető. Röntgen átvilágítás (VI. 12-én): köteges hilusok, elég jól határoltak. Bal rekesz jól mozog, jobb rekesz renyhe, lateralisan fixált, sinus nem nyilik.

A kórelőzményből következtetve jobb oldali mellhártyagyulladás után fellépő következményes genyes tüdőizzadmányra gondoltunk. Ellenben a beteg láztalan volta, a terrime nagyobbodás reactió mentessége, hidegtályog mellett szólt. Próbapunctiót végeztünk. A próbapunctio eredménye, mintegy 1½ cm^3-nyi sürü zöldes sárga, majdnem szagtalan geny. Bacteriologiai vizsgálat.

Másnap a terrimenagyobbodás még jobban előre domborodott, a bőr lobosan elszíneződött, a nyomás érzékenység és fájdalom erősen fokozódott. Ekkor azt hittük, hogy dacára a gondos punctiónak, vegyes fertőzés állott be. Hőmérsék 36.5. Bacteriológiai vizsgálat tiszta staphylococcus tenyészet. A punctio helyének megfelelően, mintegy 2 cm hosszú, kerek szálkás, sötét zöldes-sárga képlet áll ki a bőrből, melyet csipesszel eltávolítva kitünik, hogy az tövével előre fordult 6 cm. hosszú, ½ cm széles zöld, éretlen kalásznak felel meg. A kalász eltávolítása után a punctio helyén böven ürül zöldessárga büzös geny. A tályog feltárására és másodnaponkénti kezelésre 10 nap alatt gyógyult.

Kikérdezve a gyereket és hozzátartozóját az irányban, hogy mit tudnak a kalásznak bejutásáról, édesanyja elmondja, hogy a fiú kb. három héttel ezelőtt tényleg lenyelt játék közben egy kalászt. Elbeszélése szerint a kalász megakadt a torkán, úgy érezte, hogy nem tudja lenyelni, hányingerei voltak, nehezen nyelt és nyelés alkalmával mindig nagy fájdalmai jelentkeztek, görcsös köhögési rohamai nem voltak. A nyelési fájdalmak még mintegy négy napig tartottak, utána azonban teljesen megszüntek.

Ezután következett későbbi betegsége, majd a jobb alsó mellkasfélen a terime nagyobbodás, mely miatt tulajdonképen seb. osztályunkon jelentkezett. A mellkasi tályogból eltávozó zöld kalász azonos volt a lenyelt kalásszal. A gyermek maga is csodálkozva ismert rá. Feltünő és szokatlan a mellüregen való vándorlása és spontán eltávozása, mindennemü súlyosabb szövődmény bekövetkezése nélkül.

Esetünkhöz hasonlót az irodalomban nem találtam. Itt ugyanis teljesen lágy consistentiájú, zöld, éretlen, rozskalász jutott a garatüregbe és innen a mellkason át távozott. A kalász játék közben a gyermek szájába jutott és minthogy a tövével előre fordult, hiába erőlködött azt kiköpni, nem tudta. A kalász ugyanis toklászai által hasonlít a nyílvesszőhöz, amely ugyanazon az úton ki nem húzható, csak a behatolás irányában mozdulhat tovább. Hátrább és hátrább a garatba és innen lenyelve a nyelőcsőbe került, ahol valószínűleg a középső harmadában akadt meg és itt furta át annak falát. Hogy a kalász tényleg a nyelőcsövön át juthatott a mellkasba és nem a légcsövön, illetőleg a tudőn keresztül, bizonyítja, hogy a beteg kórelőzményében olyan tüneteket, amelyek a kalásznak a légzőtractusba való jutására utalt volna, nem említett; mint pld. köhögés, fulladás, stb. Már pedig egy ily nagy idegen test ezeket a tüneteket feltétlenül kiváltotta volna. Ellenben nyelési fájdalmakról panaszkodott, amelyek mindaddig fennállottak, míg a kalász a nyelőcső falát át nem fúrta és a mediastinumba nem jutott.

Az ezután fellépő általános rosszullétet, hőemelkedéseket a mediastinális tályog okozta, amely elhatárolódott. A szerencsésen elhatárolódott tályogban a kalász lesülyedt az interpleuralis részbe és a jobb tüdő I. és II-ik lebenye között okozhatta a kezelőorvasa által észlelt mellhártyagyulladást. Majd a jobb mellkasfél alsó részében a hátsó hónaljvonalnak megfelelően tályog lépett fel, mely eltokolódott és előmdomborodással jelentkezett a bőr alatt. A kalász vándorlása és megjelenése kb. három hétig tartott. A punctio által locus minoris resistentiaet teremtettünk s így a kalász spontán jelent meg a bőrön kereszül.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Myeloblast-leucaemia egy esetében talált microorgonismusról; egyben adat a nativ vércsepp vizsgálatához. *Edelmann.* (Wien. Klin. Woch. 1931. 2. sz.)

Szerző egy acut myeloblást-leucaemiában szenvedő beteg sterilen vett citratos vérét steril tárgyfedőlemez készítményben native vizsgálta. A készítményben a szépen látható vörös és fehér vérsejtek mozgást nem végeztek, köztük azonban hosszúkás, középen megkeskenyedett, két végükön bunkószerüen megvastagodott, élénken mozgó microorganismusok voltak láthatók, melyek mozgásuk alapján a flagellatumokra emlékeztettek. A készítmény három hét mulva is változatlan maradt, ezért a microorganismusok banális csirák (saprophyták) nem lehettek. A betegség kétségtelenül acut myeloblast-leucaemia volt, ezt igazolta a vérkép, a rövid lefolyás, majd az elvégzett sectio is. Már *Sternberg* hangoztatta azt, hogy az acut myeloblast-leucaemia egészen külön helyet foglal el a leucaemiák rendszerében. Inkább acut septicus állapotnak tekinthető, melynek kórokozója még ismeretlen. Szerző úgy véli, hogy az említett microorganismusa az acut myeloblast leucaemiák kórokozójaként szerepelhetne, ha több ilyen esetben ki lehetne azt mutatni a vérből.

Egedy Elemér dr.

A „szív-hormon" therapia gyakorlati eredményeiről. *Singer.* (Wien. Klin. Woch. 1931. 2. sz.)

A ma divatos „szív-hormon" therapia alapját *Haberlandt* vetette meg. Ő készitett elöször isolált sinuscsomókból Ringer oldattal kivonatot, melynek positiv chrono- és inotrop-, valamint szívösszehúzódást kiváltó hatása volt állatkisérletben; ugyancsak ő figyelte meg azt is, hogy a hormon hatására lassú és erőteljes pulsus jön létre. Ezen alapvető kisérlet első gyakorlati értékesitése a Haberlandt-féle „Hormocardiol" volt, melynek hatása az angina pectorisos állapotokra Fehrenkamp szerint kedvező. Szerzőnek nem volt alkalma tapasztalatokat szerezni ezen szerről. A második ú. n. szív-hormon az „Eutonon" volt, amit *Zuelzer* májból állitott elő extrahálással. Szerző nehány anginás, claudicatio intermittenses és decompensalt myodeg. cordisos betegnek adta e hormont, eredményt, csupán a szert adva, sohasem látott. A harmadik hormon az „Angioxyl" volt, amit *Vaquez* utasításai szerint a pancreasból állitottak elő. *Vaquez* angina pectoris hypertonia és claudicatio intermittens kezelésére ajánlotta hormonját. Szerző több esetben alkalmazta a hormont, de szóbajöhető eredményt egyetlen egy esetben sem látott. A negyedik készítmény a *Schwarzmann* által ajánlott izomkivonat, a „Myoston" volt, melynek indicatiós területe szivizominsufficientia, hypertonia és vasomotoros zavarok voltak. Szerző jó

eredményt ettől a szertől sem látott, ellenben egy esetében az a coronaria elzáródása lépett fel az injectio után. Az ötödik különösen kedvező véleménnyel útnak indított készítmény a „Kallikrein" volt, amit *Frey* és *Kraut* a vizeletből előállított pancreas hormonnak tartanak. Egyes szerzők szerint ezzel még a legkedvezőbben lehet befolyásolni anginás hypertoniás, edarteritises panaszokat. Szerzőnek ezen szerrel sincsenek végleges s jó tapasztalatai. A hatodik, ezidőszerint utolsó, vérkeringási hormon készítmény a „Lacarnol", amit Fahrenkamp izomból állított elő. Szerző több esetben alkalmazta e készítményt is, kedvező hatás objective nem volt ugyan észlelhető, de betegei közül sokan arról számoltak be, hogy a készítmény fogyasztása óta erősebbeknek és üdébbeknek érzik magukat, ugyancsak megszüntette nervosus betegeinél a fáradékonyságot és levertséget. *Egedy Elemér dr.*

Altatószerek hatása az alapanyagforgalomra Basedow-kórban. *Bornstein.* (Deutsche med. Wochenschrift. 1930. 44. szám.)

Basedow-kórban az alapanyagforgalom fokozódását két tényező okozza. Az egyik a nervosus állapot, a másik az oxydatiók fokozódása. A nervosus tényező altatószerek (chloralhydrat, veronal, somnifen) beadása segítségével kikapcsolható, míg a oxydatiós fokozó tényezőt az altatók nem befolyásolják. A nervosus tényező annál nagyobb, minnél magasabb az alapanyag forgalom tehát az altatók hatására való csökkenés is annál több lesz, minnél magasabb volt az alapanyagforgalom.

A chloralhydrat egészségesek alapanyagforgalmát is leszállítja mintegy 8%-al, a veronal valamivel kevesebbel a somnifen pedig változatlanul hagyja. Basedowosoknál ezen szerek hatására akár 40%-os csökkenés is előfordulhat.

Kleiner György dr.

Insulin mellékhatás elkerülése. *Kaufmann.* (Deutsche med. Wochenschrift. 1930. 46. szám).

Azon betegjeinél, akiknél insulin adás mellett helyi fájdalomban, infiltratióban vagy urticariaszerű exanthemákban nyilvánuló kellemetlen mellékhatások jelentkeztek, ezeknek további megjelenését el tudta kerülni úgy, hogy betegeit intracutan adott 4—6 egység insulinnal desensibilisalta.

Kleiner György dr.

Sebészet.

A dehydratio kérdéséhez. *Gerbatsch. Breslau.* (Bruns. Beitr. 150. 2.)

Amióta az Amerikából hozzánk származott hypertoniás befecskendezési eljárással dehydralják commotiós és contusiós betegeiket, az a benyomásuk, hogy ritkábban kell decompressiós trepanatiót végezniök, az azelőtt gyakori lumbalpunctiót pedig már csak a legritkábban végzik. Minthogy a dehydratio hatása azonnal beáll, azért semmi időt nem vesztettünk a trepanatio végzésére, ha esetleg mégis operálnunk kellene. Minthogy az agyoedema a többi vizenyőhöz hasonlóan csak egy bizonyos idő mulva éri el legnagyobb fokát, azért más szerzőkkel ellentétben ők csak 8—10 órával a baleset után dehydrálnak. Különösen gyorsan emelkedő agynyomásos esetek persze kivételt képeznek és ha ilyenkor a legcsekélyebb sikert látjuk, esetleg megismételhetjük a dehydrálást. A konyhasós infusiót egészen elhagyták, mert a konyhasó, mint dialysabilis test az agyba is behatolva, ott secundaer oedemát idéz elő. A magnesium sulfat alkalmazása kényelmesebb volna, mert per os vagy klysma alakjában is adható. De per os rosszul türik a betegek (hányás, kolikák), úgy hogy másodszor már nem igen hajlandók bevenni; mint klysma pedig azonnal igen heves székelési ingert okoz. Azért utóbbi időben már csak szőlőcukor infusiót alkalmaznak; pro dosi 50—70 ccm. 50%-os oldatot adnak pro die pedig 120-nál többet nem adtak eddig. Minthogy pedig minden intravenás injectio először az intracranialis nyomás emelkedését idézi elő, azért az infusiót lassan, 2—3 perc alatt adják be. Tapasztalataik szerint különösen meningitis serosa traumatica eseteiben érhetünk el jó eredményt; végleges ítéletet ők sem mondhatnak még, de véleményük szerint a tompa koponyasérülések kezelésénél jó szolgálatokat tehet ezen eljárás.

Marx József dr.

Ritka localisatiójú izületi ganglion. *Koffmann,* Odessa. (Ztrbl. f Chir. 1930. 49.)

A ganglionok leggyakoribbak a kézizületek tájékán, azután a lábháton, a láb külső felszínén, a calcaneo-cuboidealis ízület szomszédságában; már ritkábban fordulnak elő a térdizületben a capitulum fibulae mögött. *Koffmann* ritka localisatiójú izületi gangliont észlelt 5 éves kis lánynál, akinél a bal sternoclavic. izület szomszédságában a sternocleidomastoideus külső oldalán csereszne nagyságú, ép bőrrel fedett, jól eltolható és tapintásra fájdalmas kiemelkedést talált. A tumort a sternoclavicularis izület ganglionjának tartotta, melyet *Früind* szerint operált; u. i. a bőr előzetes eltolása után tenotommal subcután bemetszette és tartalmát kinyomta; mastizol kötést alkalmazott, per primam gyógyult. A kis tumor tartalma epesűrűségű folyadék volt. Ilyen esetekben ez a módszer egyszerű, könnyen kivihető, majdnem vértelen és fájdalmatlan.

Szülészet és nőgyógyászat.

Myomák és kezelésük. *W. Scheidt.* (Zschr. f. Geb. u. Gyn. 97. köt. II. füz.)

A myomák a berlini Wirchowkrnakenhaus statistikája szerint az összes nőgyógyászati megbetegedések 4.4%-át teszik ki. Leggyakrabban a 41—45. évben fordulnak elő, javarészt a corpusból indulnak ki. A cervicalis gócok csak 6.7%-át képezik az eseteknek, míg a portion 5 év alatt (492 beteg) egyszer sem fordult elő. Nem szorulnak kezelésre a kis, tünetmentes gócok, ilyen volt 7%. A sugaras kezelés javallt 45. éven túl, olyan intramuralis myomáknál, melyek csecsemőfejnél nem nagyobbak, vagy ha a mütét valamely egyéb szervi megbetegedés miatt nem hajtható végre. Úgy a röntgennel, mint a radiummal kielégítő eredményeket kaptak, kerülni kell azonbna mindkettőt submucosus góc esetén. A mütéti megoldást részben abdominalis, kisebb részben vaginalis úton végezték. Az abd. totalexstirpatio mortalitása 9, a supravag. amputatióé 5.3, a vag. totalexstirpatio 3.4% volt. A kiirtott myomás uterusban utólag gyakran találtak carcinomás elváltozásokat, a sarcomás elfajulás kb. 1.1—3%-ra tehető. Abdominalis, ill. kisebb mortalitása miatt vaginalis totalexstirpatiót ajánl, ha a myomát malignitas, adnextumor, cervicalis góc vagy regressiv elváltozások complicálják. Sima intramuralis, submucosus, vagy subserosus myoma legjobban megoldható supravaginalis amputatióval, melynek a mortalitása nem nagy, utána a reconvalescentia a legsimább, a morbiditas igen kicsi s maga a mütét is könnyü. A csonknak többek által leírt későbbi malignus elfajulását egy esetben sem észlelte. *Lányik István dr.*

Venalekötés pyaemiánál. *M. Martens.* (Zschr. f. Gyn. 99. köt. I. füz.)

Részletesen beszámol az anginából, otitisből, valamint gyermekágyi fertözésekből kiinduló pyaemiák operativ úton elért gyógyulási eredményeiről. Szerzője iparkodik a mütéti kezelés ellenzöit a venalekötés jogosultságáról meggyözni s minden esetben ajánlja, ahol a pyaemia diagnosisa biztos. Legnagyobb nehézséget a diagnosis és indicatio felállítása okozza. Jellemző a pyaemiára, hogy a méh kiürülése után bizonyos idő eltelik a hidegrázás fellépéséig. Fontos még az anamnesis, a pulsus és a közérzet is. Ugyancsak támogatják a diagnosist a Hgb. csökkenése, a vérkép balra tolódása, a thrombocytopenia s a vörösvérsejtek abnormisan rövid sülyedési ideje. A genitalis lelet sokszor már igen korán positiv. Kevésbé fontos a vér bacteriologiai lelete, mert sima lefolyású lázas abortusnál is positiv lehet. Amint ilyen módon a diagnosist tisztáztuk, operáljunk azonnal. Már a második hidegrázás után is késő lehet. A mütét maga, különösen friss esetekben nem jár nagyobb nehézséggel. Az extraperitonealis út ajánlatosabb, mert nem okozhat peritonitist s a parametran abscessusok és phlegmonek így jól drainezhetők. Mindkét oldali *Riedel*-metszés és az izmok kikampózása után kézzel leválasztjuk a hashártyát a medencéről s így egyszeriben szabaddá tettük a nagy medencei ereket. Az infectio határának biztos jele a periphlebitises infiltratio. A lekötést mindig az egészségesben kell végezni, még pedig „oly magasan, amennyire szükséges és oly peripheriásan, amennyire lehet". Használjunk a lekötéshez legerősebb selymet (átvágás veszélye!). Az alákötés következményei korántsem olyan súlyosak, mint sokan hiszik, még a cava lekötése után sem. Tekintve a conservativ therapia eredménytelenségét, ajánlja (saját eseteinek közlése mellett), mint sok esetben életmentő eljárást, melyet nem volna szabad hogy kiszorítsanak a javarészt theoreticus ellenvetések. *Lányik István dr.*

Szemészet.

Okozója-e a trachomának a bacterium granulosis Noguchi? *G. Bietti.* (Bollettino d'Oculistica, 1930. 1171. old.)

Szerzőnek 16, florid trachomában szenvedő (csomók, friss hegek, panus, stb.), kezelésben még nem részesült beteg közül két esetben sikerült a Noguchi által leírt granulosis-bacteriummal alaki, festődési és culturalis tulajdonságaiban egyaránt megegyező microorganismust kitenyésztenie. A Gram-negativ bacillus 48 órás véragartenyészetéből majom (macacus rhesus) scarificalt conjunctivájára és a conjunctiva alá is oltott. Néhány napon belül a beavatkozás helye nyom-

talnul gyógyult s a hónapokon át észlelt majmok kötőhártyáján sem folliculusképződés, sem más kóros jelenség nem mutatkozott. Szerző ezek után saját conjunctiváját oltotta be: a kísérlet teljesen negativ eredménnyel végződött. Valószínűnek tartja, hogy *Noguchi* majmainál az oltási trauma és a majmoknál gyakori spontan folliculosis együtt kelthették a valódi trachoma benyomását. További vizsgálatokra van még szükség. *Dallos József dr.*

Tuberculoticus eredetű-e a sympathiás szemgyuladás? *M. Kiyosawa.* (Acta Soc. Ophth. Japonicae, 1930. 151 old.)

Kilenc szövettanilag is feldolgozott eset tanulságaként a szerző visszautasítja azt a többek által hangoztatott felfogást, amely szerint a sympathiás szemgyuladás tbc-s eredetre volna visszavezethető. 1. Koch-bacillusok szövettanilag nem mutathatók ki; 2. tengerimalac-oltások negativ eredményt adnak; 3. az ophthalmia sympathica *Fuch* által jellemzett kórlefolyásának csak egyik stadiumában találhatók tuberculumokhoz hasonló elváltozások; 4. a coagulatiós necrosis környékén fibroblastok és újdonképződött erek találhatók; 5. a kilenc, igen különböző idő óta beteg sympathiás gyulladásos szem kórszövettani képén nem ismerhető fel a betegség kora, mint tbc-nál, ahol a szövettani kép az általános immunitásos állapottól függően változik. *Dallos József dr.*

Gyermekorvostan.

A pertussis pathologiájának egyes kérdéseiről. *F. Wildatgrube.* (Zeitschr. f. *Kinderheilk. 50. K. 2. F.)*

Szerző klinikai tapasztalatai alapján a pertussis pathologiájából a vérkép és a pertussis tüdő kérdésével foglalkozik. 100 esetben vizsgálta a vérképet, melynek kapcsán 83%-ban talált leukocytosist és 60%-ban relativ lymphocytosist. A talált legmagasabb leukocyta szám 90.000 volt átlag 20 és 30 ezer között mozgott. A tünet korai diagnosisra nem használható mert csak a stadium convulsivumban jelentkezik. Complicatiók kapcsán a leukocytosis fokozódik, a relativ lympocytosis különbözőképpen viselkedik.

A pertussis tüdőnek *Pospischill* szerint obligat klinikai tünetét, a basalis kishólyagú ropogást szerző a *Pirquet* negativ esetek egyötödében találtal. Beszámol két eset sectiójáról, melyeknél a Peyrter szerint pertusiisra jellemző egész kisgócú peribronchialis infiltratiókat találtak. A pertussis betegek mellkasának rendszeres röntgen átvilágításánál a *Göttche* által leírt kötegeket, illetve basalis háromszöget a tuberculin — negativ gyermekek 21%-ban találtal. Ezen árnyék, ha jelen van, tényleg nagyon jellegzetes a pertussisra, azonban nem szolgáltat elég alapot arra, hogy minden pertussist tüdő megbetegedésnek tekintsünk. *Beck Rella dr.*

A Löwenstein-féle percutan diphtheria ellenes immunisalás kérdéséhez. *H. Baar* és *H. Benedict.* (Zeitschr. f. Kinderheilk. 50. köt. 17.)

A *Löwenstein* által ajánlott immunizálási eljárás eredményeit lényegesen javították azáltal, hogy a toxoidos kenőccsel való bedörzsölés előtt mustár olajjal, illetve mustár pakolással a bőrön erythemát létesítettek. 2—3 bedörzsölést ily módon végezve, az első bedörzsöléstől számított hat hét mulva a gyermekek 83.3%-nál kaptak negativ *Schick*-testet. Tehát nemcsak nagyobb számban érték el negativitást, hanem az immunitas gyorsabban is állott be. A percután módon eredményesen immunisalt gyermekek egy harmad része két év alatt *Schick* positivvá változott át, azonban egy mustár pakolással combinalt *Löwenstein* kenőccsel való bedörzsölés elégséges volt, hogy ismét negativak legyenek. Az észlelésük alatt álló scarlatina osztályon a percutan immunizálás bevezetése után a diphtheria morbiditas csökkent. A negativ phasisnak semmi gyakorlati jelentőséget nem tulajdonít.

Beck Rella dr.

Gégészet.

A száraz nyálkahártya hurutról, különösképpen a pharyngitis siccáról. *H. Marschik* (Monatsch. f. O. Laryngo-Rhin. 1930. XII. f.)

Szerző megállapítja a nyálkahártyák irodalmának szegényes voltát. Bizonyos részletkérdésekben alig vagyunk túl az alapfogalmakon. A catarrh. histologiája megelégszik néhány régi adattal, pedig éppen a kórszövettan szolgáltathatna új ismereteket. Más nyálkahártyák analog megjelenési formáiból is lehetne (coniunctiva, vagina, rectum) értékes következtetéseket levonni.

A száraz hurut fogalmának meghatározása is nehézséget okoz. Kérdés, hogy minden száraz hurutnak egy tényleges acut, vagy chron. catarrh.-e az alapja. Ha a nyálkamirígyek valami okból működésüket beszüntetik, akkor száraz hurut fejlődik, melynek képében a gyulladásos jelenségek is megtalálhatók. A nyálkahártya secretio hiány miatti szárazsága és a száraz catarrh. közt. különböző kombinatiók adódhatnak. Igy acut catarrhus is járhat szárazsággal hyposecretio folytán és a kevéssé secernáló nyálkahártya is lehet acute hurutos. Még több változat lehet a chron. catarrh.-nál.

A fogalom tisztázását megnehezíti az is, hogy miképp jön létre a nyálkahártya száraz tulajdonsága. Éppen a torokban látjuk gyakran a nyálkahártya száraz és nedves voltának megváltozását. A száraz hurutot mirígy atrophiával is magyarázzák és ezért atrophiás catarrhusnak is nevezik.

Az a kérdés merül fel, hogy a száraz hurutnak a hyposecretio, vagy a váladék minőségének megváltozása az ismertető jele. Orr- és melléküreg genyedésnél többször találunk száraz catarrhust, mint kísérő jelenséget. A sero-purulens váladék a levegön beszárad és crustákot képez. Közelfekvöbb a váladék megváltozást feltételezni, mint hyposecretiót, vagy atrophiát. A kérdés eldöntésére éppen az acut hurut tanulmányozása alkalmas, miután itt az atrophia lehetősége elesik és csak a váladék megváltozása bizonyítható. További kérdés, hogy exogen (bacterium ártalom), vagy endogen (hormonok, electrolyt egyensúly zavar) természetü okai vannak a váladék megváltozásának.

A betegség megértéséhez a jövő vizsgálatai szolgáltathatnak adatokat. *Csillag Sándor dr.*

Ugyanazon gége tuberculomája és cancroidja. *Voorthuysen.* (Holland-India). (Acta otolarynologica. XIV. fasc. 3—4).

48 éves férfi. Öt hónap óta rekedt, nyak baloldala enyhén fájdalmas. Gége bal felében sima felszínü, széles alapú tumor ül. Tapintható nyirokcsomó nincs. Szervezetben kóros elváltozás sehol nincs. Négy hónappal később a tumor gesztenye nagyságú, a jobb hangszalagot is elfedte. Erős dyspnoe. Tracheotomia, próbaexcisio. A szövettani vizsgálat pachydermiát derít ki és dacára a gümök hiányának, fibrotuberculomára teszi a diagnosist. Néhány nap mulva laryngofissio segítségével kiirtja a tumort, mely két lebenyből áll. Szövettani vizsgálat: fibrotuberculoma és ennek alapján másodlagosan fejlödött laphámrák. Utóbbi nem a fedőhámból, hanem a metaplasiás kivezetőcsövekből indult ki. Fibrotuberculoma akkor fejlödik, ha a szervezet igen resistens a gümőbacillussal szemben. Igy magyarázható az is, hogy a szervezet más helyén nem volt gümös megbetegedés kimutatható. *Zoltán dr.*

Urologia.

A férfi nemiszervek tuberculosisának terjedése és operativ kezelési módja. *A. I. Majanz.* (Zeitscr. f. Urol. Chir. 30. köt. 1—2. füz.)

A férfiak genitalis tuberculosisánál három szempontot kell mérlegelni: A megbetegedés exogén eredetének a lehetőségét, a primaer genitalis tuberculosis jelenlétét és az utóbbi elterjedésének módját a genitalis szervekbe.

A kutatók megegyeznek abban, hogy a primaer genitalis tbc. nagyon ritka folyamat. A genitalis szervek tbc.-jével egyidejüleg rendesen tüdömegbetegedések és időnkint a húgyszerv és hasszervnek a tbc.-je is jelen van. *Villard* mellékhere tbc. eseteinél 70%-ban tüdő folyamatot. *Hunt* egyidejüleg vagy utána 75%-ban vese tbc.-t észlelt. Ezzel szemben áll *Cholzov* egyedül álló véleménye aki a genitalis és más szervek egyidejü tbc.-jét csak 25%-ban észlelte, aki eseteiből a primaer tbc.-nek egy relative gyakoriságára következtet.

Rosdestvensky a tüdő tbc. 159 sectiós esetének és a genitális szervek tbc.-jének 21 klinikai megfigyelése alapján arra következtet, hogy az urogenitalis szervek tbc.-jének jelenlténél a tüdő affectiók legnagyobb részt jóindulatúú charactert mutatnak. Súlyos tüdő tbc. eseteiben az urogenitalis szervek affectiója relative ritka folyamat, időnkint nem mutat klinikai tüneteket és a sectiónál csak véletlenül található.

A pathológusok többsége abból a feltevésből indul ki, hogy a primaer góc mindig a tüdőben található és innen haematogen úton jut a tbc.-s infectio a többi szervekre: a herékre és mellékherékre.

Férfiaknál a genitalis tbc. terjedési módjára nézve két ellentétes vélemény áll egymással szemben.

I. A genitaliákban a tbc. infectio az ondókeringés mentén, azaz testifugálisan terjed. Hasonló folyamatot észlelünk a húgyutak tbc.-jének elterjedésénél, ahol a folyamat rendesen a veséből a hólyagba és nem fordítva terjed. *Baumgarten* és hiveinek *(Marion, Bardenheuer, Bruns, Virhov, Zuckerkandl. Majo)* a nézetét a klinikai megfigyelések is megerősítették.

E theoria helyessége mellett szól a castratio, illetőleg az epidydimectomia utáni kedvező eredmény. Több szerző szerint ezen operatiók után a prostatában és ondóhólyagban a folyamat eltünését észleljük.

A pathológusok a prostata izolált megbetegedését ritkaságnak tartják. még ritkábbak az ondóhólyag izolált affectiói. A tbc.-s infectio a leggyakrabban a mellékherétől folytató-

lagosan terjed a vas defferens mentén s ritkán ugrásszerüen.

II. *Legueü, Joung, Monod, Solovov, Tschajka* azon az állásponton vannak, hogy a tbc. csak a prostatáról és ondóhólyagról terjed a herére és mellékherére és nem megfordítva. *Collinet* a legtöbb prostata megbetegedést a vese és hólyag tbc.-nél nem pedig a mellékhere tbc.-nél találta, amiből arra következtet, hogy a folyamat descendálóan terjed.

Anders szerint az urogenitalis rendszer tbc.-je felhágó és leszálló, haematogen és lymphogen módon terjedhet. Ugyanez a véleménye *Francknak* is.

Fronstein szerint az egyik here és mellékhere haematogen úton betegszik meg, a második pedig descendálóan a húgyhólyagból vagy a prostatából.

A genitalis tbc. elterjedésének a lehetőségét, úgy a vezeték lumenjén keresztül, mint a nyirok utakon el kell ismerni.

A mellékheréről a herére a folyamat az egyik vélemény szerint intracanaliculárisan, a másik szerint interstitiálisan terjed, mindkét úton való terjedés megfigyelhető. *Samuravokin* azt találta. hogy a kezdeti stádiumban az interstitiális szövet fertőződik és csak később a herecsatornácskák.

Ajánlatos castratiónál vagy epidydimectomiánál a vas defferenst lehetőleg magasan átmetszeni, nehogy a folyamat a kivezető nyílás csonkjáról reáterjedjen a prostatára és onnan az egészséges oldali herére és mellékherére.

Hogy a másik herét és mellékherét a tbc.-től profilacticusan megóvjuk, különösen a prostata és ondóhólyag kimondott affectiója esetében, szükséges a féloldali castratio és epidydimectomia mellett a túloldali vasectomiát is elvégezni.

Rochlitz dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Über die Appendicitis bei Chinesen. *J. Heine.* (Verlag A. Barth Leipzig. 1930. Ára 2.20 M.)

E rövid, de érdekes tanulmány a shanghai-i Tung-Chi egyetem kórtani intézetéből származik. Szerzője az irodalmi adatok elemzése, valamint saját anatomiai és histologiai vizsgálatai alapján szembeszáll azzal a még ma is nagyon elterjedt nézettel, hogy Chinában az appendicitis a ritka betegségek közé tartozik. Szerinte a betegség ezen ritka előfordulása csak látszólagos és onnan van, hogy a chinai ember belső betegséggel csak kivételesen fordul európai orvoshaz, a mütéttel szemben pedig a legnagyobb aversióval viseltetik. Szerző boncolásokból és a féregnyulványok szövettani feldolgozásából merített tapasztalatai alapján bizonyítottnak látja, hogy a chinai és európai emberek appendixei, azok gyuladásra való hajlamossága között semmi különbség nincs és nem fogadja el azt a nézetet sem, hogy az appendicitis gyakorisága és a táplálkozás minemüsége között valamelyes összefüggés állana fenn. Fejtegetései sok tekintetben tanulságosak és meggyőzőek, de rá kell mutatni arra, amit különben ő maga is elismer, hogy a feldolgozott anyag aránylag igen kicsiny s így a felvetett kérdések eldöntéséhez még további nagyszámú észleletre van szükség.

Milkó.

Ideg- és elmegyógyászati compendium. *Salánki József.* (A szerző kiadása, 1930.)

Ezen összefoglaló elmekórtani munka, jelen második átdolgozott kiadása is bizonyára hasznos szolgálatot fog tenni a gyakorló orvosok, orvostanhallgatókés főleg szigorló orvosoknak. Áttekinthető, compendiumszerü jellege mellett is meglehetős bőséggel adja az ideg- és elmekórtani vizsgálati módszereket (anamnesis felvétel, fisicalis és lelki vizsgálat), továbbá a részletes részben az egyes ideg- és elmebetegségeket, aetiologiai, tüneti, kórbonctani, differentiál diagnosticai therapiai szempontból tárgyalván azokat. Némileg zavarólag hatnak a sajtóhibák, melyekből majd minden oldalon az olvasó szemébe ötlik néhány. A munkához *Benedek László* dr. prof. írt előszót.

Die Neurosen des Lebenskampfes. Dr. *W. Cimbal.* (Urban u. Schwarzenberg Berlin—Wien 1931. 356. oldal. Ára: 12.50 M.)

Már *Laufenauer* az ő „asthenia nervosá"-jának fölállításával helyesen mutatott reá, hogy az idegesség psychogen eredetü megbetegedés. Ma pedig általánosan elfogadott tétel, hogy az idegességnek mindig az illető életkörülményeiből folyó psychés okai vannak. Az élet mostohaságait, igazságtalanságait nem mindenkinek idegei bírják el egyformán. Az egészséges leküzdi és győzedelmeskedik fölötte, a gyöngébb szervezetü idegrendszer megbetegszik, összeroppan a küzdelemben. Vagy azért mert már ezzel a gyöngeséggel született s már a normalis behatásokat sem tudja elviselni, vagy azért mert az adott behatások oly rendkívüliek, hogy velük a normalis idegrendszer sem tudja a küzdelmet fölvenni, kifárad. Mindezekből világosan kiderül, hogy az idegesség gyógyításának legfontosabb föltétele a beteg életkörülményeinek pontos mérlegelése. S ehhez akar útmutatóul szolgálni *Cimbal* könyve, amely tulajdonképen csak folytatása előbbi könyvének a gyermekkor neurosisairól. Először az életre való rátermettséget teszi vizsgálat tárgyává, hogyan függ ez össze a testi alkotással és az élmények földolgozásaival s miben áll a „psychés training". Majd a különböző életkörülményekből, helyzetekből folyó terhek miként való elviseléséről szól. Az ezekkel szemben helytelenül elfoglalt állás,a célszerütlen állásfoglalás következményei. Külön veszi még az érzelmi behatások folytán létrejövő ideges tüneteket. Habár nem értünk mindenben együtt a szerzővel, különösen a psychoanalysis gyógyító hatását illetőleg, mégis érdemes a könyvet elolvasni, mert nagy emberismerettel bíró orvos tapasztalatai alapján íródott, ami az olvasónak is hasznára lehet.

Reuter prof.

Gewebsproliferation und Säurebasen-gleichgewicht. † *B. Bálint* und *St. Weiss.* (Jul. Springer. Berlin—Wien. 209. oldal. Ára: 16.80 M.)

A könyv a gyulladás pathologiai folyamatát a belső milieu és pedig elsősorban a vér és szövetek actualis reactiója szempontjából tárgyalja. Nagyszámú és sok irányú kísérlettel mutatnak reá az actualis reactio savanyú vagy basicus irányú eltolódásának hatására a gyuladás különböző stadiumaira. A kísérletek részben emberen, részben állatokon történtek. A gyuladáson kívül vizsgálták az actualis reactio hatását a növekedésre, a csontfejlődésre és bizonyos neoplasmák fejlődésére is. A vizsgálatok nagyon sok újszerüt eredményeztek, melyeknek részletes felsorolása e rövid ismertetés keretében nem lehetséges. A könyv legfontosabb megállapításai közé tartozik, hogy az actualsi reactio savanyúbbá válása a gyuladás dissimilatiós fasisára hat fokozólag, míg a produktiv vagy assimilatiós fasisra az alcalicusabb reactio gyakorol kedvező hatást. Az utóbbi fasist a savanyú reactio gátolja. Hasonló viselkedést találtak az álatok kísérleti gümökórjánál is. Az epitheloid sejtek és fibroblastok száma a gümös nyirokcsomókban a savanyú állatokban volt a legcsekélyebb, az alcalicussá tett állatokban a legnagyobb számú. *Bálint* professor posthumus munkája, melyet kitünő munkatársával *Weiss Istvánnal* együtt irtak, nem csak igen mélyenjáró pathologiai tanulmány, hanem elejétő végig a figyelmet és érdeklődést teljesen lenyügöző olvasmány.

Csépai Károly dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület február 7-i ülése.

Bemutatás:

Schill I.: *Addison-kór mellékveseetetésre javult esete.* Addison-kór 2½ éve észlelt esetét mutatja be, kinél egy éven át naponta 1 cm³ tonogeninjectióra és 2½ éven át naponta fogyasztott két friss nyers borjúmellékvesére (Rowntree kezelés) a pigmentatio csökkenését, a testsúly és vérnyomás emelkedését és az erőbeli állapotnak a munkaképességig való javulását észlelte.

Boros J.: 40 éves nő Addison-kórja napi 2 cm³ tonogen és eleinte 10, majd 20 tabl. Richter f. tonogen hatására pár hét alatt lényegesen javult. A gingiva pigmentatiója megkevesbedett és a nagyfokú adynamia is javult; a beteg háromheti kezelés után felkelt, később állandóan fennjárt, hányás, hasmenés megszünt. A bőr pigmentatiója nem változott, a kicsiny vérnyomás csak lényegtelenül nött (85—90 Hgm-re).

Zerkovitz A.: 1923-ban közölt állatkísérletei kimutatták, hogy belső elválasztású mirigy kiirtása után, specificus lysinek jelennek meg bizonyos idő múlva a vérben. Ezen kísérletek a substitutiós therapia szükségességére utalnak. Addisonnál substitutiós kezelésre beálló klinikai javulás óvatosan bírálandó el, mert pl. egy bemutatott, valószínüleg lueses Addison esete az antilueses kurára javult és évek óta substitutiós therapia nélkül kedvező állapotban van.

Schill I.: Boros hozzászólására megjegyzi, hogy Addison-kórosok prolongált adrenalinkezelésétől nem látott eredményt. *Zerkovitz*nak azt válaszolja, hogy esetében lues és tumor biztosan, tbc. pedig valószínüséggel kizárható volt és az aetiologia mindenek szerint a mellékvese congenitalis hypoplasiája és gyengesége.

Előadások:

1. **Kelemen Gy.:** *Embryonalis szövettenyészetek növekedésének befolyásolása tonsillaanyaggal.* Nyolcnapos tyukembryo tyukplasmában növesztett szivizom- és irisszövetén

torokmandulák kivonatának hozzáadására csaknem megszünt a növekedés, vagy minimumra csökkent. Minthogy az összes, ezen hatás szempontjából vizsgált szövetféle közül csupán a máj viselkedett hasonlóan, újabb adat merült így fel, mely a két szervnek a reticuloendothelialis rendszeren belüli összefüggését mutatja. Leukocyták kivonata növeli a fibrocyták növekedését szövettenyészetben: különbség van tehát egyrészt a fehér vérsejtek, másrészt a tonsillák elemei között, ami viszont új bizonyíték a tonsillák különleges szövettani helyére vonatkozólag. Embryonalis kivonat hozzáadására a fenti hatás néha gyengül, de nem szünetel teljesen, úgyhogy azt lehet mondani, hogy a tonsillakivonat igen jelentékenyen csökkenti az in vitro növesztett tyúkembryoszövetek növekedését.

Marton I.: A tonsillakivonat növekedést gátló képességében oly sajátság mutatkozik, mely minden nyirok szövetre jellemző. Igy a lépmüködés és lépetetés gátolja a legélénkebb physiologiás szövetszaporodást, mely a csontvelőben folyik, valamint a kóros, daganatos növekedést is. Lépkiirtás megnehezíti az álatrák elleni immunisálást, sőt a fennálló immunitást áttörheti. Lépszövettel együtt transplantált daganatsejtekből nem nő tumor és immunisalt állatt lépszövetének injectiója a daganatoltás ellen véd. Az emberi rákot nyiroksejtes beszürődése övezi, a lépben csak kivételesen nő rákáttétel makroskopos méretüre és Theilhaber lépetetéssel inoperabilis ráknál jó eredményeket ért el. A nyirok szövetet is tartalmazó thymus jelentősége a rákimmunisálás szempontjából hasonlít a lépéhez *(Magnini)* talán, mert ráksejt oldó zsírsavat is tartalmaz. *(Freund* és *Kaminer)*.

Liebermann T.: Reámutat a tonsillák neurotrop voltára, neuroticus gyermekek neuroticus voltának megszünésére. Eddig azonban azt tapasztalta, hogy Basedow betegek tonsillektomia után annyira javultak, hogy valószínübbnek látszik egy eddig egyébként ki nem mutatható, belső secretiós functiót feltenni, mint azt, hogy a chronicus lymphadenitis colli profundi izgatta a thyreoideát.

Kelemen Gy.: *1.* Szövettenyészetben a tonsilla táplálóanyag szempontjából való igénytelenségében tumorokra emlékeztet. 2. Szövettenyészetben a thyreoidea a növekedést serkentő anyag; a fenti kísérletek szerint tehát a tonsilla ily értelemben a thyreoidea antagonistája. Utal *Polatscheknek* osztályán tonsillaanyaggal folyó kísérleteire.

2. **Hasenfeld A.**: *A sportolók szívjelenségeinek felismeréséről, különös tekintettel az electrocardiographiára.* A sport orvosi tudomány fejlődése lépést tart a sportok nagy elterjedésével. Legfontosabb orvosi kérdés a sportokra való reátermettség elbirálása és pedig elsösorban a vérkeringési szervek erejének és munkabírásának helyes elbirálása bír actualitással. 120 huzamosabban sportoló szivjelenségeit figyelte azok nyugalmi állapotában. A fiatal sportolók nagyrészt *Szukováthy* vezetése alatt álló testnevelési főiskola hallgatói közül valók, az idősebbek főként a bpesti őszi nemzetközi birkozóverseny résztvevői voltak. Az electrocardiographia adta eredmények érdekelték, mert az EKG-ról szóló könyvek e kérdést még mostohán tárgyalják. Előzőleg szól az egyéb vizsgáló eljárások útján felismerhető sportszív jelenségekről. A szív nagyságáról szólva a tartós sportokat kisérő szívhypertophiákról beszél és hangsúlyozza, hogy a szívhypertrophia foka attól függ, hogy a szív milyen módon bonyolítja le a fokozott szívmunkát. A szivmunkát legjobban igénybevevő és leginkább szívhypertrophiát okozó sportok között megemlíti: a kerékpározást, az úszást, evezést, sielést és birkózást. A szívtultengést, szívsérülésnek minősiti, mert megkönnyiti a szívizom elfajulását. Azt hiszi, hogy ez a hypertrophiás szívizom vérrel való ellátásának elégtelensége miatt következik be, mert a szív koszorús ereinek tágulása nem tart lépést a szívizomzatnak megnagyobbodásával.

Az *auscultatiós* jelenségek elbirálásáról szólva hangsúlyozza az accidentalis systolés szívzörejek nagy gyakoriságát és azt a körülményt, hogy elég gyakran nem könnyen különböztethetők meg a billentyübajos zörejektől. A bradycardia igen gyakori, éppen a kiváló sportteljesítményekre alkalmasoknál. Igen fontos a *vérnyomás* controllja, főként ideggyenge egyéneknél. 160 mm Hg.-nál magasabb vérnyomással birók kiadósabb sportolásra biztosan nem alkalmasak. A szokásos functiós szívvizsgálati eljárásokat felemlíti, azokat nem tekinti eléggé megbizhatóaknak. Ekg. vizsgálatokat sportolóknál *Csanády, Hoogerwarf, Schenk* és *Rautmann* végezték. Az elektrokardiographia éppen a szív legfontosabb functiós vagy anatomiai zavarait derítheti ki, amelyek az ingerképződés, ingerlékenység, ingervezetés és contractibilitásra vonatkoznak. Azután az Ekg. alapelveiről szól. A sportolók Ekg. vizsgálatánál a következő *szivjelenségeket* találta: 1. A pitvarok fokozott müködését, ill. túltengését jelentő P csipke nagyobbodását. 2. Hiányzó, ill. negativ P csipkét, amely jelenséget intramuscularis vezetési zavarnak minősiti. 3. Balkamra tulsulyt (igen gyakran). 4. Jobb kamra túlsulyt (inkább a fiatal sportolók, úszók között). 5. Bradycardiát (igen gyakran kitünő sportteljesítményekkel járt együtt). 6. Az ingerképző centrum vándorlása (ritka lelet). 7. A megnyúlt, meglassúbbodott ingervezetést a pitvar és a kamra között (komoly jel). 8. Magas utólengést, T csipkét (gyakori lelet a szívizom contractiós erejének és energiájának jele). 9. Negativ T csipkét (ezt klinikai észleletei alapján igen komoly jelenségnek minősiti). Ezután diapositivokat vetítve bemutatja a leírt szívjelenségeket. Ekg. vizsgálatainál segitségére volt adjunctusa, *Galgóczy*, a diapositiveket *Hidassy* volt szíves elkészíteni.

Hangsúlyozza, hogy hosszabb idő és időszakonkint ismétlödő Ekg. vizsgálatok szükségesek, hogy a leírt szívjelenségek prognoticus jelentőségét elbírálhassuk. Szükségesnek tartja az állandóan sportolók vérkeringési szerveit orvosi ellenőrzés alatt tartani. Fontos a „sportorvos" kiképzése *Szukováthy* elgondolásának megfelelően. Sportorvosi ellenörző állomások felállitását javasolja a testnevelési főiskola keretein belül. Ily állomás lehetővé tenné a sportolók kötelező ellenőrzését és a sportorvos kiképzését. Csak az egészséges szívüeket nem félti még az erös sportoktól sem, mert *Aschhoff* megnyugtató kijelentését elfogadja, hogy halálos szívsportsérülések egészséges szív mellett sohasem fordulnak elő.

Lax H.: Másfél év alatt *Bodánszky* és *Szántóval* a Szeretetkórház és Liget szanatóriumban 300-nál több sportembert vizsgált meg. Tapasztalatai szerint az Ekg. érzékeny vizsgáló módszer, jóval több myocardiumlaesiót fedett fel, mint a klinikai vizsgálat. Aránylag a legtöbb myocardialis elváltozás kezdő sportolók Ekg-ján látható, senioroknál legkevesebb, ez talán az ép szívü atléták automaticus selectióját jelenti. Nodalis ingerképzést és az ingerképzés helyének ritmusosan visszatérő vándorlását nem tartja myocardium jelenségnek, itt extracardialis okok játszanak közre. Csak elektrocardiographicusan kimutatható myocardiumlaesiók alapján csak akkor merne valakit eltiltani a sportolástól, ha az elváltozások progrediálók.

Kiss P.: Az egyén szivének sportteljesítménye függ a veleszületett és szerzett faktortól. A gyermekkorban fontos a diphtheria, a pneumacoccus fertözés, a scarlatina és a polyarthritis rheumatica. Fontosnak tratja, hogy a középiskolák felsöbb osztályaiban végeztessék a gyermekeken Ekg. vizsgálat, mert ismeretes, hogy ilyen korban sokkal könnyebben dilatál a szív s fokozott excitabilitas is van az ingerképző központban. A megfelelő tavaszi felépítő és a teljesitőképesség csúcsán levő versenyeket követő őszi leépítő systematicus traininggel a szivet ugyanolyan állapotba kell hoznunk, mint volt tavasszal a training megindulása előtt. A helyesen trainirozó versenyző szivén a versenyek idejében bizonyos elváltozás létrejöhet, azonban ezt nem tekinteném egyenragúnak azon pathologiás állapottal, ami pl. egy billentyüzavarban szenvedő beteg szivén létrejön. Ezen elváltozást szeretné más névvel is jelölni, mint a billentyüzavaroknál szokásos „hypertrophia", mert ezen állapotot nem tartja kórosnak. A szív Ekg-ás ellenőrzésének megkezdését a középiskolák felsöbb osztályaiban azon hallgatóknál, akik versenyszerüen akarnak sportolni, feltétlenül szükségesnek tartja.

Hasenfeld A.: *Lax* felszólalására reflectálva fentartja, hogy esetében a negativ P csipke intramuscularis vezetési zavart jelentett. Nem tagadja, hogy a szív helyzetváltozása az Ekg. görbén bal-, ill. jobb kamratulsúlyt utánozhat. Régen ismert dolog. *Lax* vizsgált sportolói között feltünően sok volt a billentyübajos. Ismétli, hogy az accidentalis systolés zörejek sokszor nem könnyen különböztethetök meg az organosoktól. Helyesli a következő felszólaló óhajtását, hogy ellenörző szívvizsgálatok már korán történjenek. A szívtúltengést azonban sportolóknál határozottan jelentőségesnek tartja. A hivatásos cirkuszatléták sorsa elég bizonyíték emellett. Hiszen ismert dolog, hogy tulnyomó nagy számban szívizombajok következtében halnak meg. Csak egyféle szívtultengést ismer. A szív fokozott müködése még nem tultengés.

3. **Kubányi E.**: *Magyarországi haemophil családok.* A II. sebészeti klinikán központilag lajstromozzák a haemophiliás betegeket, akiket egységes prophylaxisban s adott esetben egységes therapiában részesitenek. Tudományos szempontból a haemophiliai és vércsoportjelleg közötti összefüggést vizsgálják széles alapon. Eddig négyszáznál több családtagot vizsgáltak ki ebben az irányban és három olyan nagy törzset találtak, ahol a haemophiliás jelleg és a vércsoport character között teljesen ugyanazok a szabályszerüségek voltak megállapithatók, mint amit a szerző a Heidelberg környékén élő Mampel haemophil családnál 1927-ben talált. Több családnál azonban ez a szebályszerüség nem ismerhető fel. Az ő véleménye az, hogy messzemenő következtetések leolvasása csak még több generatio vizsgálata után lehet jogos.

A Magyar Röntgentársaság december 11-i ülése.

Előadások.

1. **Holitsch R.:** *A gyomorbéltractus röntgenvizsgálatának újabb irányai.* A contrast-étel elfogyasztása után végzett átvilágítás vagy felvétel nem elegendő, mert számos megbetegedés van, amely így fel nem ismerhető. Mindig megfigyelendő a nyelés mechanismusa, a cardia működése is és a falatnak lecsúszása a gyomor legproximálisabb részéig (fundus cc.). A gyomor nyálkahártya redőzetének meglátása céljából először csak egyetlen kortyot itatunk (relief-vizsgálat). Nemcsak állva, hanem fekve is, sőt alkalomadtán felpolcolt medencével is kell átvilágítani. A gyanus területekről átvilágítás közben célzott felvételek készítendők, a szükség szerinti számban és irányokban. A bélnek contrastbeöntéses vizsgálata is relief-vizsgálattal, valamint levegő töltéssel combinálandó. Bélelzáródásra gyanus esetben a várakozás (a tétlen megfigyelés) hiba, mert egyszerű álló átvilágítás majdnem mindig kétségtelenül megmutatja, hogy ileus van-e jelen. Mindezeket negyven vetített röntgenképpel szemlélteti.

2. **Weisz A.:** *A mellkasi daganatok röntgendiagnostikája.* A tüdődaganatok, különösen az elsődleges tüdőrák korai röntgendiagnosisa a legutóbbi évek pontos analizáló vizsgálatainak az eredménye. A röntgenkép rendkívül változatos: a daganat különböző helyről indulhat ki, különböző tüdőszövetet pusztíthat el és különböző kísérő elváltozásokat hozhat létre. Bárhonnan is indul ki a tüdőrák, legfontosabb tünete, hogy szövetet pusztít, de ugyanott, ahol pusztít, újdonképződött szövettel infiltrál is; a pusztító és infiltráló folyamatot számos kísérő vagy következményes tünet complicálja, melynek pontos szétválasztása és analyzise lesz a röntgenologus feladata. Sorozatos képeken mutatja be az elsődleges tüdőrák különböző alakjait, a hilus körüli, majd a különböző lebenyekből kiinduló carcinomákat. Ösmerteti és demonstrálja a bronchus carcinomák mellett létrejött stenosisos tüneteket, az atelektasiát, a mediastinalis eltolódásokat, a metastasisokat, az oesophagus és pleuralis complicatiókat. Bemutat elsődleges tüdőlebeny sarcomát. Ismerteti a mediastinalis tumorokat, úgy a mellsö, mint a hátsó mediastinumban és bemutatja egy hátsó mediastinumban elhelyezkedő és műtét útján eltávolított 1600 gr súlyú ganglionneuromának röntgenképét.

Január 12-i ülés.

Bemutatás.

Weisz M.: *Tapasztalatok az Egger-féle cholumbrallal és jodphenolphthaleinnal.* A Charité poliklinika röntgenintézetében az Egger-gyár által forgalomba hozott magyar készítményekkel 108 esetben végeztek cholecystographiás vizsgálatot, melyek a készítmények kifogástalan voltát bizonyították. Külföldi bevált készítményekkel végzett összehasonlító vizsgálatok semmi különbséget nem mutattak.

Előadások.

Fischmann M.: *Reflexiók egy újabb halálos röntgenbalesethez.* Ismerteti a nemrégiben Békéscsabán történt halálos szerencsétlenség körülményeit, megbeszéli annak valószínü lefolyását és közvetlen előidéző okait. Részletesen beszámol az alkalmazott életmentési és élesztési kísérletekről (intracardialisan adott gyógyszerek, intracardialis electroddal alkalmazott villamozás, öt órán keresztül állandóan folytatott mesterséges légzés stb.), melyek, sajnos, mind eredménytelenek maradtak. Ezután javaslatokat tesz azon törvényesen alkalmazandó rendelkezésekre vonatkozólag, melyekkel hasonló balesetek elkerülhetők lennének. Ilyenek pl. hogy röntgenkészüléket csakis röntgen szakorvos vásárolhasson, röntgenlaboratoriumot megnyitás előtt hivatalos szakbizottság vizsgáljon meg, stb. Kéri a Magyar Röntgentársaságot, tegye indítványait magáévá és kövessen el mindent, hogy azok a gyakorlati életben keresztülvitessenek.

Weisz A.: A balesetek elkerülése végett elsősorban szükségesnek tartaná, hogy mindazok, akik röntgenkészüléket beszereznek, szakorvosi képesítésben részesüljenek, vagy ha ez nem volna lehetséges, a készülék üzembe helyezése előtt a berendezkedő orvos megfelelő bizottság előtt vizsgát tegyen.

Polgár: A földelt transformator ellen csak törvényes úton segít. Az orvosi továbbképzés bizottságának figyelmébe kell ajánlani az electromos balesetek elleni mentésügyet. A magasfeszültségü vezetékek szigetelését és a földeléseket időnkint ellenőrizni kell.

Révész V.: Lehetetlennek tartja annak törvénnyel való eltiltását, hogy csakis képzett szakorvos vásárolhasson röntgenkészüléket. Ismerteti a népjóléti ministerium megbízásából működő azon bizottság munkásságát, melynek egyesületünk több tagja, köztük hozzászóló is tagját képezi és amely a balesetek elhárítására vonatkozó törvényes rendelkezések kidolgozásával is foglalkozik. Ez a bizottság igen alapos munkát végez, csakhogy még jó időbe fog kerülni, míg a javaslatokból törvényes rendelkezések lesznek. Addig is az orvosi lapokban kifejtendő igen intensiv felvilágositó propagandát tart szükségesnek úgy a balesetek elhárítása, mint az életmentési tennivalók tekintetében.

Holits: Balesetek elhárítására szükségesnek tartja, hogy a röntgenlaboratoriumban fegyelem, az orvosok és a személyzetnek szabatos munkarendje legyen. Hanyagság, vagy a fegyelmezettség hiánya sajnálatos balesetekhez vezet.

2. **Vidor J.:** *A primaer és secundaer tüdötumorok röntgenformáiról.* Kétségtelen, hogy a tüdötumorok gyakrabban kerülnek röntgenészlelés alá, mint régebben, csak az nem biztos, hogy absolut viszonylatban is megszaporodtak-e. A klinikai tünetek megbeszélése után beosztásukkal foglalkozik. A primaer tumorok között a lebenyes forma a leggyakoribb. Kiemeli a differentiál diagnosis szempontjából szóbajövő megbetegedéseket. Esetek kapcsán demonstrálja az alsó széli contur változását az expansiv jellegnek megfelelően. A primaer tumorok közül tárgyalja még a hilus cc.-át és az interlobaris cc.-ás gócot. A metastaticus tüdötumorok rad. jellegzetességének leírása után azok haematogen és lymphogen uton való terjedésével foglalkozik. Előbbinek röntgenformája a miliaris carcinosis, utóbbié a multiplex durva foltú metastasisok. Mindkettőre több esetet mutat be és foglalkozik a differentiál diagnosis szempontjából szóbajövő megbetegedésekkel. Az utóbbinál hangsúlyozza a seria felvételek fontosságát, mit példával illustrál. A tüdő cc.-ák sugaras therapiája nem járt kellő eredménnyel. Csak egy esetben ért el eredményt, ahol a kezelést *Cramer—Bernhart* sémája szerint combinált isaminkék plus R.-el végezte. Controllfelvétellel objective is demonstrálja a visszafejlődést. Végül hangsúlyozza, hogy sok esetben kisegítő diagnosticus eljárások is igénybe veendők: mint amilyenek a diagnosticus pneumothorax, a bronchographia és a próbabesugárzás.

Weisz A.: Hangsúlyozza, hogy a tüdőrák diagnosisában nem a röntgenanatomiai kép a legfontosabb, mert teljesen hasonló képet nagyon különböző aetiologiájú elváltozás is létrehozhat. A mellkasi szervek fiziologiás működésének megváltozása, továbbá a kisérő és következményes tünetek megállapítása vezet nagyon sokszor a helyes diagnosishoz.

Haas L.: Szintén aránylag több tüdötumort látott az utolsó két évben, mint eddig. Iskolaesetek kisebb számban vannak; a legtöb esetben csak röntgenvizsgálat alapján sikerült a diagnosis. Három nehezen differentiálható typust említ: 1. Pleuritises forma: Az egész tüdőmezőt diffus árnyék fedi (exsudatum, néha vér), melyen keresztül tumorárnyék nem látszik keresztül. Néha lebocsátás után láthatóvá válik. 2. Cavernás alak: Szétesés áll előtérben a caverna jellegzetes képével, határozottabb tumormassa nélkül. 3. Atelektasia a tumor által obturált bronchus terében, határozottabb tumorárnyék nélkül, bronchus cc.-nál. A differenciáldiagnosis könnyebb, ha a klinikai adatok felhívják a figyelmet tumor lehetőségére. Legjellegzetesebb az intensiv fájdalom szokott lenni, mely a többi klinikai lelettel a röntgenvizsgálat kételyeit eloszlathatja. De előfordul kiterjedtebb tumor is minden fájdalom nélkül.

Magyar Urológiai Társaság december 22-i ülése.

Bemutatások:

1. **Boross E.:** *Vadszőlőinda férfi-húgyhólyagban.* Egy 30 éves nös, családos férfi 65 cm. hosszú vadszőlőindát dugott húgycsövébe, amely kb. 35 cm. hosszúságban a hólyagban viszamaradt. Typicus hólyagzavarokkal jelentkezett; endovesicalis úton Joseph-féle operatiós cystoscop segítségével — hajlítható fogóval — a részben beékelt, részben felkunkorodott indát egydarabban sikerült eltávolítani.

Keve F.: Érdekesek azok az esetek, amikor a hólyagba jutott idegen test reflux által a vesemedencébe kerül. Waring írt le egy esetet, amikor a beteg egy füszálat vezetett be hólyagjába. 12 hónap mulva pyelitis fejlödött ki s a szükségessé vált mütét alkalmával követ távolított el, amelynek magját a füszál képezte. Brasch hajtüt, Dollinger Barney fogpiszkálót találtak vesekő magjában. Felhivja az urologiai osztályok vezetőinek figyelmét arra, hogy kisérjék figyelemmel ezt a jelenséget, vajjon adott esetben tényleg előfordul-e a hólyagba vezetett idegen test, mint a vesekő magja.

Minder Gy.: Az urologiai klinika idegen test gyüjteményéből pipaszárat mutat be. A beteg, aki 2 év óta nem közösült, bejövetele előtt két nappal nemi gerjedelemben benyálazott pipaszárat dugott a hólyagjába. Joung-féle eszközzel nem sikerült megfogni, mert a pipaszár harántul helyezkedett el, úgy hogy végül sectio altaval távolította el az idegen testet.

2. **Fillencz K.**: *Ujabb készülék nagyobb mennyiségü folyadék intravenás befecskendezésére. Künstler* dr. által szerkesztett fecskendöt és ehhez tartozó ampullát mutatja be. Előnye az, hogy nagymennyiségü folyadék intravenásan igen egyszerüen és assistens nélkül fecskendezhető be. A fecskendö tulajdonképen egy 10 cm-es Record fecskendö, melynek alsó részébe egy háromjáratú csap van beszerelve, mely által a fecskendő szívásra, nyomásra s a fecskendőn kívül levő folyadéknak a venába való bejuttatására alkalmas anélkül, hogy az injectiós folyadék a fecskendő hengerébe jutna. A fecskendő egy gummicsövel direct összeköttetésbe jut a folyadékot tartalmazó ampullával. Az ampulla 60, 125, 500 és 1000 cm^3-es nagyságban kapható. A tölcsérrel beleöntött folyadék sterilizálva lesz az ampullákban, majd dupla ballon felfújása által a gyógyszer a fecskendő mozgatása nélkül jut a venába.

Farkas I.: Egy év óta az intravenás pyelographiára *Baron Gyula* által módositott irrigatiós készüléket használja, amellyel igen jó eredményt ért el; könnyen sterilizálható és könnyen kezelhető.

Minder Gy.: Künstler Gyula-féle eszközt az urologiai klinikán kb. 30 esetben alkalmazták és igen meg voltak vele elégedve. Többféle módszerrel próbálkozott: eleinte 20 ccm-es, majd 50 ccm-es fecskendöt, később a Hartmann-féle infusiós készüléket használta, azonban a legmegfelelöbbnek a bemutatott eszközt találta, amelynek előnye, hogy az orvos maga, minden idegen segitség nélkül adhatja be az infusiót.

3. **Karácsony A.**: *Hypospadiasis húgycsökövel társult esete.* 34 éves férfibeteget mutat be, kit súlyos veseinsufficientiás tünetekkel vettek fel az urologiai klinikára. Születése óta vannak dysuriás panaszai, melyek nehéz vizelésből és vizelet csepegésből állanak. A vizsgálatnál hypospadiason kívül, gombostűfejnyi külső húgycsönyilás és következményesen képződött húgycsökö volt kimutatható. A húgycsökö eltávolitása után a vesefunctiók hamarosan megjavultak. Bemutató rámutat a látszólag jelentéktelen elváltozásnak a hólyag és vesefunctiókra kifejtett káros hatására.

Orvosi nyelvünk magyartalanságai.

Irta: *Frey Antal dr.*

Történeti magyar nyelvünk, melyen a nyelvújítás koráig (a XVIII. század második feléig) birtokolt nyelvkincsünket értjük, századokon keresztül fertőződött latin szavakkal és szerkezetekkel. Kazinczyban vezérre lelt nyelvújítás pedig a német szellemet lopta bele nyelvünkbe. Ezt a germán hatást csak tetézte a gyűlöletes emlékezetü Bach-korszak magyargázoló politikája, mely németül intézte a közigazgatást s a tanításra is rásütötte bélyegét.

A múlt század végefelé *Szarvas Gábor* mozgalma harcos hevülettel irtogatta a nyelvünkbe palántálódott idegen gyomot úgy, hogy a századfordulón már nemcsak szépen, kifejezően, hanem magyarán is szólhatott és írhatott a müvelt magyar ember.

Sajnos, ennek a nyelvtisztitásnak eredményei nem terjedtek el általánosságban, mégpedig — mint a „Nemzeti Ujság"-ban is nemrég kifejtettem — azért, mert a középiskolákban nem tanitották a helyes magyarságot, hanem száraz nyelvtannal meg lelketlen irodalomtörténeti adatokkal tömködték tele az ifjúság jobbra érdemes fejét. Igy aztán kivált a szakirodalmakban mai napig is csak úgy hemzseg a sok idegenszerűség. S aki figyelemmel kíséri jelenünk szellemi megnyilatkozásait, okvetetlenül feltünik előtte, hogy itt is, ott is előbukkan egy-egy kezdeményező, aki nyelvünk tisztaságának ügyét ismét a közérdeklődés elé akarja vinni. Maga a kultuszminiszter is kifejezte minap annak szükségét, hogy az ifjúságot meg kell tanítani az ép magyarságú gondolatközlésre.

Mi ellenünk, orvosok ellen, különösen sokszor emlegetik a nyelvi magyartalanság vádját. S éppen azért, mivel ebben sok igazság van, úgy vélem, nem végzek hasztalan munkát azzal, hogy leggyakoribb nyelvi botlásainkat megkeresem s megmutatom, hogyan lehet és kell őket elkerülni.

Módszerem az volt, hogy két orvosi folyóiratunk egy-egy számát csak úgy vaktában kiemeltem valamely közelmúlt évfolyamból s ezek szövegét célom szerint megvizsgáltam. A két lappéldányból a magyartalanságok, fölös idegen szavak s elítélendő helyesírás oly hatalmas anyaga gyűlt egybe, hogy helyszűke miatt csak körülbelül a felét dolgozhattam föl. Adataimat időmegtakarítás kedvéért csupán nagyjából csoportosítottam. Ám az elrendezés e fogyatékossága okulás szempontjából csöppet sem árt.

Kezdhetjük a helyesíráson.

„Idegen írásmód szerint írjuk ... a nem közkeletű, szorosan vett műszavakat tudományban, művészetben s más téren; pl.: ... protoplasma, paralysis ..." (A magyar helyesírás szabályai. Hivatalos kiadás. Kiadta a Magyar Tudományos Akadémia.)

Az „Orvosi Hetilap" tehát igen helyesen járt el, mikor 1930. július 26.-iki számában felhívásban arra kéri munkatársait, hogy az orvosi szakkifejezéseket latinosan írják.

Ezzel szemben egyik orvosi lapunk is, melynek egy számát éppen e dolgozatommal kapcsolatban böngésztem keresztül, ahelyett, hogy cikkei éktelen magyartalanságait nyesegetné, temérdek ok nélkül halmozott idegen szavát mellőzné, azzal magyarkodik, hogy az idegen szakkifejezéseket általában kiejtésük szerint szedeti.

Igy születnek meg aztán az ilyen, látni is rettentő csodabogarak, mint például a: cőkum. — Miféle ízlés az, mely a becsületes, minden orvos előtt egy szempillantásra érthető coecum-ból cőkumot csinál? Hisz a cőkum sokkal idegenebbül hat, mint a coecum! Vagy tán azt hiszi az illető lap szerkesztősége, hogy olvasói a coecum-ot nem tudják helyesen kiejteni? Avagy úgy gondolja, hogy ha a latin szót magyarul írja, hát ezzel mindjárt jó magyar szót is csinál?

Hasonlók: rezisztencia, kallózus, vakcínás, szigma, reszekció (rezekció is!), ödéma, kardiovaszkuláris és i. t. végeláthatatlanul.

Ám ha még következetes volna az illető folyóirat! De hol sánszot, hol chance-ot ír; egyszer drénezés, másszor drainage; most szifilisz, majd syphilis; itt aneurizma, amott aneurysma stb. Igy a magyarruhás szedatívum mellett már latin togában áll a stomachicum; de összetartozó szavakat is találunk elütő módon írva: pl. adstringens antidiarrhoicum, corpus karcinóma és i. t. S vajjon nem humoros-e ez a kapcsolat: „szolíd rák" magyaros írásával? Mintha csak azt mondaná: szolíd fiatalember.

Azután az „ae" helyett rendesen „ä"-t ír: ez is helytelen.

De ne töltsük ezzel tovább az időnket!

A két füzet elolvasásakor 225 olyan idegen szót és kifejezést találtam, melyet jó magyar szóval nemcsak pótolhatunk, hanem olykor még találóbban is fejezhetünk ki. Ezeknek az idegen szavaknak mintegy a fele nem is tartozik szorosan az orvosi műszavak közé: a legkülönbözőbb fajú tudományos szövegekben föllelhetjük őket. Elsősorban tehát éppen ezeket kell elhagynunk. Az óriási tömegből csak az alábbiakat közlöm a helyettük használható jó magyar kifejezésekkel együtt:

discutál: megbeszél, megvitat, meghány-vet;
concludál: következtet, eredményre jut;
eliminál: kiküszöböl, kiiktat;
periodusos: időszakos, szakaszos, szabályos;

consequens: következetes;
reflectál: igényel, számít; felel;
eclatans: fényes, kézzelfogható;
frappans: meglepő, szembeszökő;
reducál: csökkent, kevesbít, apaszt, korlátoz;
praecis: pontos, szabatos;
respectál: tisztel, tiszteletbent art; méltányol, elismer;
prompt: rögtön(ös);
pausa: szünet, pihenő;
intact: sértetlen, ép;
factor: ok, tényező, indíték;
domináló: uralkodó, kimagasló;
complicált: bonyolult, szövevényes, összetett, kúsza, körülményes;
constatál: megállapít, tapasztal; kijelent;
réserve: tartalék, pótlék;
evidens: világos, kétségtelen, érthető;
ominosus: végzetes, baljóslatú, rossz, átkos;
referens: előadó, tudósító;
garantia: biztosíték, kezesség;
enthusisamus: lelkesedés, elragadtatás;
supponál: föltesz, föltételez, gyanít;
forciroz: erőltet, erőszakol, túloz;
inaugurál: bevezet, létesít, meghonosít, kezdeményez;
chance: eshetőség, esély, lehetőség, valószínűség, remény, kilátás;
illustrál: megvilágít, szemléltet, ábrázol stb., stb.;

Ugy-e bár nem kétséges, hogy az efféle szó-vendégekre semmi szükség nincs?

Sokan azért szeretik az idegen szavakat, mert ezek eredeti értelme gyakorta már elhomályosult s mivel éppen ez okon határozott, elsőrendbeli jelentésük nem ütközik ki, értelmezésük esetenkint kényelmesen módosítható, azaz: jobban eltűrik a fogalmi változtatást, mint honi szavaink. Végeredményben a legtöbb idegen szó, hacsak nem valamely sajátos, kikristályosodott szakfogalom jegye, nemhogy világosabbá, szabatosabbá nem teszi előadásunkat, hanem inkább határozatlanságot, pongyolaságot okoz benne.

Ne rösteljünk a lustaságból vagy megszokásból nyelvünkre ragadt idegen szó helyett megfelelő magyart keresni. Ezzel tudományunknak is, nemzetünknek is egyaránt tartozunk. A magyar orvostudományhoz nem méltó a sok nyegle idegen szó. A közlemények tudományos sikerét pedig nem kell félteni a magyar kifejezésektől; a hozzáértők véleményét úgysem a latin vagy francia szósallang fogja megszabni.

Valódi orvosi műkifejezéseket is számos esetben helyettesíthetünk magyarral.

Ne írjunk sérülés vagy bántalmazottság helyett mindig laesiót, vizenyő helyett oedemát, terhes (viselős, másállapotos) helyett gravidát, emlő helyett mammát stb., stb. Az „intrauterin" jelző is maradéktalanul kifejezhető a „méhbeli" szóval, amit az olykor hallható, illetve olvasható méhenbelüli helyett annál is inkább ajánlhatok, mert az utóbbinál helyesebb is, rövidebb is s számos analogiája (nyelvi mintája, megfelelője) megvan nyelvünkben: pl. céhbeli, várbeli és i. t.

Persze: az asepsis, reflex, tonus, bakteriologia s ehhez hasonló műszavakat én sem akarom erőnek erejével magyarral helyettesíteni, mert ha ez a mindenáron purifikáló törekvés nem volna is egészen lehetetlen, célját nem látnám.

Mielőtt a tulajdonképpeni tárgyra, az idegen mondatszerkesztések és szólások taglalására térnék rá, néhány föltünő stílushibát említek meg:

„1861-ben jelent meg *P. M. dr.* francia orvos közleménye, aki fölhívta a fülorvosok figyelmét..." Helyesen: melyben (vagy mellyel) fölhívta stb.

Hasonló, csak még zavarosabb ez a mondatrészlet: „... a labyrinthusfalon át diffundál a perilympha üregébe, amely folyadék..."

Példa a szószaporításra: „... hogy a tej alkotórészei milyen viszonylagos arányban vannak benne". Helyesen és egyszerűen: milyen arányban. U. i. az arány fogalma a viszonylagosság jegyét már magában foglalja.

Hibás megszemélyesítés az ilyesmi: „E beosztás nagyjából akarja jellemezni..." Holott a beosztás semmit sem akar, ellenben a szerző akar a beosztással mint eszközzel valamit elérni. Tehát: E beosztással nagyjából akarom jellemezni... Ugyane szövegben kissé alább: „E felosztás nem akar éles határt vonni..." Helyesbítve: e felosztással nem akarok.

Ime egy mesterkélten és idegenszereűn tömör szerkezet: „Oly eseményekre vagyok boldog rámutathatni..." Magyarán: Boldog vagyok, hogy oly eseményekre mutathatok rá...

Elrettentő példa a képtelen képre: „Fáradozásainak némely gyümölcsét már eddig is örömmel üdvözölhettük".

Nyilvánvaló, hogy „gyümölcsöt üdvözölni" kacagtató stílusbotlás. Ellenben gyönyörködni már lehet valamely szép gyümölcsben. A javítás tehát ez lesz: gyümölcsében... gyönyörködhettünk...

Ez meg logikailag hibás: „erősen legyengül", e helyett: nagyon legyengült. Ez a példám az idegenszerűségek közé is elkívánkozik, u. i. az „erős" szón a magyar mindig csakis erőset ért, nem pedig „nagy mértékben valót" is, mint a német. (V. ö. a közbeszédben szintén eleget hallható hibás kifejezést: „erős tévedés", e helyett: nagy [merő, vaskos] tévedés.)

Az „erősen felfuvódott" is rossz a „nagyon v. tetemesen felfuvódott" helyett.

Taglózásom közben nem egy körmondatot leltem olyat, mely csak annyiban szolgál rá nevére, hogy mondatnak persze mondat, azonkívül a körhöz is hasonlatos, mert se eleje, se vége.

Nem idézek belőlük, úgyis takarékoskodnom kell a papirossal. Általában legyünk óvatosak a körmondatozással. Fegyelmezett logika és derekas írnitudás kell hozzá. A tömörséggel sem szabad összetéveszteni az összegyömöszöltséget. Nem minden végevárhatatlan mondatszövevény körmondat s nem minden kuszaság és homály tömörség!

Következőkben az előforduló durvább idegenszerűségeket mutatom be.

A latin nyelv századokon keresztül való használatának gyakori emléke a genitivus partitivusnak nevezett szerkezet utánzása. Bőven találtam erre példát:

„A régibb szerzők némelyike", „eseteink egyikében", „intézeteink legtöbbje" stb. Magyarosan ezeket így kell mondani: a régibb szerzők közül némelyik vagy: némely régibb szerző, továbbá: egyik esetünk, végül: legtöbb intézetünk.

Névutók helytelen, magyartalan alkalmazásában több között a következő idézeteket marasztalhatjuk el:

„... a vérkeringés zavarai által feltételezett...' Ezt a szemenszedett, német orvosi írásokból honi nyelvünkre ojtott fattyat ideje mielőbb és gyökeresen kiszaggatnunk! Magyar ember, már akinek az agyaveleje meg a szíve is magyar, egyenesen beszél, a nyakatekert kifejezéseket csak a huszáros szólamokban kedveli! Helyesen így hangzik a macskakörmös kifejezés: a vérkeringés zavaraiból folyó v. következő.

„A következő kórkép mutatkozott nála": németes, e helyett: rajta.

„Megértést tanusítanak az orvos működésével szemben." Ez így helyes: ...működése iránt. Ellenben jó a „szemben" az ily kapcsolatban, mint pl.: ellenségként viselkedett vele szemben.

„200 év előtt" németes; jó magyarsággal: 200 évvel ezelőtt (azelőtt) v. 200 éve annak, hogy...

Szintén germanismus az „után"-nak ilyen használata: „33 év után", e helyett: 33 év multán v. mulva. „Ez alatt azt értjük..." A magyar „valamin", nem pedig „valami alatt' ért valamit, mint a német. (Etwas darunter verstehen.) Tehát: ezen azt értjük.

A -nál, -nél ragot is németesen alkalmazzák sokszor, mint ebben is: „A lép tapintásnál kemény". Holott helyesen: tapintásra kemény v. kemény tapintatú.

Az ú. n. páros kapcsoló kötőszavaink közül az is-is, mind-mind sajnosan igen nagy tért vesztett a német sowohl-als mintájára támadt „úgy-mint" betolakodásával szemben. Böngészésem közben szinte minden lapon találtam egy-két példát erre. Ilyeneket olvastam: „úgy az anatomia, mint az élettan", „úgy a külső, mint a középfülből" stb. Helyesbítve: mind az anatomia, mind az élettan, vagy: az a. is, az é. is stb.

A „ha" kötőszó helyett az irodalmi nyelv gyakran él a német insoweit, insofern utánzásakép az „amennyiben"-nel.

Erre hál' Istennek nem szolgálhatok példával; ám az okhatározói „mert, mivel, minthogy, u. i., t. i." helyett annál többször került szemem elé a hírhedt „amennyiben".

Ime: „Mikroskop alatt e különbség már jellemzőbbé válik, amennyiben (helyesen: ugyanis) itt az alkotórészek aránya még pontosabban ellenőrizhető."

„...szabadszemmel is felismerhető, amennyiben (helyesen: ugyanis v. tudniilik)..."

Az okhatározó mellékmondat kötőszavait még gyakrabban mellőzik s helyetesítik német formára a „miután" kötőszóval, holott ez a magyarban csak időviszonyt fejez ki. Ezért kell helyesbítenünk a következőket:

„Miután a has körfogata állandóan növekedett, hasi tumorra gyanakodtak." Helyesen: Mivel stb. „Miután mirígyet is találtak, a bántalmat tbc.-nak vélték." Magyarosan: Minthogy...

„Kiválóan megfelel, miután (mivel!) enyhén desinfitiáló."

A föltételes mellékmondat főmondatában csaknem soh'sincs szükség az *„úgy"* szócskára, mely minden bizonnyal a német *„wenn-so"* alapján honosult meg nálunk.

Egy példa: „Ha a váladékban a vízszerű folyadék a domináló, úgy savóról beszélünk". Helyesen: az „úgy"-ot elhagyjuk, esetleg az „akkor"-t iktatjuk helyébe.

A németes „dacára" is sűrűn fölötlik orvosi közleményeinkben. Helyette „ellenére, noha, ámbár, jóllehet" a magyaros.

Az "éspedig"-nél magyarabb a „mégpedig".

Megrovást érdemel a főmondat mellékmondatra utaló „az" névmásának elhagyása. Pl.: „Mindenekelőtt a tény, hogy a betegség ritka..." így lesz kifogástalan: Mindenekelőtt az a tény stb. — Egyebek:

„F. mint első észlelte..."; helyesen: F. először észlelte.

„A betegség igen korán *lép fel.*" A „fellép" igének igen gyakori németes értelmű használata ez. A betegség sosem „lép fel" (ellentétben a primadonnával, ki viszont csak akkor lép fel, ha nála betegség nem „lépett fel"), hanem: keletkezik, támad.

Egyik író szerint a boszorkánytej is „fellép", mondván: „Ugyanez lehet oka a boszorkánytej fellépésének is". Milyen kirívó itt a magyartalanul erőltetett „fellép" a tősgyökeres, népies „boszorkánytej" mellett!

„A betegek bemondására nem adhatunk." Jól: állítására, kijelentésére, elbeszélésére.

Ez is németes ízű: „Ha eltekintünk attól, hogy..." Javítva így hangzik: Ha nem tekintjük azt, ...

„...egy-egy vizsgálattól csak akkor tekintsen el": egy-egy vizsgálatot csak akkor mellőzzön v. hagyjon el.

„...bár elvétve más színnel is bírhat": más színe (v. más színű) is lehet.

„Rheumát kapott, amely azonban őt eddig nem nagyon zavarta." E mondetban az „őt" fölösleges (és németes), a „zavarta" helyett pedig „háborgatta" a jó kifejezés.

„Az infectio forrása centrálisan feküdt." A „feküdt" ilyen értelemben — germanismus. Ezzel kell helyettesíteni: székelt, helyezkedett el, centralis volt.

Ugyancsak „rosszul fekszik" a *„fekvő"* az alábbiakban:

„1.20 mgr% felett fekvő értékek": feletti értékek.

„1.20 mgr%-ot *túl*haladná": itt meg az igét kell ezzel magyarítanunk: *meg*haladná.

A magyar általán jobb' szereti a rövid kifejezéseket. A hosszadalmas stílus német áru, mégpedig elég silány. Amit egyszerűen, röviden kimondhatunk, ne húzzuk-vonjuk, mint rác a harmonikáját. Lássuk csak az idevágó böngéket.

„Magyarázatát adja": megmagyarázza.

„...Különösebb zavara nem áll fenn": k. z. nincs.

„...nyert általános elterjedést": terjedt el általánosan.

„...ne csak az elnevezésben nyerjen kifejezést": ...fejeződjék ki.

„...intézetek magánjelleggel bírnak": magánjellegűek.

„...működést fog kifejteni": működni fog.

„...nem von maga után következményeket": nem okoz... v. nem jár következményekkel.

„...a szív munkájának effectiv csökkenését vonja maga után": ...munkáját ténylegesen csökkenti.

„...az élet megrövidülésére vezet": az életet megrövidíti.

„...elsősorban a táplálék reductiója jön számításba": ...reductiójával számolunk v. vetünk számot.

„...a folyamatot kedvezőtlenül befolyásolja": a folyamatra kedvezőtlen v. ártalmas, a folyamatot rontja (nem pedig „károsítja"! — ez a legújabb szörnyszülött; alig 4—5 éve fordítjuk ily szolgai módon a „Beschädigung"-ot, ami magyarul kártevést, megrongálást is jelent, nem csupán megkárosítást, ami csak személyre vonatkozhatik, folyamatra vagy állapotra azonban nem).

„...a folyamat gyógyulásba kezd átmenni": gyógyulni kezd, gyógyulásnak indul.

Ezek is idegenek a magyar fülnek és észjárásnak:

„nem mentünk bele": nem egyeztünk bele.

"...feltétlenül a helyes útra kell hogy vezessen: kell vezetnie.

„Kézenfekvő": nyilvánvaló.

„...úgy van beállítva, mint egyedüli biztos szer": egyedüli biztos szernek (v. szerként, szerül) van feltüntetve.

„vizsgálatot *eszközöl:* v. végez.".

A határozatlan névelő alkalmazásával is minduntalan visszaél orvosi nyelvünk. Pedig a magyarban az „egy" szócskával takarékoskodnunk kell: német módra való használata fölösleges. Alábbi példáinkat eszerint az „egy" kiiktatásával kell helyesbíteni:

„A beteg egy 27 éves magántisztviselő." „A medencét egy kemény tumortömeg tölti ki" stb.

Halmozza a magyartalanságokat a következő mondat: „Másik érdekes jelleg, hogy a betegség egy felnőtt embernél lépett fel, amelynek ritkaságát *H. Srt.* erősen kiemeli." Magyarán: Másik érdekes jelleg az, hogy felnőtt emberen támadt (keletkezett) a betegség, aminek ritkaságát *H. Str.* nyomatékosan kiemeli.

Magyarosság szempontjából kárhoztatni való a határozott névelő mellőzése az ilyenekben:

„Több esetben észlelte bemutató": a bemutató. „Utóbbinak magyarázatára bemutató felvette": a bemutató. — De a felhozott második példában egyéb hiba is van, mégpedig a „felvesz" helytelen használata a „feltesz, feltételez, gyanít" és más helyett. Ezt a csúf hibáját orvosi előadásunknak különösmód el kell ítélnünk, mert orvosi szövegekben többször éktelenkedik, mint valamennyi egyéb szaknyelvben együttvéve. Gyanítom (nem pedig „felveszem"), hogy ez a dicstelen németes csinálmány a mi lelkünkön szárad. — Álljon ide még néhány példa tilalmazó gyanánt:

„Magyarázatképen azt vették fel": úgy v. azzal magyarázták. „Magyarázatképen S. hysteriát vett fel": tételezett fel, h.-val magyarázta.

„Ok gyanánt reflectoricus elváltozásokat vesz fel": tételez fel.

„Ugyanezt vette fel magyarázatképen Roth is": ugyane magyarázatot vette át v. fogadta el v. ugyane magyarázathoz csatlakozott, ugyanígy magyarázta.

„Erős, fiatal férfi, jól fejlett izomzattal." Sült németesség, e helyett: erős, fiatal, jól fejlett izomzatú férfi.

„Az illető 18 éves leány, jó tónusú hasfallal": az előbbihez hasonló cégéres germanismus. Helyesen: hasfala jó tónusú.

„Osztja nézetét"; magyarosan: osztozik nézetében.

Egy igen csúnya szeplőről kell még lerántanom a fátylat. Ez a szeplő a *„megbetegedés"* az orvosi stílus egyébként is ripacsos arculatán. A német „Erkrankung" mintájára honosodott meg orvosi nyelvünkben. Alig olvassuk már a „betegség" szót, ellenben a kellemetlen, mekegő hangzású és — jól vigyázzunk! — nem is betegséget jelentő „megbetegedést" csak úgy ontják szövegeink. U. i. a „megbetegedés" a betegségi állapotnak mint eredménynek jelenti kezdő mozzanatát. A „betegség" a „megbetegedés" következménye!

Tehát hibásak ezek: „fertőző megbetegedések", „a baj önálló megbetegedés" stb. Ezzel szemben helytálló ez: „a megbetegedés napján"...

Azután ne feledjük eredeti kifejezéseinket! Ne mondjunk „gyógyítás, orvoslás" helyet mindig „gyógykezelést", „orvos" helyett ,gyógyászt.

A „tüdőbeteg, elmebeteg" s más efféle németes összetételű szavak helyett is van jó magyar kifejezésünk: tüdőbajos, elmebajos.

Gondolom, lesznek olyanok, akik soraim olvasva, túlzónak ítélnek. Nem bánom, nem veszem a szívemre. Csak visszagondolok *Lenhossék, Jendrassik, Vámossy* és *Verebélyi* professzorokra, akik előadásaik közben sohasem feledték, hogy mivel tartoznak édes anyanyelvünknek.

VEGYES HÍREK

A Budapesti Királyi Orvosegyesület február 14-i ülésének napirendje: Bemutatások: 1. *Hedri Endre:* Subcutan májkettérepedés gyógyult esete. 2. *Kürthi László* és *Hedri Endre:* Két érdekes rákeset. 3. *Némai József:* A tonsillák gyógykezelése röntgensugárzással. — Előadások: 1. *Greiner Irén:* Varicola vaccinatio. 2. *Paunz Lajos:* Amyleid kimutatása congó próbával.

A Közkórházi Orvostársulat febr. 18-i ülésének tárgysorozata. Bemutatások: *Horváth Mihály:* Egy orthopediai esetből levonható tanulságok. *Varga Péter:* Leukaemiás veseelváltozások. *Nagy András:* Terhességi diabetes esete. *Scheitz László:* A choledochus kövekről. *Rozenák István:* A Kruckenberg kéz.

A Budapesti Önkéntes Mentőegyesület február hó 27-i ülésének napirendje: 1. *Ridler Gábor:* a) A hysteria a mentőgyakorlatban. b) Az elmebetegek szállításának gyakorlati bemutatása. 2. a) Érdekesebb esetek megbeszélése. b) A paraffin kezelés bemutatása.

Az Erzsébetvárosi Orvostársaság január 19-én tartotta rendes évi közgyülését. *Rothbart József* elnök nagy tetszéssel fogadott elnöki megnyitójában vázolta azokat az eredményeket, amelyeket az Orvosszövetség az orvostársaságok hatékony támogatásával a múlt évben elért és körvonalazta a jövő feladatait. A főtitkári jelentés után megválasztották az új tisztikart. Örökös diszelnökök: *Dollinger Gyula* és *Patai Samu.* Disztag: *Flesch Nándor.* Elnök: *Rothbart József.* Alelnökök: *Bányai Sándor, Himmler Izsó, Bokor Mór, Szentgyörgyi Gyula.* Főtitkár: *Imhof Dezső.* Titkár: *Singer Gyula.* Főjegyző: *Zellner Pál.* Jegyző: *Molnár Pál.* Adóreferens: *Szilas Jenő.* Pénztáros: *Fleischmann Mór.* Háznagyok: *Herczeg Lajos* és *Király László.* Számvizsgálók: *Moskovitz Ignác, Wirth Izsó, Wonnesch Frigyes.* Ezenkívül 60 választmányi tagot választottak. A közgyülést vacsora követte.

A Józsefvárosi Orvostársaság f. évi január 28-án tartotta rendes évi közgyülését. A népes közgyülésen *Demjanovich Emil* dr. elnök lendületes és kegyeletes hangon búcsúztatta el *Barta Gábor* dr., tisztiorvost, az Orvostársaság alelnökét, kiben az orvosok a collegális kartársat és szerető barátot vesztettek el. — A főtitkári és pénztárosi jelentés után újjá alakították a tisztikart, melynek tagjai lettek: *Demjanovich Emil* dr., elnök. *Ertl Géza* dr., *Safranek János* dr., (új) alalnökök, *Práger Márton* dr., főtitkár, *Trietsch Béla* dr., titkár, *Stark Janka* dr., jegyző, *Révész Aladár* dr., főpénztáros, *Weinberger Lipót* dr., pénztáros, *Angyal Vilmos* dr., *Ecsedi Ernő* dr., *Kentzler Gyula* dr., (új) ellenőrök.

Az Országos Orvos-Szövetség Igazgató-Tanácsa január hó 31-én, délután 6 órakor az Országos Orvos-Szövetség Városház-utcai székházában *Csilléry András* dr. elnöklete alatt ülést tartott, amely nagyfontosságú orvostársadalmi és egészségügyi kérdésekkel foglalkozott. Több fiókszövetség, valamint a községi orvosok és magánorvosok szakosztályának felkérésére behatóan megvitatta az Igazgató-Tanács a népjóléti miniszteriumnak a fertőző betegségek bejelentése tárgyában nemrégiben kiadott rendeleteit és elhatározta, hogy a rendelet módosítása ügyében újabb javaslattételre szólítja fel a községi és körorvosi, a tisztiorvosi, a pénztárorvosi és a magánorvosi szakosztályt, a népjóléti Miniszter Urat pedig felkéri, hogy a rendelet szigorú büntető szankciót a tárgyalások befejezéséig függessze fel. Tárgyalta továbbá az Igazgató-Tanács a körorvosi karnak azt a sérelmét, hogy az új községi ügyviteli szabályrendelet megalkotásánál a körorvosokat több vármegyében a körjegyzőknek rendelték alá. Elhatározták, hogy ennek megakadályozása érdekében megteszik a szükséges lépéseket. A tárgysorozat többi pontjai közül említést érdemel az Igazgató-Tanácsnak az a nagy horderejü elhatározása, hogy az Orvosi Kamara megalkotása érdekében actiót indít. E célból *Hültl Hümér* dr. elnöklete alatt kamara bizottságot alakított.

Az orvosi továbbképzés központi bizottsága február hó 2-án tartotta XVII. közgyülését, mellyel az ötödik cyclus kezdődik. A bizottság elnöke: *Grósz Emil* dr., egyetemi tanár előterjesztette az 1931. első felének programmját. A négy hetes klinikai és kórházi tanfolyamokon kívül specialis tanfolyamok lesznek a fertőző betegségekről, tuberculosisról, socialis orvostanból, szülészetből. A honvédség és a Máv. orvosai számára külön tanfolyamokat rendeznek. A továbbképzést decentralisálják s Budapesten kívül a szegedi, a pécsi és debreceni egyetemek orvosi facultásai, úgyszintén vidéki közkórházak is részt vesznek az orvosok oktatásában.

A bizottság részletesen megvitatta a külföldi orvosok számára tartandó tanfolyamok tárgyában kiküldött bizottság jelentését s a budapesti orvosok szövetségének ezen ügyre vonatkozó átiratát s körvonalazta azon föltételeket, melyek egyrészt lehetővé teszik az oktatást, de a visszaéléseknek is gátat vetnek.

A Nemzeti Gyermekhét előkészítő bizottsága 1931. tavaszán, a magyar gyermekvédelem jubilaris évében, Budapesten nevelésügyi, gyermekvédelmi és egészségügyi hetet rendez. A gyermekhét feladata hogy általánosítsa a gyermeki test és lélekről szóló ismereteket, rámutasson a hibás nevelés romboló hatásával ellentétben a helyes úton járó nevelés előnyeire, a gyermekvédelem és gyermekegészségügy terén a szervezettség jelentőségére. A csatlakozás bejelentése személyesen, levél vagy telefon útján történhetik. Az előkészítő bizottság címe: Paedagógiai Szeminárium, VIII. Mária Terézia-tér 8. Telefon: J 339—48.

Orvosok kedvezményes husvéti tanulmányútja Dalmáciába. A Budapesti Orvosok Turista Egyesülete a husvéti ünnepek alkalmával tanulmányutat rendez Bosznia-Hercego-

vinába és a dalmát tengerpartra. Igen olcsó részvételi díj mellett lehetővé akarja tenni az orvosok és hozzátartozóik minél nagyob számának a természeti kincsekben gazdag vidék megtekintését. Serajevo—Jajce—Raguza—Spalato—Sebeniko—Arbe megtekintése van tervbevéve, 3—4 napos pihenővel Raguzában és Kupariban. A tanulmányi kirándulás körülbelül 12 napot vesz igénybe. Jelentkezéseket a Corvin-gyógyszertár (VII., Erzsébet-körút 6.) fogad el.

Tavaszi tanulmányutak. A Párisi Magyar Diákegyesület Utazási Osztálya, mely a MEFHOSz tanulmányútjait rendezi, a tavasz folyamán a következő tanulmányutakat indítja: I. *Páris—Riviera—Felsőolaszország.* Utvonal: Budapest—Wien — Zürich — Páris — Marseille—Nizza—Monte-Carlo—Genova—Milano—Velence—Postumia—Budapest. Időtartam: 21 nap. Indulás: 1931 március 29. *Részvételi díj: 420 P.* — II. *Olaszország.* Utvonal: Budapest—Velence—Bologna—Firenze — Róma — Nápoly — Messina—Taormina—Catania—Girgenti — Palermo—Pisa—Genova—Milano—Velence—Budapest. Időtartam: 21 nap. Indulás: 1931 március 28. *Részvételi díj: 490 P.* — III. *Konstantinápoly—Athén.* Utvonal: Budapest — Belgrád — Sofia—Konstantinápoly—Smirna—Athén—Saloniki—Nis—Budapest. Indulás: 1931 március 28. *Részvételi díj 430 P.* Az utakra vonatkozó prospectust az érdeklődőknek legnagyobb készségel díjmentesen küdi meg a Párisi Magyar Diákegyesület Utazási Osztálya (Budapest, Ferenc-körút 38., fsz. 8. Tel.: Aut. 872—74. Hivatalos órák naponta d. u. 4—6-ig.)

Az influensa járvány úgy látszik egész Európán keresztül vonul. Ujabban Spanyolországból jelentenek tömeges halálozást; január utolsó hetében Madridban 120, Barcelónában 100 személy halt meg. Londonban ugyanezen időben 242 haláleset volt. Berlinben a megbetegedések száma januárban nem emelkedett, Breslauban emelkedés mutatkozott, Hamburgban a hónap második felében igen erős emelkedés volt.

A British Empire Cancer Campaign két Garton-díjat tüzött ki, (egyénenként 500 font sterling és aranyérem), melyet a „rák korai diagnosisa" (beküldendő 1931. dec.-ig) és „a besugárzás biologiai eredménye és hatásmódja a rosszindulatú és egyéb sejtekre" (beküldendő 1933. dec.-ig) című legjobb munkák szerzőjének juttatnak.

A Praxis Medici Temesvárt megjelenő magyar orvosi lap adatokat közöl a román egészségügyi költségvetés reductiójáról. Tuberculosis prophylaxisra 1930-ban 15 millió leit irányzott elő, 1931-re 10 milliót. Gyermekek tuberculosisának leküzdésére 1930. ban 6 és fél millió leit, 1931-ben 6 millió leit, tuberculoticusok izolálására 1930-ben 800.000 leit, 1931-ben 700.000 leit. Gyermekvédelemre: 3,790.000 helyett 1,060.000-t. A nemzeti testnevelő hivatal három milliója változatlan maradt. A hadirokkantak, hadiárvák 1400 miliióját 28 millóval reducalták.

A kórházak tatarozására, ruha szükségletre 81 millió lei volt előirányozva, most 12½ millióval kevesebb.

A fertőző betegségek és járványok leküzdésére 1930-ban 27 milliót irányoztak elő, 1931-ben 8 millióval kevesebbet. A *Cantacuzino Intézet* részére 11 millió, helyett 10 milliót irányoztak elő. Gyermeknyaraltatásra 2½millió lei helyett 1½ millió leit. Kórházak élelmezésére 246 és fél millió helyett 188 milliót. Ez egészségügyi budgetet kb. 250 millió leiel apasztották: azaz 8 és fél millió pengővel.

Budapest székesfőváros közegészségügyi állapota 1931. év január második felében.

Hasi hagymáz	8	1	Gyermekágyi láz	—	1
Küteges „	—	—	Bárányhimlő	146	—
Hólyagos (ál-) himlő	—	—	Járv. fültőmirigylob	75	—
Kanyaró	35	1	Vérhas	10	3
Vörheny	143	2	Járv. agygerincagyhártyalob	—	—
Szamárhurut	92	5	Trachoma	35	—
Roncsoló torok és gégelob	129	2	Veszettség	—	—
Influenza*	63	5	Lépfene	—	—
Ázsiai kolera	—	—	Paralysis infant.	—	—

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

* A megbetegedések összes száma nem állapítható meg, mert csak szövődményes esetek bejelentése kötelező.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Lapunk mai számához Richter Gedeon vegyészeti gyár rt. Budapest, *Acitophosan*-ról szóló prospektusa van mellékelve.

Erősebben baktericid, nem hamisítható, gyártásban ellenőrzött, nem mérges, bőrnek s műszernek nem ártó s ezért ideális antisepticum, az új szabadalom szerint készül.
LYSOFORM
Szab. szám 93189.

METALIX fémröntgenlámpa
Barta és Székely Rt., Budapest, IV. ker., Múzeum-körút 37. sz.

Dr BARTA CALCIUMTHERAPIÁS KÉSZITMÉNYEI:
DESOFORM · CALCIFOR · SEDATIN
Sebhintőpor Ca (C_6 H_2 Br_3 O_2) (Syr. calcii sulfoguajac. comp) (Syr. calcii bromati comp)
Dr BARTA ENDRE GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUMA BUDAPEST-ERZSÉBETFALVA-VÁGÓHID-U. 17. - Tel. Józs. 28-13

TETANUS MARHA-SZÉRUM
Prophylacticus célra.
Az anaphylaxia és a szervezet lószérummal való sensibilizálásának elkerülésére
Dr. PÁPAY-féle oltóintézet és szérumtermelő rt.
Budapest, IX., Lónyay-u. 12. :: Telefon 855-63.

Hogyan nyilatkoznak a klinikák, kórházak és orvosok a BILVIVID -ről.
(Irodalmi kivonatok.)
A BILVIVID-del természetesen még nincsenek nagy tapasztalataink, de összefoglalva annyit mégis mondhatok, hogy az epeutak zavarait látszólag nagyon kedvezően befolyásolja a BILVIVID. Továbbá objektive mondható, hogy a BILVIVID a röntgenológiai epehólyag-vizsgálatnál nagyon jól használható segédeszköz lesz, minthogy a belsőleg beadott Tetragnost BILVIVID adagolásával már 4 óra mulva kimutatható az epehólyagban, úgy, hogy már ekkor lehet az epehólyagról jó röntgenológiai felvételeket készíteni. Kisérleteinket a BILVIVID-del szívesen folytatjuk.
Bad Woisser Hirsch bei Dresden. Prof. *Oeller* s. k.
1931. január 30. a Lahmann sanatorium főorvosa.
Dr. BAYER és TÁRSA, gyógyszervegyészeti gyár, Budapest IX.

Pilulae kalii jodati perennes Szőllősi

Centrum Kiadóvállalat Rt. Budapest, IX., Köztelek-utca 1. Igazgató: Bornemisza Gábor.

75. évfolyam. 8. szám. Budapest, 1931 február 21.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC, VÁMOSSY ZOLTÁN, ISSEKUTZ BÉLA, POOR FERENC, GORKA SÁNDOR, REUTER KAMILLÓ, BELÁK SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR — SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

TARTALOM:

Frigyesi József: Placenta praevia. (173—176. oldal.)
Kubányi Endre: Magyarországi haemophil családok. (177—181. oldal.)
Flesch Péter: A concentrált cukoroldat értéke a csecsemők vízveszteségének kezelésében. (181—183. oldal.)
Menyhárd Irén: Adatok az ulcus cruris therapiájában alkalmazott eljárásokról. (183—184. oldal.)
Dóczy Gedeon: Adatok az erythema nodosum pathogenesisához és aetiologiájához. (184—185. oldal.)
Raisz Dezső: Óriási dermoid kystoma. (186—187. oldal.)
Kinczler Mihály: Garatmögötti tályog ritka esete. (187—188. oldal.)
Görög Dénes: Megtévesztésre alkalmas fejlődési rendellenesség a koponyaboltozaton. (188. oldal.)
Wietrich Antal: Különös villanyáram sérülés. (188—189. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (29—32. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet és nőgyógyászat. — Gyermekorvostan. — Urologia. (189—191. o.)
Könyvismertetés (191. oldal).
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei (191—193. oldal).
Büben Iván: A stockholmi Rádiumhemmet szervezete és működése. (194—195. oldal.)
Heinrich Emil: A falu orvosi propagandájáról. (195—196. oldal.)
Fritz Gusztáv: † Trendelenburg Pál. (196. oldal és a borítólap III. oldalán.)
Vegyes hírek (a borítólap III. és IV. oldalán).

Placenta praevia.

(Klinikai előadás.)

Irta: *Frigyesi József* dr., egy. ny. r. tanár.

A placenta praevia (előlfelkvő lepény) egyike a legfontosabb és legveszélyesebb szülési szövődményeknek. Az elülfekvő lepény nem a méh felső izmosabb, ú. n. activ szakaszán, hanem mélyen, a kevésbbé izmos ú. n. passziv szakaszon tapad és ezáltal a megszületendő magzatnak útjában áll. A lepény e rendellenes tapadási felülete a passiv szakasz; ez a tágulási szak alatt visszahúzódik s így a szülés alatt, legtöbször már a szülés elején, kisebb-nagyobb fokban leválik a lepény. Rendes körülmények között a lepény a magzat megszületése után válik le, és tapadási felületén az ereket a kiürült, megkisebbedő méhizomzat erős összehuzódása zárja el. Ezzel szemben az előlfekvő lepény leválásának azért nagyfokú vérzés a következménye, mert a lepény tapadási felülete a szülés elején nem tud megkisebbedni, összehúzódni. Az előlfekvő lepény rendellenes helyen való tapadása különböző fokú: ha az egész belső méhszájat fedi, placenta praevia centralis (teljes), ha annak csak egy részét fedi placenta praevia lateralis (részleges) a neve. Placenta praevia marginalis esetén a belső vizsgálat alkalmával a méh alsó szakaszában tapadó lepénynek csak a szélét érhetjük el. Más beosztás szerint az előlfekvő lepény annak megfelelően, hogy teljesen vagy részben fedi-e a méhszáját, totalis vagy partialis (teljes, vagy részleges). Ezek a megállapítások két ujjnyi méhszájra vonatkoznak, mert természetesen a kezdetben például egy ujjnyinál még centralis, a méhszáj nagyobbfokú tágulásakor lateralissá, vagy marginalissá lehet.

A legkissebb foka az előlfekvő lepénynek az, amikor a lepény a méh alsó (passiv) szakaszán tapad ugyan, de a méhszájig nem ér el és így nem is tapintható. Ilyen esetben mélyen tapadó lepényről szólunk.

Az előlfekvő lepény kóroktanában a méhnyálkahártya gyulladás, túlrövid megszakítással egymásután következő szülések, a gyermekágyban való hiányos visszafejlődés (subinvolutio) szerepelnek. Hogy ilyenkor a pete miért tapad mélyebben, annak magyarázata nem teljesen tisztázott. Régebbi felfogás szerint a nyálkahártya fokozott váladéka mossa, csúsztatja le a petét. *Hoehne* szerint pedig a méhnyálkahártya hámján lévő csillószőröknek — a gyulladás következtében — fokozott, illetve megváltozott mozgása volna az oka. Mások az uterusnak a megtermékenyítés után való összehúzódásait okolják. De az is meglehet, hogy a rendellenes, mélyen való tapadásnak a pete elváltozásában, vagy abban a körülményben van az oka, hogy a pete vándorlás közben későn, már nem a méhkürtben, hanem annak közel a méhi végéhez, vagy talán már magában a méhűrben lett megtermékenyítve.

Vita tárgya volt, hogy a lepény megtapadhat-e a belső méhszáj felett, amely tulajdonképen nem szövetfelület, hanem rés, vagy nyilás. Tekintettel arra, hogy rendes körülmények között beállott terhesség esetén is a decidua a belső méhszájat teljesen áthidalja, e kérdésben valószínűleg *Ahlfeldnek, Bummnak* az álláspontja a helyes, amely az előlfekvő lepénynek a belső méhszáj felett való tapadását elfogadja.

Másik lehetősége az előlfekvő lepény kifejlődésének az, amikor a chorion bolyhok a fejlődés folyamán a decidua reflexa egyrészén is megmaradnak, nem sorvadnak el és így kerülhetnek a reflexán megmaradt bolyhok a belső méhszáj fölé.

Az előlfekvő lepény rendesen nagyobb, szélesebb. Alaki és egyébb rendellenességeket is gyakran mutat (placenta succenturiata, circumvallata). Ugy a visszahajló deciduán (reflexán) fejlődő placenta, valamint az előbb említett alaki eltérések mind annak a következményei, hogy a lepény eredeti tapadási felülete nem látszik elegendőnek a pete táplálására. Ez ismét csak arra a körülményre utal, hogy a leglényegesebb oki tényező az előlfekvő lepény kóroktanában az endometriumnak az előbb említett okokból való elváltozása. Ugyan e mellett szól azon körülmény is, hogy a bolyhok, különösen olyan esetekben, amikor a lepény nem a méh alsó szakaszán, hanem a cervixben tapad, nemcsak a méh nyálkahártyájába, ha-

nem magába a méh szövetébe is beássák magukat és e nemcsak rendellenes helyen, de rendellenes fokú tapadás folytán jön létre a különben rendkívül ritka placenta accreta. (Lepény odanövés).

Az elölfekvő lepény kórisméjére legjellemzőbb a terhesség utolsó napjaiban, végén, vagy a szülés elején minden különös ok nélkül fellépő vérzés. Minden ilyen esetben elölfekvő lepényre kell gondolni.

Vérzést okozhat ez időben méhnyakrák, vagy a külső nemiszervek varixainak megrepedése is. Az anamnesis, külső vizsgálat és a hüvelynek tükörrel, lapoccal való feltárása azonban megbízható útmutatást nyújt az elkülönítő kórisme szempontjából. A kórisme csak akkor bizonyos, ha belső vizsgálattal tapintjuk a mélyen tapadó lepényt. A lepénynek tömeges, szivacsos consistentiája, még zárt méhszájnál is nem egyszer a boltozaton át érezhető Ha azonban a méhszájba benyúlva lepény szövetet tapintunk, akkor kétségtelen, hogy placenta praevia van jelen. Ezt legfeljebb ittlévő, régebbi véralvadékkal lehetne összecserélni. A véralvadék azonban ujjunk alatt teljesen szétmállik, a placenta pedig nem, mert annak szöveti szerkezete van. Bár ezen jelekkel minden kétely kizárható és bizonyosan megállapíthatjuk a mélyen fekvő lepény kórisméjét, csak szükség esetén vegyük azokat igénybe. Mennél kevesebbet manipuláljunk az elölfekvő lepényen, mert minden, nem célszerűen végzett vizsgálat alkalmával ujjunkkal lepény részletet választhatunk le és így újabb vérzést okozhatunk. Az elölfekvő lepénynek kisebb fokaira a mélyen fekvő lepényre és a széli lepényre, ha nem is tapint vizsgáló ujjunk placenta szövetet, az a körülmény hívja fel a figyelmet, hogy a méhszáj felett fekvő burokrészlet helyenkint vastagabb, durvább, érdesebb.

Az elölfekvő lepény kórjóslata úgy az anya, mint a magzat szempontjából, rossz. Az anyai mortalitás placenta praevia esetében, még szakember kezében is, illetve a régi conservativ kezelési módokkal még intézetben is 6—7%. A magzat halálozása pedig 50—60%-ra rug. Még nagyobb veszély fenyegeti azonban a placenta praeviás szülőnőt az általános gyakorlatban vagy nem képzett (gyakorlott) szülész kezében. Idevonatkozó általános gyakorlatból vett külföldi statisztikák 18—20%-os anyai halálozásról tesznek említést. Ez annál is szomorúbb, mert amint látni fogjuk, vannak az általános gyakorlatban is alkalmazható eljárások, melyek megfelelő körültekintéssel és asepsissel végezve, sokkal kevesebb veszteséggel járnak.

Az anyát fenyegető veszélyek: 1. vérzés; 2. fertőzés; 3. és a ritkán előforduló embolia.

Ezek közül leggyakoribb és legnagyobb az *elvérzés* veszedelme, mely a szülés elejétől, annak minden stadiumán át, egész a lepény megszületéséig, sőt azután is fenyegeti a szülőnőt. A szülés elején a méh alsó szakasza visszahúzódik a rajta tapadó lepényről; minden egyes contractio újabb és újabb tapadó felületet választván le, újabb és újabb vérzést okoz, mindaddig, míg vagy erős fájások az elölfekvő részt rá nem nyomják az elől tapadó lepényre s ezáltal össze nem nyomják a vérző edényeket, vagy beavatkozással mi magunk rá nem húzzuk a magzat törzsét a méhűr felől a vérző területre. Ismétlődik és fokozódik ez a vérzés később a magzat megszületése után is, részben azért, mert a méhnek a lepény tapadására szolgáló alsó szakasza még a magzat megszületése után is sokkal renyhébb összehúzódásokra képes, mint a rendes körülmények között erre szolgáló vaskos, izmos felső szakasz. Vérzéseket okoz a lepényi időszakban az is, hogy mint említettük, a méh alsó szakaszán tapadó lepény nem egyszer, nemcsak rendellenes helyen, de rendellenes mértékben is tapad, odanő s így nem válik le. Az anyát fenyegető vérzés oka az is lehet, hogy a rendkívül vérbő, fellazult és szakadékony cervix a magzat megszületése alkalmával bereped. Bár a vérzés rendszerint a szülés elején, sőt már annak megindulása előtt kezdődik és kisebb-nagyobb időközzel a magzat megszületéséig ismétlődik, a halálos kimenetel rendesen a lepényi időszakban, vagy azután következik be.

Ismeretes, hogy szülőnők a vérvesztést általában jól tűrik. Sokszor nemcsak egy liter, hanem másfél liter és ennél nagyobb mennyiségnek elvesztése sem jár súlyos következményekkel. Keservesen fog azonban csalódni az az orvos, aki placenta praevia lepényi időszakában ebben bizakodik, mert ilyen esetekben, sajnos, néha még a rendes szüléssel járó kisebb (3—400 cm^3) vér elvesztése is halálos lehet. Ennek az a magyarázata, hogy a szülőnő már előzőleg is sokat vérzett és alig szedte össze magát, már újból jelentkezett a következő vérzés. Ilyen esetekben a vérképző szervek kimerülése miatt a vér regeneratiója hiányos s az előzőleg sok vért vesztett szülőnő, aránylag kisfokú, további vérzés következtében elvérzik.

2. *A fertőzés* veszedelme elölfekvő lepény esetében azért fokozott, mert már egyszerű belső vizsgálat esetén is a fertőzésre legérzékenyebb, legkényesebb hellyel, a lepény tapadási helyével jutunk éritkezésbe, továbbá, mert csaknem minden esetben többszöri vizsgálatra, műtétre van szükség. Ezért az előbb említett 7% anyai halálozásból kb. 3% a fertőzésre jut.

3. *Légembolia* ritkán fordul elő. Gondatlanul végzett hüvelyöblítésnek, a szülőnő hibás fektetésének lehet a következménye. Bár a legritkábban fordul elő, az orvos szempontjából nagy jelentőségű, mert már a legkisebb gondossággal is elkerülhető. A szülőnőnél végzett hüvely, vagy méhűri öblítésnél a irrigátor csövet csak a légtartalomnak, a vízsugár által való kinyomása után szabad bevezetni és sohasem szabad szülőnőt úgy fektetni, hogy hasában, méhében ilyen alkalommal negativ nyomás legyen. Tilos tehát minden öblítés a szülőnő oldaltfekvő vagy térd-könyök helyzetben; a szülőnő hanyatfekvő helyzetében is meg van a veszedelem, ha felsőteste mélyebben van, mint a medencéje.

A magzati veszteség több mint 50%; okai a következők: 1. A magzatok jórésze fejletlen, koraszülött állapotban jön a világra, mert elölfekvő lepény esetében gyakran már a terhesség vége előtt indul meg a szülés és a vérzés; 2. a szülés alatt a lepénynek már jórésze leválik, a megmaradt még tapadó felület pedig, beavatkozásunk által nyomás alá kerülvén, a magzat vérkeringésében, vérellátásban nagyobb zavart okozhat; 3. a leggyakrabban végzett kezelési móddal, az ú. n. Braxton-Hicks-féle lábrafordítás után a magzatot nem szabad extrahálni az alsó szakasz vérzékenysége, szakadékonysága miatt és így a lábrafordított, de lassan, spontán szüléssel világra jött magzat legtöbbször a szülés alatt meghal.

A therapia célja a veszedelmek elkerülése, vagy legalább is a legkisebb fokra való redukciója. A mondottakból következik, hogy a placenta praeviás szülőnőt, ha már előzetesen nagyobb vérveszteségen ment keresztül, nem szabad újabb vérzés veszélyének kitenni, hanem minél előbb kezelésbe kell venni. Még intézetben sem tudunk újabb vérzést biztosan megelőzni és ezért még ott is csak kivételes, indokolt esetekben van helyén a megfelelő óvatossággal keresztül vitt várakozás.

A szülészeti rendellenességek közül a placenta praevia az, ahol az anya és a magzat érdeke leginkább kerül ellentétbe. A magzat világra hozatalának siettetése fokozott mértékben jár a cervix repedésnek és újabb vérzésnek a veszedelmével. Ezért, valamint azon említett körülmény miatt, hogy a gyakran életképtelen a magzatok megmentésére az esetek nagyobb felében úgy sem számít-

hatunk placenta praevianál *a gyakorlatban* szükség esetén a magzat feláldozása árán is, az anya megmentésére kell törekedni.

Első feladatunk tehát, placenta praevia esetén a vérzés csillapítása lesz. Ennek módja más és más lesz a szülés különböző szakaszában.

1. *Meg nem indult szülés esetében* a placenta praeviás vérzést úgy csillapíthatjuk, hogy a hüvelyt és a hüvelyboltozatot szorosan tamponáljuk s így gazeval, vagy kolpeurinterrel alulról, a hüvelyboltozat felöl helyezzük nyomás alá az előlfekvő lepény tapadási felületét. Ezt akkor végezzük, ha zárt méhszáj mellett lép fel a vérzés. Rendszerint az egész hüvelyboltozatot és hüvelyt szorosan tamponáljuk az ú. n. *Dührssen* dobozban magunkkal vitt steril gaze csíkkal. A tamponálást, ha csak lehet steril feltárás mellett kell végezni, hogy ezáltal is elkerüljük a felvitt gaze-nak a külső nemiszervekkel való érintkezését. Tekintettel arra, hogy a folyadékba mártott és kicsavart gaze, vagy ugyanígy átnedvesített vatta golyók segítségével erélyesebb nyomást lehet kifejteni és az ilyen gaze kevesebb vért is szív magába, némelyek azt ajánlják, hogy ilyen tamponálás előtt a gazet gyenge desinficiens oldattal (¼ ezrelékes sublamin vagy ½%-os lysol oldattal) itassuk át és jól csavarjuk ki.

A tamponálásnak hátrányai és veszedelmei is vannak. Igy egyrészt a fertőzés, másrészt pedig az, hogy a cervixtamponade esetén a gazet felvezető eszközzel esetleg újabb lepényrészt lehet leválasztani. A tamponálásnak káros hatásai miatt a legtöbb szakember a placenta praevia therapiájából a tamponálást teljesen mellőzni, törölni szeretné. Ha a szülőnő intézetbe szállítható rövidesen és a vérzés nem nagy, célszerű a tamponadot mellőzni. A gyakorló orvos azonban vérzés veszélye miatt sokszor rá fog szorulni a tamponálásra. A tamponálás gaze helyett Braun-féle kolpeurinterrel is végezhető. Ha ezt forralt vízzel vagy enyhe desinficiens oldattal megtöltve helyezzük a hüvelybe, evvel szintén nyomást gyakorolhatunk az alsó szakaszon tapadó lepényre. A Braun-féle kolpeurinternek előnye, hogy bevezetése egyszerű s a fertőzés szempontjából is kevésbbé veszélyes ,mint a tamponálás. A gaze-zel, mint ballonnal való tamponálással a vérzést csak rövid időre csillapíthatjuk, addig, míg a szülőnőhöz szakember érkezik, vagy míg megfelelő intézetbe szállíthatjuk.

II. *Megindult, folyamatban lévő szülésnél szóbajövő eljárások:* 1. *a burokrepesztés* megindult szülésnél, koponyafekvés esetében, jó fájások mellett, már bizonyos mértékben kausalisnak mondható therapia. Tudvalévő ugyanis, hogy *részleges, vagy széli placenta praeviánál* ha a burok megreped, egy darabig a placenta további leválása szünetel, mert a lepény követi a méhnek visszahúzódó alsó szakaszát. Burokrepesztés természetesen csak koponyafekvés esetén jöhet szóba, ha nincs térarántalanság és erőteljesek a fájások. Fájások erősítésére adhatunk kisebb adag glanduitrint és a has felkötésével is igyekezhetünk az előlfekvő részt a lepény felületére rányomni. A burokrepesztést előlfekvő lepény esetén tompa eszközzel nem szabad végezni, mert így esetleg még nagyobb részletét választjuk le a placentának. Végezzük tehát fájás alatt golyófogóval, vékony csipesszel, vagy hosszúnyelű Kocher-féle ércsipővel. Ha a burokrepesztés után a fej mélyebbre száll, a vérzés a magzat megszületéséig rendesen szünni szokott.

Olyan esetben azonban, mikor a fej burokrepesztés után nem nyomul le, más eljárást, legtöbbször Braxton-Hicks-féle lábrafordítást végzünk. Ezért fontos, hogy a burokrepesztést is nem kisebb, mint legalább két ujjnyi méhszáj mellett végezzük.

A leginkább elterjedt és az anya szempontjából a gyakorlatban a hozzáfűzött várakozásnak a legjobban megfelel *a Braxton-Hicks szerint való lábrafordítás* és ezáltal a placenta leválási helyének a magzat törzsével (méhür felől) való tamponálása. A magánháznál folytatott gyakorlatban placenta praevia centralis esetén valóban ez a leggyakrabban alkalmazott gyógyeljárás. Mikor a szülés még alig indult meg, a méhszájat két, esetleg három ujjnyi, burkot repesztünk, teljesen előlfekvő lepény esetében, mikor ugyanis a burok nem érhető el, átfurjuk lehetőleg műszerrel a placentát, két ujjal felhatolunk a méh üregébe, megkeressük és lehozzuk az egyik lábat. A húzást addig folytatjuk, míg a magzat fara, ill. törzse rányomul a placentára és a magzat törzse a lepény tapadási helyének összenyomása által csillapítja a vérzést. *Ez akkor következik be, mikor a magzat térdig megszületett.* A műtét kivitele gyakran elég nehéz, különösen, ha a lepény átfurásakor erős a vérzés. Természetesen ilyenkor nincs idő hosszas keresgélésre, lehetőleg gyorsan kell a lábat megtalálni, megragadni és lehozni. Célszerű a műtét előtt a felől tájékozódni, hogy tényleg teljesen előlfekvő lepénnyel van-e dolgunk és nem csupán azért látszik-e centralisnak a placenta, mert a méhszáj még szűk, alig két-három újjnyi. Oldali, vagy széli, szóval csak részlegesen elől fekvő lepénynél ugyanis lehetőleg nem a lepény szövetén, hanem a burkon keresztül fogunk felhatolni. Ha a fordítást befejeztük és a magzat lába térdig megszületett, azt erősen húzni, erőszakosan a szülést befejezni nem szabad, ellenben a lábra akasztott kisebb súly (fél kilogramm) segélyével oly kisfokú enyhe húzást gyakarolhatunk mely, ép elegendő ahhoz, hogy a lábrafordított magzat törzsét a lepény tapadási helyére rányomja.

Aki előlfekvő lepény esetében a combinált műfogással végzett fordítás után extractiót végez, tágabb méhszáj esetén, egy-két esetben talán megmentheti a magzat életét, de ez az eljárás előbb-utóbb a szülőnő elvérzésével bosszulja meg magát. A lepény tapadása folytán fellazult méhszáj és méhnyak könnyen reped, aminek szinte csillapíthatatlan vérzés lehet a következménye. *Ezért hangsúlyozzuk, hogy ennél a beavatkozásnál nem jöhet tekintetbe az amúgy is csökkent életképességű magzat érdeke.*

A Braxton-Hicks-féle lábrafordítást mindenütt meg kell tudni csinálni. Nagy hátránya azonban, hogy alkalmazásánál 80, sőt ennél is nagyobb %-ban a magzat elhal. Ez magyarázza az utóbbi évek azon törekvését, hogy olyan eljárással rendelkezzünk, amely nemcsak az anyát, de a magzatot is megmenti. E téren az első kísérlet az idősebbik *Küstner* nevéhez füződik, ki azt ajánlotta, hogy hysteurintert vezessünk a peteürbe és felülről lefelé a placenta felületére gyakorolt nyomást nem a magzat törzsével, hanem egy a kolpeurinternél erősebb falu ballonnal fejtsük ki. Igy a magzat a ballon által kitágított méhszájon át születik meg. Ennél az eljárásnál a *Champetier*-féle vagy más hasonló ballont magfogóba, vagy erre a célra készült más, tompahegyű fogóba fogva, burokrepesztés után a cervixen át a peteűrbe vezetik. Ezután a ballont steril vízzel, vagy más, nem mérgező, *enyhe* desinficienssel töltik meg és állandó, mérsékelt húzás alatt tartják. Ez kettős cél szolgál. Egyrészt összenyomja az előltapadó, leváló lepényt, másrészt fájásokat vált ki és úgy közvetve, mint közvetlenül tágítja a cervixet. Mire a ballon hatására, erősebb szülőtevékenység folytán a ballon megszületik, legtöbbször a méhszáj is annyira tágul, hogy a magzat cervixrepedés veszélye nélkül világra jöhet.

Küstner iskolájának statisztikája szerint valóban sokkal több magzatot sikerült a peteűrbe vezetett ballon alkalmazásával megmenteni, mint a *Braxton-Hicks*-féle

kombinált lábrafordítással és az ezzel járó spontán szüléssel. *A gyakorlatban azonban ez a beavatkozás még sem vált be annyira,* mint azt várták. Ennek oka részben az, hogy a ballon felvitele, különösen a gyakorló orvos szemében, nem látszik nagyon könnyűnek. Káros következménye a hysteurinternek, hogy a ballonnak, a peteűrbe való bevitele alkalmával a méhszáj repedés jöhet létre és a fertőzésnek is nagyobb a lehetősége. Ehhez járul még, hogy néha a ballon időelőtt, olyankor születik meg, amikor a méhszáj még nem elég tág ahhoz, hogy a magzat világra jöhessen. Ez pedig nagy veszéllyel járhat, mert, ha a méh nem húzódik össze, a ballon megszületése után a lepény leválási helyén nagyfokú, esetleg halálos vérzés indulhat meg. Ha a ballon megszületése után vérzés nincs és a méhszáj még nem elég tág ahhoz, hogy a magzat megszülethessen, esetleg újból nagyobb ballont kell felvezetni. Ez ismét fokozza a fertőzés veszélyét. Ezért mi is úgy véljük, hogy a metreurysissel elérhető néhány százalékkal jobb magzati statisztika miatt nem célszerű az anya életét fokozott veszélynek kitenni. Ez az oka annak, hogy a méhűri ballon-kezelés nem vált általánosan elterjedté.

Ha a tárgyalt eljárások bármelyikét is alkalmazzuk, tudnunk kell azt, hogy a magzat megszületése után az elvérzés veszedelme még nem szünt meg, *sőt a halálos vérzés legtöbbször éppen a lepényi szakban szokott fellépni.* Ezért a lepényi időszakban elölfekvő lepény esetében általában activabban járunk el, mint máskor. Ha vérzés ebben a szakaszban lép fel és a legtöbbször már előzetesen adott, méhösszehúzódást keltő vérzéscsillapító szerek (glanduitrin i. m., esetleg i. v., anyarozs készítmények) nem járnak eredménnyel, azonnal igyekszünk a Credè-féle műfogással a lepényt exprimálni. Ha ez nem sikerül, nem riadunk vissza a lepény leválasztásától sem. Erre elölfekvő lepény esetén már csak azért is könnyebben szánjuk rá magunkat, mert a lepény többnyire részben már le is válva a méh alsó szakaszán, vagy a cervixben van. Szükségessé teszi a lepénynek kézzel való leválasztását még az az körülmény, hogy gyakoribb ilyenkor a lepény rendellenes fokú tapadása; a szó szoros értelmében vett odanövése is (accreta) gyakrabban fordul elő placenta praeviánál.

Célszerű minden olyan placenta praeviás szülőnőnél, aki előzetesen már vért veszített, a magzat megszületése után azonnal aorta compressort (pl. a Sehrt-félét) alkalmazni és a műtéti előkészület alatt, valamint műtét közben a vérzést ily módon csillapítani.

Az utóbbi időben mind nagyobb tért hódítanak a szülészetben is a *sebészi* eljárások. Igy felvetődött a gondolat, hogy elölfekvő lepény esetén kerüljük el az eddig említett és meglehetősen veszedelmes szülési módokat és végezzünk császármetszést. Ezt az eljárást több amerikai szakorvos, később európaiak is ajánlották, különösen *Krönig* és *Sellheim* voltak ennek az irányzatnak úttörői.

A császármetszést eleinte elölfekvő lepény esetében, csak kiviselt terhességnél végezték, később már legtöbbször kora magzat esetében is. A műtétet ugyanis ilyenkor elsősorban az anya érdekében végezzük és ezért az indicatió felállításánál ma is az anya érdeke a döntő. Az a körülmény, hogy császármetszéssel a magzatok tulnyomó részét is sikerül megmenteni, szintén nagy előnye a beavatkozásnak, de inkább csak másodsorban befolyásolja elhatározásunkat. Természetesen a műtéttel a vérveszteségtől akkor kiméljük meg leginkább a szülőnőt, ha a szülés elején végezzük, mikor az elölfekvő lepény nem vált le még tapadási helyéről. A szülés utáni vérzések is akkor lesznek a császármetszés által kisebb mértékre szorítva, ha azt a szülés elején, tehát még az alsó szakasz kitágulása előtt végezzük.

Nem végzünk császármetszést placenta praeviánál sem akkor, ha a szülőcsatorna fertőzött állapotban van, de lehetőleg akkor sem, ha intézeten kívül vagy infectióra gyanús kéz tamponálást végzett. Csak akkor van értelme a császármetszésnek, ha vele a placenta praevia mortalitását tényleg leszállítjuk s nem pedig ha az elvérzéses halál helyett a császármetszés infectiós esetekben való végzésével a fertőzéses mortalitást növeljük. Ma már másoknak is, magunknak is az az álláspontunk, hogy placenta praevia esetében is az ú. n. transperitonealis cervicalis császármetszés jó eredménnyel végezhető. Bizonyos, hogy az esetek megválasztásával és idejekorán végzett műtétekkel a 6—7%-os anyai mortalitást 2—3%-ra és az 50—60 %-os magzati halálozást lényegesen kevesebbre, úgyszólván valamennyi élő, életképes magzatnak a megmentésére lehetne javítani.

Szükség esetén (anaemia bizonyos fokánál) a császármetszés végzése alkalmával az uterus felöl szorosan tamponáljuk a méhet és cervixet, levezetvén a tampon alsó végét a hüvelybe, hogy így a lepény tapadási helyéről a műtét utáni esetleges vérzésnek elejét vegyük. Ezt a tampont nem hagyjuk bent sokáig, 6—8 óra után el lehet és el is kell távolítani.

A hysterotomia anteriort az ú. n. vaginalis, ill. hüvelyen át végzett császármetszést elölfekvő lepény esetében nem végezzük. Ez a mód ugyanis a lepény felülete miatt, mely további repedésre hajlamos, veszélyesnek látszik.

Van azonban a placenta praeviánál a laparotomiának még egy különleges indicatiója is. *Pfannenstiel* és *Ruge* ajánlották, hogy elölfekvő lepény olyan eseteiben, hol a szülőnő már annyira kivérzett, hogy kisfokú, még rendes szüléssel járó vérzést sem bírna ki, laparotomia útján a terhes méhnek magzattal együtt egészben való teljes kiirtását végezzük. Ilyenkor a legminimálisabb vérvesztés elkerülése céljából azonnal a méh kiirtása után vesszük ki belőle a magzatot. E módon is sikerült már több ízben az anya és a magzat életét is megmenteni. Szerencsére ma már ezek a teljesen kivérzett állapotban észlelésre kerülő esetek ritkák és így, ez indicatio alapján csak elvétve kell beavatkoznunk. Magam részéről fiatal s a fogamzási kor elején levő szülőnőnél nem is szánom rá magam könnyen a méh kiirtására és ezért hasonló esetben, egy régebbi ajánlatom szerint laparotomia alkalmával a méhhez vezető edények lefogása után nyitom meg a méhet, majd a méh és cervix szoros tamponálása s a méhseb elvarrása után távolítom el az alkalmazott érszorítókat. Ugy hiszem, hogy ezzel és természetesen az anaemia ellen rendelkezésünkre álló hatalmas eszközökkel (ugyanazon vércsoportbeli vér transfusiója stb.) nem fogok abba a helyzetbe kerülni, hogy fiatal szülőnő méhet kiirtani legyek kénytelen, ami eddig is a legritkább esetben fordult elő.

Mint az elmondottakból látható, a placenta praevia okozta veszedelmeket a gyakorlott, vagy képzett szakorvos, sőt szükség esetén még a nem szakorvos is, megoldhatja. Mindazonáltal hangsúlyozzuk, hogy úgy az anya, mint a magzat szempontjából összehasonlíthatatlanul jobb kilátásai vannak a placenta praeviás szülőnőnek szülészeti intézetben. De érdeke minden lelkiismeretes orvosnak is, hogy az ily vajudót intézetbe szállítsa, mert még szülőintézetben is alig van több felelősséggel, veszedelemmel és nehézséggel járó probléma, mint a placenta praeviás szülés. Az intézeti szülések eredményei azonban csak akkor lesznek igazán várakozásunknak megfelelőek, ha e szülőnők a szülés minél korábbi stádiumában és asepticus, nem inficiált állapotban kerül csak szülészeti intézetbe.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. sebészeti klinikájának (igazgató: Bakay Lajos dr., egyet. ny. r. tanár) közleménye.

Magyarországi haemophil családok.*

Irta: *Kubányi Endre dr.*, egyet. magántanár, adjunctus.

A hazánkban élő haemophil családok felkutatásával és nyilvántartásával a vérzékenység kérdésének megszervezett tanulmányozását kívánjuk elősegíteni. Célunk kettős: tudományos és gyakorlati. Részben a haemophilia és a vércsoportjelleg correlatiójára vonatkozó eddigi vizsgálatainkat akarjuk széles alapon folytatni, s az eddig talált örökléstani következtetések részére tágabb összehasonlítást teremteni. Másrészt a gyakorlat számára Bakay Lajos professor vezetése alatt álló sebészeti klinikán a centralisáltan lajstromozott családtagokat egységes prophylaxisban, adott esetben egységes klinikai therapiában kívánjuk részesíteni.

A haemophilia szószerint vérzékenységi hajlamot jelent, az elnevezés ezzel azonban jellegzetes tünetei közül csakis az egyiket emeli ki. A vérzékenység maga a haemorrhagiás diathesisek csoportjába tartozó kórképeknél is domináló sajátosság, így a név differential-diagnosticai szempontból nem egészen szerencsés. Ezzel magyarázható, hogy sokszor haemophilia elnevezéssel jelöltek meg oly megbetegedéseket, melyek valójában nem voltak azok. „Minél jobban mélyítjük ki ismereteinket a haemophiliáról, annál inkább alakul ki előttünk ezen kórforma egyedülállósága s annál élesebben válik ki a haemorrhagiás diathesisek gyűjtőfogalma alá összevont betegségek közül." *(Schloessmann)*.

A haemophilia *diagnosisa* nagy vonásokban; klinikumának rendkívüliségéből, a vérzékenység mechanismusából és kifejezett öröklési characteristicumából adódik össze.

A vérzékenységi hajlam tünetcsoportja a legszembetünőbb. Az empyria megnyilatkozásában és tartósságában egyénenkint, jobban mondva családonkint különböző typusok jellegzetességére mutatott rá. Vannak, akiknél minden trauma nélkül spontán súlyos fogmedri-, vese-, bélvérzések indulnak meg: másoknál minimalis sérülés a kiváltó ok, ami után hetekig tartó, csillapíthatatlannak látszó haemorrhagiák lépnek fel; míg másoknál az ízületi vérzések dominálnak, melyek azután ízületi merevségekre, nyomorékságra vezetnek. Minél több családtag részese a betegségnek, annál inkább szembetünő a családot jellemző typus *(Merzbacher, Schloessmann)*. Ezen jellegzetességre saját következtetéseinknél utalni kívánunk.

A vérzékenység praevaleáló tünete természetszerűen a *haemophiliás vérnek* a vizsgálatát eredményezte. A felvilágositást mindenki *magától a vértől*, annak alkotórészeitől várta. Ma, hosszú évtizedek kiterjedt munkássága után ott tartunk, hogy még mindig nincs birtokunkban oly jellemző laboratóriumi módszer, amellyel e kórképet a haemorrhagiás diathesisek többi kórformájától el tudnók különiteni. Kétségtelen, positiv jelet csak egyet ismerünk: a néha órákig *elhuzódó* véralvadást. És ennek magyarázatával is adósak vagyunk. Az eddigi feleletek csak hypothesiseken nyugszanak. A kérdés annál nehezebb, minthogy a physiologiás véralvadás lefolyásáról sem egységesek a vélemények. Az eltérés két szempontból figyelhető meg *(Sahli)* az egyik az alvadási időtartam elhúzódása, a másik a csekélyeb alvadási productum. A meglassúbbodott alvadás mindenkor az individuumhoz kötött tág határok között mozgó tulajdonság. Ugyanazon egyénnél az életkorral, máskor az időszakokkal, még máskor periodusos időközönkint változó. Egyeseknél csak percekkel különbözik a normalistól, másoknál órákkal. Az alvadási productum eltérése a fibrinthrombusok összeállításában, illetőleg szakadozottságában nyilatkozik meg.

Nincs még olyan kórkép, melynél kiterjedtebben végeztek volna különböző vérvizsgálatokat, mint éppen a haemophiliánál. Ezt tanúsítja a legutóbbi 40 év haematologiai munkássága. A haemophiliás vérnek sokoldalú vizsgálata végeredményben arra a megállapításra vezetett, hogy morphologiailag jellemző eltérés nem mutatható ki; a vérlemezkék száma (egyes eseteket kivéve) a fibrin mennyisége ingadozó; a calciumtartalom szintje a normalistól eltérést nem mutat *(Moravitz, Sahli, Opitz, Nolf, Klinger, Hartmann, Feissly)*. A vérzési idő mérése sem vezetett ismertetőjelre *(Duke)*. A qualitativ és quantitativ mérések, a vérplasma vizsgálata tehát nem tudott positiv differential-diagnosticai elkülönítést adni. A feltevés az, hogy ha a számbeli eltérés nem is eredményez elkülönítő jelet, az egyes alakelemek *teljesítőképességében* kell lennie a különbségnek. A haemophiliának constitutionalis eredete így egészen a sejtegyedekig vezethető vissza.

A vérzékenységi hajlam és a vérzés mechanismusa mellett a haemophilia harmadik ismertetője: az *örökléssel való kapcsolat*. Két fenomen volt az, ami már évszázadok óta az örökléssel való összefüggésére hívta fel a figyelmet. Az egyik, hogy férfiak részesei ennek az egész életre szóló betegségnek, a másik, hogy az átöröklés a család női tagjai által vitetik tovább. Az empyricus észlelés idővel törvények megszerkesztésére vezetett, melyek eddig kétféle fogalmazásban és egyúttal kétféle értelmezésben ismeretesek. A *Nasse*-féle törvény (1820) „Haemophiliás családból származó nők apjuktól átviszik a vérzékenységi hajlamot gyermekeikre még akkor is, ha egészséges férfival kötnek házasságot, az asszonyok maguk, egyáltalában az asszonyok, sohasem részesei a betegségnek." A *Lossen*-féle törvény (1877.) „A vérzékenységi hajlamot csakis a nők viszik tovább, akik azonban önmaguk nem betegek, csak férfiak haemophilek, akik azonban, — ha egészséges nővel lépnek házasságra, a betegséget nem viszik tovább."

A két törvény egymással szemben lényegbei eltérést tüntet fel. *Nasse* szerint a haemophiliás apáról, azok lányai fiaikra viszik át a betegséget. *Lossen* szerint — aki szabályát a heidelbergi Mampel-család öröklési sorrendjéről állapította meg — a vérzékenységi hajlamot az anyáról, annak leánya annak fiára viszi tovább. Tulajdonképen nem is ellentmondással állunk szemben, mert mindegyik törvény arról a családról szól, melyet a szerző vizsgált. Igy az egyik nem zárja ki a másikat. Mint minden örökléstani problemára, úgy itt is a végleges feleletet csakis tömeges vizsgálatok adhatják meg. *Grandidier* a világirodalomban 1877-ig ismertetett eseteket, földrajzi fekvésük szerint csoportosította és azt találta, hogy Németországban 93, Angliában 46, Franciaországban 20, Észak-Amerikában 15, Oroszországban 7, Svájcban 5, Svéd-Norvégiában 3, Hollondiában 2, Dániában 1 olyan család van, melyek haemophil leszármazottal bírnak. 1911-ben *Bulloch és Fildes* 171 család adatait gyűjtötték össze. Ezek közül 160 ízben a betegség *Lossen* törvénye szerint a conductor anyák útján vitetett tovább, 7 ízben *Nasse* törvénye szerint a haemophil nagyapáról annak leánya útján a fiúra, 4 esetben pedig magáról az egészséges apáról a fiúra. *Schloessmann* 1930-ban megjelent monographiájában 8 oly württembergi családról számol be, melyeknél az öröklés a *Lossen*-féle törvény szerint történt és 5 olyan családról, melyeknél ezen törvénytől eltérés volt konstatálható. Az utóbbiak közül 4 esetben

* A Magy. Tud. Akademia kutatási segélyében részesült munka. — A Budapesti kir. Orvosegyesület 1931 február 7-iki ülésén megtartott előadás.

a *Nasse*-féle törvény szerint, egy esetben pedig a haemophil nagyapáról annak dédunokájára történt volna az öröklés. De sohasem apáról egyenesen a fiúra. Ha számbeli összehasonlítást teszünk, úgy azt kell konstatálnunk, hogy sokkal több azoknak a szerzőknek a száma, akik az öröklést a *Nasse*-féle törvény szerint észlelték. *(Grandidier, Ribbert, Plate, Rieboud).* Különös érdekességet kell tulajdonítanunk *Hossly* észlelésének, aki az irodalomban Bluter von Tenna néven ismeretes 400 családtagot számláló törzset állította össze. Ezen családban az egyik haemophiliás férfi kétszer nősült, a második felesége kétséget kizáróan nem származott haemophiliás családból és ezen házasságból is olyan leány született, akinek a fia a haemophiliát örökölte.

Az eddigi vizsgálatok azt mutatják, hogy az öröklés kétségtelenül az esetek legnagyobb részében követhető törvényszerűséggel történik. Kétségtelen azonban, hogy kivételek is vannak. Ha ezen utóbbiak felől a homályt valamiképen el akarjuk oszlatni, úgy elsősorban fenntartással kell fogadnunk a régebbi szerzők egyes kisebb családfáiról adott jelentéseket. Csakis azon családfákat fogadhatjuk el bizonyító erővel, *melyek több generatio áttekintését adják;* másodsorban nem mellőzhetjük az ú. n. *sporadicus haemophiliák létezését.* Ezekről pedig sohasem tudhatjuk, hogy nem tartoznak-e azon öröklési typusok közé, *melyek csak több generation ütnek át?* Épen ezért a *Nasse* és *Lossen*-féle törvényt követő családfák mellé mint harmadik typust az eddig részleteiben kevésbbé ismert *sporadicus* formát is fel kell vennünk. S ezzel egyben a haemophilia kérdésében sok olyanra kaphatjuk meg a feleletet, ami másképen érthetetlennek látszanék. A sporadicus haemophiliára a magyarázatot a mutatio elmélete adja meg. *„De Vries* nagyjelentőségű felfedezése óta tudjuk azt, hogy tiszta fajokon belül, melyek állandóságát az öröklésnek ú. n. constans alakja biztosítja, időnkint egyének látnak napvilágot, melyek bizonyos sajátságban eltérnek elődeiktől, és melyek új sajátságokat átörökíteni képesek. Az öröklés egyhangúságának, ilyen többnyire ismeretlen okból bekövetkező megszakadása *mutationak* neveztetik. Az új sajátság kóros is lehet és a haemophilia is ilyen természetű lehet. Ha e változás bekövetkezik, a haemophilia, mint családi betegség útban van és megjelenik az első, egyelőre *isolált* eset" *(Korányi).*

A *Nasse* és *Lossen*-féle törvény (sőt ez néha a sporadicus formák megjelenésében is felismerhető), a haemophilia főjellemvonásaként az *átöröklést* állítja elénk. Ezenkívül a vérzékenység megjelenésének tárgyalásánál már alkalmunk volt rámutatni, hogy a *vérzések typusában* családonkint ugyancsak bizonyos mértékben jellegzetesség figyelhető meg. „A haemophiliát nemcsak öröklékenysége, de az öröklésének egész határozott typusa is characterisálja". *(Korányi).*

Ezen határozott tulajdonságok azok, melyek bennünket egy újabb characteristicum kutatására irányítanak. Feltevésünk az, hogy ha haemophiliánál úgy a vérzés megjelenése, mint a vérzés mechanismusa (lassú véralvadás, szakadozott vérplasma), végül pedig az öröklés sorrendje félre nem ismerhető szabályszerűséget tüntet fel, *vajjon akkor nem mutatható-e ki törvényszerűség a haemophilia és a vércsoportjelleg correlatiójában?* Különösen akkor, amikor physiologiás körülmények között a szülő és gyermek vércsoportátöröklése közismerten megszabott törvényszerűséggel történik. Eképen reményünk lehet arra, hogy ezen vizsgálatokkal a haemophilia öröklési tanulmánya egészen új oldalról nyer megvilágítást.

Mielőtt saját észleléseink tárgyalásába kezdenénk, mindenekelőtt egészen röviden vázoljuk azokat a megállapításokat, melyeket physiologiás körülmények között a vércsoportok átöröklésérőt a tudomány, mint általános tételeket fogadott. Anélkül, hogy ezen tételek alappillérjeire vonatkozó hypothesisek magyarázatába belemélyednénk *(Dungern—Horschfeld, Bernstein),* egyszerűen a végeredményeket állítjuk ide.

A gyermek vércsoportja a szülők vércsoportjától függ. Vannak combinatiók (pl. O x O. O x A), amelyeknél a gyermek csakis ezen vércsoportok egyikét örökölheti. Vannak viszont combinatiók (pl. A x A, A x B, O x AB), melyeknél a gyermek vércsoportja olyan is lehet, mely sem az apa, sem az anyáéval nem egyezik.

A különböző házassági combinatiók és az ezekből eredő vércsoport-lehetőségeket az alábbi táblázat érzékíti:

Szülők	Gyermekek vércsoportja			
O × O	O	A		
A × A	O	B		
B × B	O	A		
O × A	O	B		
O × B	O	A		
A × B	O	A	B	AB
O × AB	O	A	B	AB
A × AB	O	A	B	AB
B × AB	O	A	B	AB
AB × AB	(O)	A	B	AB

A vércsoportok hazai százalékos előfordulására nem terjeszkedünk ki. Utalunk *Verzár, Verzár* és *Weszecky, Méhely* és *Jeney munkáira.*

Amennyire kidolgozott már az a tétel, hogy a szülők vércsoportjától függ a fent megjelölt esetekben a gyermekek vércsoportjainak jellege, épp annyira kérdés még, hogy a különböző megbetegedések correlatióba hozhatók-e a vércsoportokkal. *Hüttl* álláspontját kell elfogadnunk, aki a vércsoportkarakter átöröklésének jelentőségét csupán a constitutionalis betegségeknél ismeri el.

Mindezek előrebocsájtása után térünk rá a „Haemophiliás factor" és a vércsoportjelleg correlatiójára vonatkozó saját vizsgálatainkra. Legelső ily irányú észlelésünkről 1926-ban (O. H. 1. sz. és Klin. Wochenschr. 321. o.) számoltunk be. Egy Pécs vidéki haemophiliás betegünkkel kapcsolatban, — akinek családfájáról semmiképen sem sikerült viszamenő adatokat szerezni — megfigyelés tárgyává tettük, hogy a beteg vércsoportja és a család többi tagja, ú. m. anya, leány és egészséges fitestvéreinek vércsoportja között minő összefüggés állapítható meg. Ezekből az tünt ki, hogy az anya, annak leánya — tehát a *női ág* — és a mi haemophiliás betegünk egy azon csoportba A. tartoznak, ezzel szemben a többi négy egészséges fiú az apa B. vércsoportját örökölte. Ezen kisszámú család vizsgálatát természetszerűen csak, mint első adatot tekintettük. A felvetett kérdés tanulmányozását azonban érdemesnek tartottuk s úgy gondoltuk, hogy egy olyan haemophiliás törzsön végzendő vizsgálatok adnák a legkomolyabb eredményeket, amelyeknél a haemophiliás öröklés minden kétséget kizáróan el van ismerve. Ezért nem hazai új családok után kutattunk elsősorban, hanem a legalkalmasabbnak az irodalomban, mint a haemophilia példaképen álló heidelbergi *Mampel* családot választottuk ki észleléseink folytatására. Miután *Bakay Lajos* professzor a heidelbergi klinika igazgatójától *Enderlen* professortól az engedélyt számomra megszerezte, kiutaztam ezen család megvizsgálására. Ezen törzs annál is inkább alkalmasnak bizonyult a vizsgálatra, mert 1827 óta — több mint 100 éve tehát — állandóan a heidelbergi egyetem felügyelete alatt áll, annyira, hogy az egyetem székhelye mellől nem is mernek elköltözni. A *Mampel* törzset ezen munkánkban csak mint összehasonlító médiumot említjük fel. A pontos adatokat az O. H. 1927. évi 21. szám és Klin. Wochenschr. 1927. évi 1517. o. alatt részletesen ismertettük.

Következtetéseink levonásánál igyekeztünk a legtartózkodóbbaknak maradni. Tárgyilagosan csupán az adatokat szegeztük le, melyeket röviden ismétlünk:

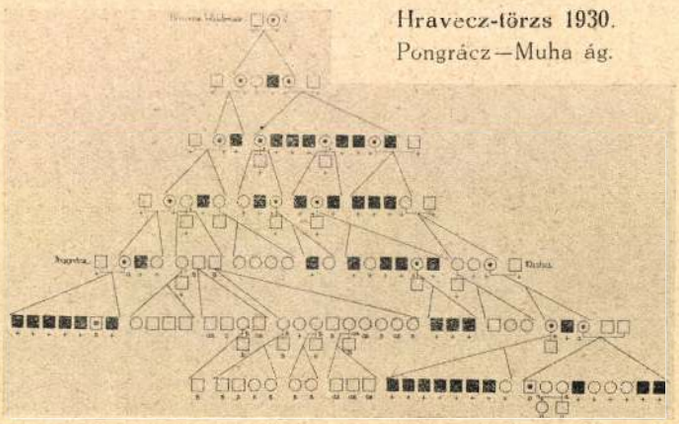
az élő haemophilek egy és ugyanazon vércsoportba O. (IV.) tartozóknak bizonyultak. Az egész családban nem fordult elő olyan férfi, aki ebbe a csoportba tartozott volna és ne lenne haemophil.

Az egész törzsben csupán A. (II.) és O (IV.) vércsoport szerepel, amennyiben — a véletlen folytán — azon férfiak, akik beházasodtak, ugyanezen vércsoportokkal bírnak

Hogy ezen véletlennek mennyiben lehet fontosságot tulajdonítani, az is egyike azon kérdéseknek, melyek igen kiterjedt észlelések után válaszolhatók csak meg. Ezen problémára vonatkozólag utalunk *Méhely Lajos* professor kiterjedtebb munkásságára.

Saját észleléseinkkel összegyűjtött családfáink közül legelsősorban azokat tárgyaljuk, melyeknél a *Mampel*-családhoz hasonló öröklési sorrend volt konstatálható. (*Lossen* törvénye szerinti öröklés.) Mint ezzel teljesen megegyezőt legelsősorban a *Hrawecz* törzset vesszük elő. Ezen törzs visszamenőleg hét generatión át volt követhető. Jelenleg két haemophiliás él, ezek egyike *Muha János*, aki *Manninger* professor szerint „a haemophiliás megnyilatkozásának minden átkával terhelt." Fogmedri, orr, vesemedence vérzései csaknem periodicusan ismétlődnek. Izületi bevérzései miatt pedig két ízben fél évnél hosszabb időt kellett ágyban töltenie. — Ugyanezen törzs másik ágának leszármazottja *Pongrácz Mihály* a haemophiliának *Muha János*-sal teljesen megegyező kórképének viselője. Számtalanszor megismétlődő, ugyancsak fogmedri, orr és vesemedence vérzésével *Kétly* professor vezetése alatt álló klinikának mindenkori betege.

Hrawecz-törzs. A *Hrawecz* törzsben 138 családtagból álló családfát sikerült recapitulálnunk. A törzsben 41-en haltak meg haemophiliában. Orrvérzésben 18, kisebb sérülés után 8, üvegszilánkból eredő vérzésből 2, nyelvharapás után 2, kutyaharapás után 2, kartörés után 1, foghúzás után 5, lóharapás után 1, vérhányás után 1. A család



Hravecz-törzs 1930.
Pongrácz—Muha ág.

Jelzések:

▪ = élő haemophyl
■ = meghalt „
□ = nem haemophyl férfi
⊙ = conductor
○ = női családtag
AB. A. B. O. = vércsoportok.

jelenleg is élő két haemophiliás tagja közül az egyik *Hrawecz Teréz* leszármazottja *(Pongrácz Mihály)*, a másik *Hrawecz Anna* leszármazottja *(Muha János)*. Amint már említettük, feltünően jellemző mind a két élő haemophilre, hogy a vérzékenység megnyilatkozása majdnem teljesen egyenlően súlyos jellegű.

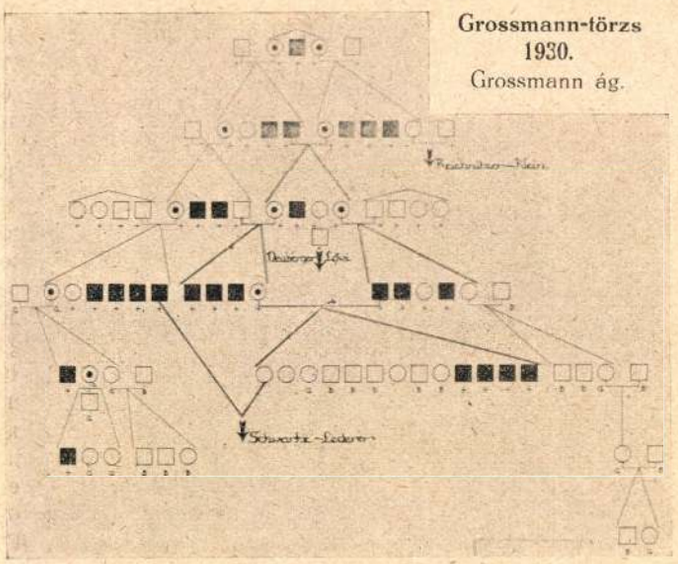
Vércsoportvizsgálataink azt mutatják, hogy a két élő haemophil az O csoportba tartozik, olyan férfi családtag nincsen, aki ebbe a csoportba tartozna és ne lenne haemophil.

A ma élő haemophil *Pongrácz Mihály* édesanyja *Pongrácz Jánosné* és a ma élő haemophil *Muha János* édesanyja *Muha Mária* A. csoportba tartoznak. *Muha Máriának* 10 gyermeke közül 3 halt el haemophiliában, 1 haemophil él. Különösen érdekes, hogy valamennyi gyermek törvénytelen házasságból származott, *Muha Mária* bemondása szerint több apától.

Ebben a törzsben követendő lesz *Florek Ilona* 4 éves leánygyermek utódainak vizsgálata, amennyiben ez a fiatal leány és édes anyja, valamint édes apja az A. vércsoportba tartoznak. A családban több A. vércsoportbeli nő nincsen.

Anélkül, hogy messzebbmenő következtetések levonására jogosítottnak éreznénk magukat, csupán azt akarjuk megállapítani, hogy ebben a családban az öröklés és a vércsoportjelleg közötti korrelatio teljesen megegyezik azzal, amit a *Mampel* családban volt alkalmunk megállapítani.

Grossmann-törzs. (Grossmann-ág). A 80 tagot számláló ágból a haemophiliában meghaltak száma 25. Ebből



Grossmann-törzs
1930.
Grossmann ág.

Jelzések:

▪ = élő haemophyl
■ = meghalt „
□ = nem haemoph. férfi
○ = conductor
○ = női családtag
∧ = unokatestv. házasság

AB. A. B. O. = vércsoportok.

11 a circumcisio sebéből megindult vérzésből, illetve ennek néha egy évig is elhuzódó és vissza-visszatérő haemorrhagiájából véreztek el. A többi 14 anamnesisben is 5 ízben szerepel a circumcisio után fennállott hosszantartó vérzés. 1 orrvérzés, 2 szúrás, 1 késsel történt sebzés, 1 nyelvharapás, 1 foghúzás, 1 kartörés, 1 szemsérülés, 1 kutyaharapás, 1 pedig műtét utáni vérzésben halt el.

Ebben az ágban jelenleg élő haemophil nincsen.

A vércsoportvizsgálatra vonatkozólag azt lehetett megállapítani, hogy a nem haemophileken végzett vizsgálatok teljesen megegyeztek azokkal az észlelésekkel, amelyek úgy a *Mampel*, mint *Hrawecz* törzsnek nem haemophil tagjai mutattak.

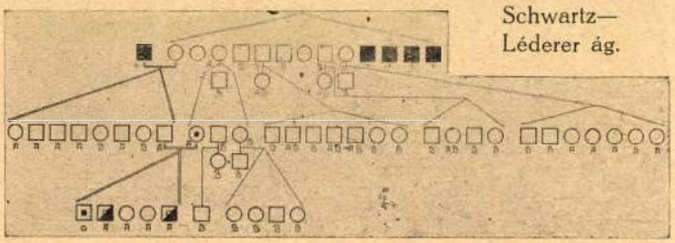
Az utolsó három generatióban a conductor anya *Schwartz Janka* és annak férje *Rubinstein Pinkász* mind a ketten A. csoportba tartoznak. *Rubinstein Málit Fekete Mór* vette el nőül, mindketten A. csoportbeliek. A fenti két házasságból 1—1 haemophil fiú született. Ezzel szemben ott, ahol ugyanezen ágból származó

és ugyancsak A. csoportba tartozó *Rubinstein Fánit* a B. csoportba tartozó *Stern István* vette el feleségül, a gyermekek nem haemophilek. De ezt mutatja a családban végzett további vizsgálat is, amennyiben ott, ahol az A. csoportbeli *Léderer Gizellát* a B. csoporthoz tartozó *Kohn Árpád* vette nőül, az utódok nem haemophilek és B. csoportba tartoznak.

Igen jellemző erre a törzsre, hogy öt ízben *elsőfokú*, egyszer pedig *harmadfokú* unokatestvérek kötöttek házasságot. Ezekből az unokatestvér házasságokból folytatódó leszármazottak széles kiterjedésben vitték tovább a terheltséget. Amikor mi a ma élő haemophilek bemondása alapján megindítottuk a családfák összeállítását, két ízben a családtagok tudta nélkül jöttünk rá, hogy az alább felsorolandók valamennyien egy nagy családnak a tagjai. Ez a hatalmas törzs egymagában szinte áttekinthetetlen s ezért mi négy ágazatban kívánjuk demonstrálni. A Grossmann törzset Grossmann ág, továbbá Reichnitzer—Klein; Neuberger—Lőwi (unokatestvér házasság) és Schwartz—Léderer (unokatestvér házasság) ág cím alatt tárgyaljuk.

Grossmann-törzs. (Schwartz—Léderer-ág). Az 59 tagból álló ágban 6 haemophiliás haláleset fordult elő.

Grossmann-törzs 1930.



Jelzések:

■ = élő haemophil
■ = meghalt „
□ = nem haemoph. férfi
⊙ = conductor
○ = női családtag
◪ = pseudohaemophil

AB. A. B. O. = vércsoportok.

Közülük 3 már a circumcisio utáni vérzésből, 1 kartörés, 1 pedig szúrt sebből vérzett el, a ma élő *Schwartz Lajos* 23 éves. Jellemző, hogy szülei és nagyszülei elsőfokú unokatestvérek voltak, azaz úgy az apja, mint az anyja valamint nagyanyja és nagyapja a Grossmann törzsből származtak.

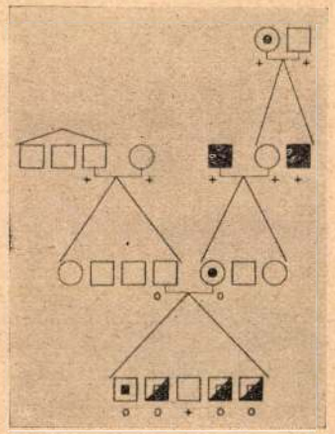
A családban megejtett 52 vércsoportvizsgálat azt eredményezte, hogy a ma élő súlyos haemophil *Schwartz Lajos* a Mampel typusnak megfelelően O. vércsoportba tartozik, a beteg anyja és apja ugyancsak a Mampel typusnak megfelelően A. csoportbeliek. Az 59 tagot számláló családban más O. vércsoportba tartozó nincsen. Testvérei közül két fiu és két leánytestvér az A. csoportba tartozik. A fiúk életében többször fordult elő a normálisnál valamivel súlyosabb vérzés.

A család nem haemophil többi tagjai a B. és AB vércsoportba tartoznak. A családban nincsen több olyan nőtag, aki a conductorokra jellemző A. csoportba tartozna és férjhezment volna.

Grossmann-törzs. (Neuberger—Lőwi-ág.) A 21 tagból álló családban 2 halott haemophilről tudnak. 1 orrvérzés, 1 foghúzásban halt el. 1 súlyos haemopil él, akinek 3 testvérét pseudohaemophil jelzéssel kellett ellátni. Itt is a legidősebb fiú a súlyos beteg, a többi 3 főleg a circumcisio után vérzett hosszabb ideig. Csupán a haemophil legközelebbi hozzátartozót vizsgálhattuk. Valamennyien O. csoportba tartoznak.

Grossmann-törzs 1930.

Neuberger—Lőwi ág.



Jelzések:

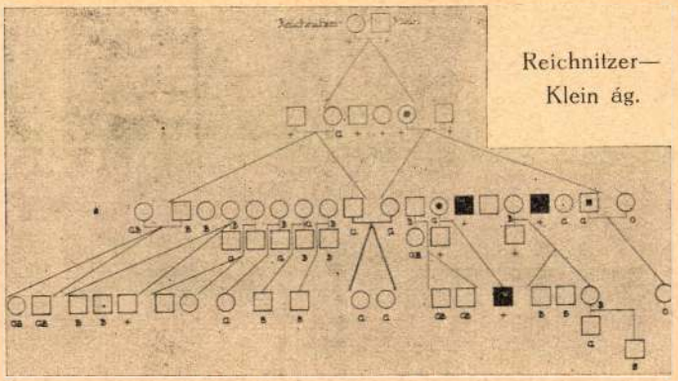
□ = élő haemophil
◪ = meghalt „
◪ = pseudo „
□ = nem haemoph. férfi
⊙ = conductor
○ = női családtag

AB. A. B. O. = vércsoportok.

Grossmann-törzs. (Reichnitzer—Klein-ág). Az 57 tagot számláló családból haemophiliában meghaltak száma 3. Kettő circumcisio utáni vérzésből, 1 pedig két és fél éves korában orrvérzésben halt el. A családban megejtett vércsoportvizsgálatnak száma 38. Az élő haemophil vércsoportja nem O, úgymint a többi ágakban, hanem A, az a vércsoport tehát, mely a conductorokra volt jellemző. O. vércsoportba tartozó férfi egyáltalában nincsen. A család nem haemophil tagozatában 6 nő B. vércsoportba tartozik.

Jellemző a családra az az unokatestvér nazasság, ahol A. csoportbeli leányt A. csoportbeli vett el nőül. Ebből a házasságból 2 leány született, akiknek a vércsoportja ugyancsak A. A jövő kérdése, hogy ezek milyen vércsoportbeli férfivel kötnek házasságot, s hogy conductoroknak bizonyulnak- e majd.

Grossmann-törzs 1930.



Jelzések:

■ = élő haemophil
■ = meghalt „
□ = nem haemoph. férfi
⊙ = conductor
○ = női családtag
⋀ = unokatestv. házasság

AB A. B. O. = vércsoportok.

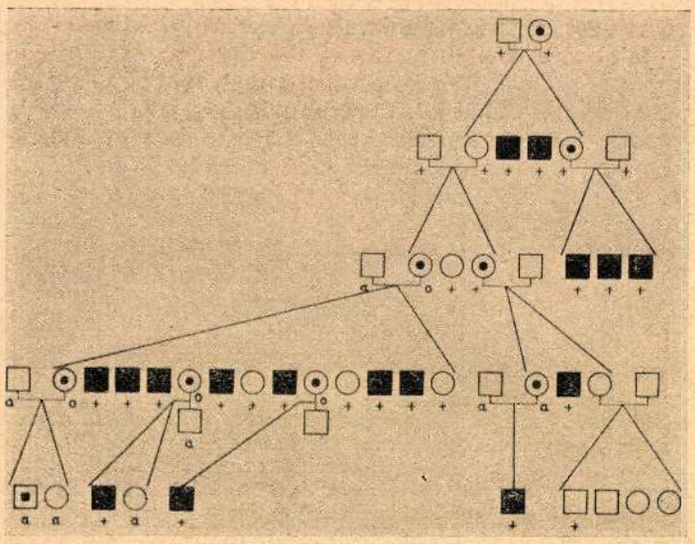
Pletser-törzs. A *Pletser* törzsben a haemophiliás átöröklésben ugyancsak konstatálható szabályszerűség, de ez eltér attól az 5 családnak a jellegétől, amit mi Mampel-typusú öröklésnek neveztünk. A 48 családtagot számláló

Pletser törzsben 16 haemophil halálozás fordult elő. Öt kisebb sérülésből eredő, 3 vágott sebből, 2 orrvérzésből, 1 kutyaharapásból, 1 lábtörésből, 1 zúzott sebből, 1 foginyvérzésből, 1 nyelvharapásból, 1 pedig üvegszilánkkal való sérülésből eredő vérzésben halt el.

Jelenleg egy élő haemophil ismeretes a családban, a 8 éves *Erdélyi János*. Haemophil charactere súlyos, fejlődésben visszamaradt. Összesen 12 vércsoportvizsgálatot végeztünk a családban. A ma élő haemophil A. csoportba tartozik, tehát abba, ami a conductorokra jellemző vércsoport. Eltért tehát a Mampel typusú vércsoport átörökléstől. Egyelőre az adatok összegyűjtésével kell ebben a családban is megelégednünk.

A vázolt családfákon kívül még 12 törzs adatainak összegyűjtésén dolgozunk, melyek törzsfáinak összeállítása legközelebbi feladatunk. *Rotter-, Febser-, Jäger-, Blum-, Frühwald-, Timár-, Szabó-, Lengyel, Szilasi*, stb. Az adatok beszerzésének munkájáért legnagyobb részt *Pável Dezső* IV. éves orvostanhallgatónak tartozunk hálával.

Pletser-törzs 1930.



Jelzések:

□ = élő haemophil ◔ = conductor
■ = meghalt „ ○ = női családtag
□ = nem haemoph. férfi
AB. A. B. O = vércsoportok

Tudomásunk szerint Magyarországon 18 súlyos és 30 könnyebb haemophiliás él. Mindezek adatait, oldalági rokonságát a II. számú sebészeti klinikán nyilvántartjuk. Mint beveztő sorainkban jeleztük, a segítségért hozzánkfordulókat teljesen egységes profilaxisban és kezelésben részesítjük. *Ez munkánk gyakorlati célja.*

Problemánkkal szorosan összefüggő tétel az a kérdés, hogy a haemophilia öröklése és vele összefüggésben a vércsoportok viselkedése milyen vonatkozásban áll az ismert Mendel-féle törvénnyel? A különböző színű borsó szemek elültetése és kivirágzása, majd pedig újabb elültetése és kivirágzása a törvényszerűség leolvasását és controllálását aránylag *rövid idő alatt teszi lehetővé. Ezzel szemben a haemophil terheltség és vele összefüggésbe hozott vércsoportok vizsgálatára emberöltők szükségesek.* Igy *tudományos* szempontból egyelőre be kell érnünk a pontos adatgyűjtés megkezdésével.

A székesfőv. Madarász-utcai kórház csecsemő- és gyermekosztályának (vezető-főorvos: Flesch Ármin dr., egyet. magántanár) közleménye.

A concentrált cukoroldat értéke a csecsemők vízveszteségének kezelésében.

Irta: *Flesch Péter dr.*

A különböző életkorban a szervezet vízszükséglete különböző, legnagyobb azonban aránylag a csecsemőkorban. Éppen ebben a korban igen gyakori, hogy a szervezet hirtelen vízben elszegényedik. Ennek oka sokféle lehet, de az esetek legnagyobb részében a hasmenéssel (esetleg hányással) járó megbetegedések váltják ki ezt az állapotot. Ilyen megbetegedések — mint tudjuk — lehetnek alimentaris eredetűek, ezek közt a legsulyosabb alak az intox. alim.; lehetnek továbbá infectiosus eredetűek és pedig enteralisak, melyek legfőbb képviselője a dysenteria; valamint parenteralisak (bronchitis, pyelitis, pyodermia).

Mindezen esetben a szervezet nagy vízveszteséget szenvedhet el s beállhat az az állapot, amit exsiccosisnak nevezünk. Az exsiccosist többnyire súlyos toxicus tünetek kísérik, bár — hangsúlyozni kell itt, hogy az exsiccosis még nem jelent toxicosist; ennek kifejlődéséhez még a fehérje intermediaer anyagcsere-zavara is szükséges. Különösen elősegíti a toxicosis kifejlődését a lázas állapot, amidőn is a szervezetnek vízszükséglete nagyobb. Legszembeötlőbb tünet minden nagyobb vízveszteségnél a nagyfokú súlyzuhanás; egyes súlyosabb esetben több száz gr-ot is veszíthet sulyából naponta az ilyen csecsemő. Ez pedig nem közömbös, amennyiben tudjuk, hogy az egyszer elért testsúly egyharmadának elvesztése a csecsemő életben maradási lehetőségét a minimumra szállítja le (*Quest*-f. szám). Természetesen itt különbséget kell tennünk aszerint, hogy ez a súlycsökkenés hirtelen jött-e létre, vagy pedig lassan, fokozatosan.

Tudjuk, hogy a toxicus tünetek pathogenesise még ma is vitatott kérdés és erre nem is akarunk részletesen rátérni, csupán azzal foglalkozunk, miként kezeljük a csecsemőt a toxicus tünetek (eszméletlenség, öntudatlanság, láz) megjelenése esetén, míg a desintoxicatio be nem áll. A főcél mindenesetre a vízveszteség megakadályozása, ill. pótlása. A legegyszerűbb eljárás a *Monrad* által ajánlott vízitatás napokon és napokon át, melytől ő jó eredményeket látott. *Finkelstein* a vízveszteség megakadályozására szintén csak teát (vizet) ajánl. Bizonyos fokban aggályosnak tartja, hogy a vízbe sóoldatot tegyünk, mint aminő pl. a *Heim—John*-f. só (NaCl 5,0 gr, $NaHCO_3$ 5.0 gr. Aqua dest. 1000.0 gr.), vagy a sókat tartalmazó *Moro*-f. sárgarépa levest adjunk. Ezek szerinte is alkalmasak ugyan arra, hogy a nagyfokú súlycsökkenés kimaradjon és emellett a láz is leszálljon. De minthogy a NaCl lázkeltő hatású lehet, ezért használata többször kárt okozhat. Csakugyan látott eseteket, amikor sóoldat adagolása mellett rosszabbodás is állott be és csak a tiszta teadiaeta hozta meg a kívánt javulást. Még Ringer-oldat mellett is lehetséges szerinte sóláz. A cukor hozzátétele a teához is nagy óvatosságot igényel szerinte és nagyon meg kell szabnunk az adagolandó mennyiséget, tekintettel arra, hogy a cukornak az intox. alim. aetiologiájában jelentős szerepe van. Nem tagadja azonban, hogy a cukros víz mellett is látott gyors javulást, ill. méregtelenítést. Különösen veszedelmesnek tartja, ha a cukor a savóval a bélben találkozik. Ő hat órai tea után 10×10—30 gr. savót, vagy cukor és lisztnélküli írót ad, hogy a súlycsökkenést meggátolja. Ezt növeli naponta 50—100 gr-mal, amíg csak a súlyesés meg nem szünik.

Ezzel szemben *Schiff* részletesen foglalkozva, az exsiccosis kérdésével (állatkísérletek) szénhydrátos, sós, hypotoniás oldatot ajánl. Vagy Ringer oldatot ad, vagy savót vesz és ehhez egyharmad részben 10—15%-os tápcukrot ad, vagy 10%-os rizsnyákhoz 6—8%-os cukoroldatot kever. Ha nincs toxicosis, csak hasmenés, ebből a keverékből 24 órán át kb. a testsúly hatodrészét adja, toxicosisnál egy litert is nyujt egy nap alatt, mindaddig — minden egyéb táplálék nélkül — míg a toxicus tünetek el nem multak, súlyos esetben 3—4 napig is. Vigyázni kell mindenesetre, hogy a klinikai tünetek javulása után a fehérje bevitellel óvatosak legyünk. Ezért csak lassan, fokozatosan hagyja el a sós cukor oldatot és kezdetben vizes burgonyás cacest ad és csak ezután tér át lassan íróra. Eredményeivel meg volt elégedve, amint legutóbb írja is: „emellett sok jót látott". Megerősítették ezt *Caspari* és *Ungar* is. Különösen részletesen foglalkozott ezzel a kérdéssel *Vollmer* és *Burghard*. Ők ½ *Ringer* + ½ 15%-os cukoroldatot adtak és azt látták, hogy a vízháztartás könnyű zavarainál, tehát a hasmenés és distrophia *könnyebb* alakjainál nem nyújt előnyt, sőt a cukor és só bevitele inkább fölösleges igényeket támaszt a béllel és sejtekkel szemben. Ugyszintén nem látott előnyt a vízháztartás *idült* zavarainál, a decompositiónál sem. Ellenben a vízháztartás *súlyos acut* zavarainál a toxicosisoknál egyértelműen jó eredményt látott a cukor-Ringer oldattól. Minél hevenyebb a zavar, annál gyorsabban állott be a javulás. Kevésbé volt meggyőző az eredmény alim. intox.-nál, — hol már napokon át hasmenések és súlyzuhanások mentek előre —, mint a hirtelen beálló enormis exsiccosisoknál, az infectiosus intoxicatiók esetében. Ilyenkor a hatás sokszor csodálatos volt. Visszaesést azonban nem ritkán látott.

Parenteralis infectiókból eredő táplálkozási zavaroknál már régebben ajánlott *L. F. Meyer* 15% cukoroldatból 5—700 gr-ot naponta. Egy nap múlva, ha a láz engedett, csökkenti a cukoroldat mennyiségét kb. 300 gr-ra és lassan, fokozatosan nyújt táplálékot, pl. írót.

Meyer és *Nassau* a csecsemőtáplálásról írott, nemrég megjelent munkájában az alim. intox. therapiájánál elsősorban az írót ajánlják lassan növekvő adagokban; másodsorban a *Schiff*-f. sós cukoroldatot és csak harmadsorban a zsírtalanított (centrifugált) női tejet. Nem ajánlják a női tejet, mivel összetételénél fogva sem nem gyógyítja a hasmenést — sok zsírt és cukrot tartalmaz —, sem nem használ a vízretentióra, mert kevés só van benne.

A súlyos toxicus dysenteriánál is — *Meyer* és *Nassau* szerint, — hogy a csecsemőt a kritikus órákon átsegítsük egyetlen módnak még leginkább az mutatkozik, hogy 200—300 gr. cukrozott savót adjunk, addig, míg 1—2 nap alatt javul az állapot és a kórkép középsúlyos dysenteriává alakul át.

A Madarász-utcai csecsemőosztályon — különösen a nyári hónapokban — sok, nagyon súlyos állapotban lévő csecsemő kerül felvételre, kiknél az előzményben nagyfokú hasmenés, esetleg hányás is szerepel. Ezen esetekben a hasmenés rendszerint nem egyetlen okra vezethető vissza. Egész kivételes az az eset, hol bizonyossággal tiszta alim. ártalmat vehetünk fel; legtöbbnyire fertőzéses okok is játszanak szerepet. Ezen fertőzések, mint már fentebb is említettem — részben parenteralisak, részben enteralis eredetűek. Magas láz, nagy súlyzuhanás, hányás, öntudatzavar, v. eszméletlenség, kábultság, glycosuria, albuminuria, stb. a megszokott kísérői ezeknek a hasmenéseknek, úgy hogy súlyos toxicus állapot forog fenn náluk. Ezeknek kórjóslata már eleve nagyon rossz. A kezelésüknél mi is különböző módon jártunk el. Egyes esetekben egyszerűen sacharinos teát adtunk, máskor *Ringer*-oldatot, ismét máskor *Heim—John*-f. oldatot 24—48 óráig, részben a vízveszteség pótlására, részben a desintoxicatio elérésére. Eredményeink azonban nem voltak kielégítőek és ezért egyes esetekben kis adag írót adtunk 10x10, 10x15, stb. növekvő mennyiségben, mellette bőségesen teát, más esetekben — és pedig elég jelentős számu esetben — savót és cukrot adtunk. Adtuk ezt úgy, amint *Schiff* után *Mayer* és *Nassau* ajánlja.

az első napon 10x10 savó és 10x20—30 gr. 15% tápcukoroldat + bőven tea;

a 2-ik napon kb. ugyanezt, de inkább 10x30 gr. volt a cukoroldat;

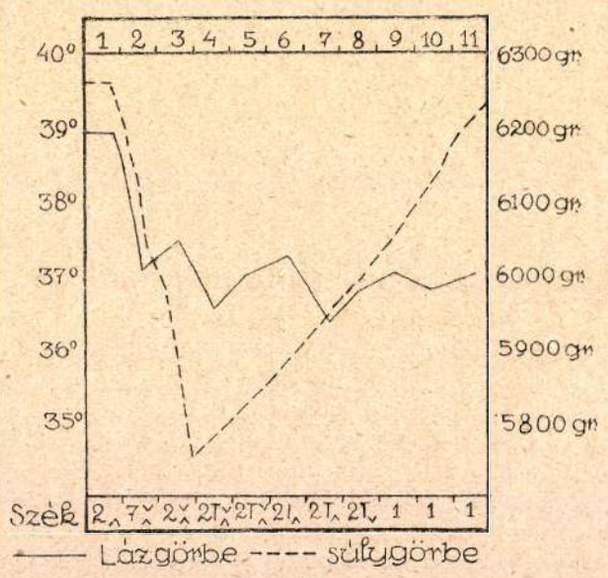
a 3-ik napon a savó helyett 10x15—20 gr. író és 10x 10 gr. cukoroldat + tea;

a 4—5-ik napon a cukoroldatot elhagytuk és csak írót adtunk.

Az esetek túlnyomó többségében a sulyosan beteg csecsemők szivesen fogyasztották el a savót és cukoroldatot és csak kivételesen hányták ki, rendszerint míg a súlyosabb hányások is engedtek. Legfeltünőbb volt a *súlygörbe* viselkedésére a hatás: a nagy súlyzuhanás megállapodott, esetleg csak kisebb súlyveszteség mutatkozott, sőt nem ritkán kisebb súlyemelkedés is állott be. Ugyancsak jó hatással volt a *hőmérsékre* is. A magas lázak vagy eltüntek vagy mérséklődtek. Különösen feltünően megváltozott legtöbbnyire a *közérzet* is, a kábultság engedett, a tekintet szabadabb lett, feltisztult és többször láttuk, hogy két nap alatt mintha kicserélték volna őket. Nem kevésbbé volt jó hatással a *hányásra* is — mint már említettük is — az addig makacsul hányó csecsemő ritkábban és kevesebbet hányt, nem egy esetben teljesen is megszünt a hányás. A *székek* is javultak egyes esetekben, itt azonban a hatás meglehetősen különböző volt, de általában láttuk, hogy a számuk kevesbedett, minőségük javult, a hig, vizes székek helyett összeállóbbak ürültek és ott, ahol a székek időnként véres-nyákosak voltak, rövidesen csak nyákosakká váltak, majd — bár néha meglehetősen elhuzódva — pépes, világos sárga, többé-kevésbbé rendes összeállásúakká lettek.

Példaképen kiragadunk két esetet:

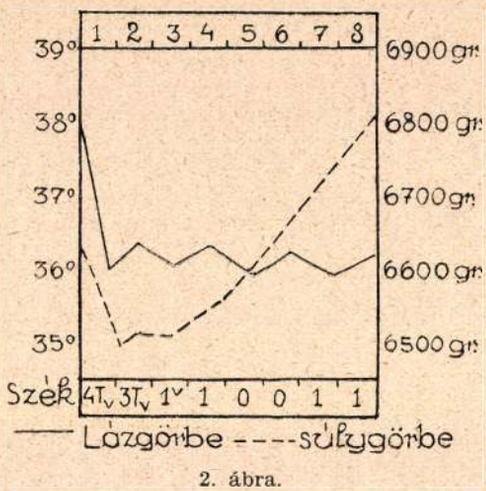
1. P. I. 12 hónapos. Két nap óta lázas, igen nagyfokú hányás, gyakori hig, zöld szék. Zavart sensorium, bágyadtság. Tüdőben főleg j. o. apró ropogások. Felvétel után véres nyálkás, genyes székek. Besüppedt kutacs és szemgolyók. 10x 10 savó, 10x30 gr. 15%-os cukoroldatot kap két napon át. A harmadik napon láztalan, élénkebb, nem hány, széke javul. Tüdő lelet változatlan. Azóta állandóan láztalan, az ötödik nap székében már nincs vér, a negyedik naptól kezdve állandóan szépen gyarapodik Bronchopneumoniája gyógyult.



1. ábra.

2. A második ábra egy súlyos parenteralis fertőzés következtében megbetegedett csecsemő súly- és lázgörbéjét mutatja. Ebben az esetben is hányás, hasmenés — véres, nyálkás

székekkel — a nyugtalanság és eszméletzavar uralta a kórképet. A bevezetett savó-cukor, ill. iró-cukor kezelésre ez is szép eredményt mutat.



2. ábra.

Bár nagyon nehéz tiszta képet alkotnunk ezen eljárás értékéről, minthogy eseteink kóroktana nagyon különböző volt — és sok esetben nem boldogultunk — mégis az a vélemény alakulhatott ki számos szép esetünk kapcsán, hogy a *concentralt cukoroldat nagyon hatásos eszközt jelent a toxicus tünetekkel járó exsiccosisok leküzdésében.* A conc. cukoroldatok nagyon alkalmasak arra, hogy a további vizveszteséget meggátolják és így közvetve a toxicus tüneteket is javítsuk. Mi is azt láttuk, amit *Vollmer* és *Burghard,* hogy t. i. különösen a *fertőzéses eredetű hasmenésekből származó toxicosisoknál legszebb az eredmény.* Meg kell azonban jegyeznünk, hogy a súlycsökkenés megállapodása, a láz leesése, a közérzet javulása nem mindig biztosítja a végleges gyógyulást. Visszaeséseket mi is éppen úgy láttunk, mint *Vollmer* és *Burghard* és ebben szerepelhet nemcsak az, hogy talán a táplálékot gyorsan növeltük, hanem magának a bajnak alaptermészete is. Csak röviden kell még kiemelnünk, hogy hátrányt sohasem észleltünk attól, hogy a savót a cukoroldattal egyidejűleg adtuk, sőt az a benyomásunk, hogy a vízretentio elősegítésében ennek is lehetett jótékony szerepe.

Irodalom. *Finkelstein:* Lehrb. d. Säuglingskrankh. II. kiad. 304. l. — *Meyer* u. *Nassau:* Die Säuglingsernährung 1930. München. Bergmann. *Monrad:* Monatschrift f. Khk. 24.468. 1923. — *Schiff:* Erg. d. inn. Med. u. Khk. 35. köt.; Kinderärztl. Prax. 1930. II. füz. — *Vollner* és *Burghard:* Zeitschr. f. Kinderhk. 49. köt. 101.

Az O. T. I. Csengeri-utcai rendelő, alszárfekély-osztályának (vezető-orvos: Schultz Samu dr.) közleménye.

Adatok az ulcus cruris therapiájában alkalmazott eljárásokról.

Irta: *Menyhárd Irén* dr., segédorvos.

Az O. T. I. alszárfekélyosztályának nagy beteganyaga bőséges alkalmat nyújt arra, hogy az alszárfekélyek kezelése szempontjából ajánlott legkülönbözőbb kezelési eljárásokat tanulmányozhassuk. Az utolsó években csaknem ötezer alszárfekélyes új beteg jelentkezett rendelésünkön. Ez a szám magában is mutatja, hogy a nehéz testi munkával foglalkozó betegek között az alszárfekélyes megbetegedés milyen gyakori. Ezen ulcusos betegek közül azonban csak 91.85% volt varicosus eredetű, míg a többi betegeknél az alszárfekély oka a következőképen oszlott meg: 0.9%-nál diabetes, 2.85%-nál lues, 2.85%-nál pyogen fertőzés, 0.54%-nál nagyobb kiterjedésű harmadfokú égés és háborus sérülések után maradt hegek területén keletkezett ulcus, 0.27%-nál maró mérgek és paravenás injectiók, 0.31%-nál ólommérgezés, 0.15%-nál essentialis hypertonia, 0.28%-nál gümős csontfolyamat.

A varicosus eredetű alszárfekélyek 65%-ánál a fekély thrombophlebitises területen, 23.1%-nál eccemás bőrterületen, 3.75%-nál pedig a vena-ruptura helyén keletkezett. Ezen fekélyek nagysága igen különböző. Nem tartoznak a ritkaságok közé azon esetek sem, amelyeknél a fekélyesedő folyamat az alszár felületének kétharmadát is elfoglalja.

Tekintettel arra, hogy az ulcus crurisok különböző aethiologiai eredetűek, már a vizsgálatot is úgy állítottuk be, hogy a legkülönbözőbb vizsgálati eljárások igénybevételével az előidéző okot biztosan megállapíthassuk. Evégből valamennyi betegünknél elvégeztük a Wassermann-reactiót, a vér és vizeletcukor meghatározását, a vérnyomás mérését, sőt nagyon sok esetben a vérképet is megállapítottuk. Ezek a vizsgálatok bizonyították azt, hogy mennyire szükséges minden betegnél ezeknek az elvégzése s mennyire nem elégedhetünk meg azzal, hogy a fekély alakjának, színének, elhelyezkedésének mineműségéből a diagnosist megállapítsuk.

A diagnosisunk biztos megállapítása után betegeinket a megbetegedés oka szerint különböző csoportokra osztva, részben a régebben kipróbált kezelési eljárásokkal kezeltük, részben a legújabban ajánlott gyógyeljárások alkalmazásával igyekeztünk azt a gyógymódot megállapítani, amely betegeink gyógyulását mielőbb biztosítja és ezáltal a munkaképességet minél gyorsabban visszaállítja.

A régi kezelési eljárás abban állt, hogy a bűzös, renyhe fekélyeket kalium hypermanganos fürdők és borogatások, Mikulicz-kenőcs alkalmazásával, lobos környezet esetén pedig borvaselines vagy borparaffinos kenőcs és párakötéssel, eccemás területnél zinkpasztával kezeltük.

Eezen eljárással:

	Gyógyult	Javult	Nem javult	Kiujult
3 hónapon belül ...	1·81%	1·57%	—	0·14%
6 „ „ ...	4·62%	7·03%	0·02%	0·34%
9 „ „ ...	13·6%	9·03%	0·11%	0·38%
1 éven „ ...	17·7%	20·52%	0·16%	0·65%
2 „ „ ...	6·8%	9·41%	0·18%	0·47%
4 „ „ ...	1·7%	0·69%	0·13%	0.43%
4 „ túl ...	1·3%	0·29%	0·25%	0·5·%

Tehát betegeinknek 24%-a egy éven túl sem gyógyult meg.

Mivel ezen eredményekkel nem voltunk megelégedve, keresnünk kellett új kezelési eljárásokat. Ezen eljárások közül először is a hormontherapiákkal tettünk kísérletet.

Tanulmányaztuk elsősorban az insulin helyi és távolhatását, *Campbell* és *Macleod, Darnet, Adlersberg* és *Perutz, Ferond* és *Lévay* szép eredményein felbuzdulva, 1929 őszén beállítottuk osztályunkon 35 betegnél az insulintherapiát. Naponta az ulcusos betegnek 10—20 E insulint adtunk subcutan. Emellett az ulcust csak egyszerű borvaselinos vagy borparaffinos kötéssel láttuk el. A betegnek naponta 10—20 egységnél több insulint nem mertünk adni, mert ily adagok mellett is több betegnél igen erős szédülés, izzadás, lépett fel. Ezen 35 beteg közül hat héten belül gyógyult 5, lényegesen javult 18, változatlan

maradt 12. Ezen gyógyulási eredmények okát kutatva, azt láttuk, hogy a gyógyulás vagy javulás csak azoknál az ulcusoknál állott be, akiknél dacára, hogy diabetes nem volt jelen, a vércukor érték a normalis felett mozgott és akik insulinérzékenyek voltak. Ezen meggondolásból indulva ki, a következő 34 betegből álló csoportnál, ahol insulin-érzékenység ugyan fennállott, de diabetes nem volt, a fentebb említett adagolás mellett insulin-kúrát végeztünk. Ezen betegek 6—10 héten belül, kivétel nélkül meggyógyultak.

Minthogy az irodalmi adatokból *(Pende, Csépay, Ciambelotti)* tudjuk, hogy a bőr mineműségét, vastagságát, színét, stb. a belső secretiós mirigyek működése is befolyásolja, sőt *Ciambelotti* tapasztalatai szerint a herekivonatnak renyhén gyógyuló ulcusokra is kedvező hatása van, 158 betegnél az ulcusra mi is alkalmaztuk a Granormon kenőcsöt, amely zinkkenőcs alapanyagában csukamájolajat, ovarium, testis, cutis, hypophysis-kivonatot és fermenteket is tartalmaz. Ezen betegek közül:

	Gyógyult	Lényegesen javult	Nem javult
6 héten belül --- ---	18·65%	3·73%	—
3 hónapon belül ---	19·68%	3·19%	—
6 „ „ ---	39·36%	9·85%	5·86

Különösen jól hatott a kenőcs módosított alakja, melynél az alapanyagot lanolin képezte.

Mindezen kezelési eljáráson kívül korai, vagy normalis sensilitás eseteiben alkalmaztuk a *Selley* és *Pogány* által aljánlott epithelin-kúrát, a szerzők előírása szerint, összesen 14 esetben, de *Granormonnal* egyidejűleg. Ezen eseteink közül hat három hónapon belül gyógyult, négy javult, a többi négy a kezelést abbahagyta, mivel a kezelés után eleinte hányinger, szédülés és fejfájás, később erős szívdobogás, álmatlanság és izzadás lépett fel. Ezen tünetek kisebb-nagyobb fokban minden betegnél jelentkeztek. Ennek elkerülése céljából 47 esetben csupán extractum testiculit adtunk, másodnaponként 2—5 ccm-t intravenásan, igen jó eredménnyel és minden melléktünet nélkül.

Kísérletet tettünk tiszta, folyékony herekivonattal is, amellyel a fekélyt egyszerűen bevontuk. Az ily módon kezelt 317 esetben pengő-tenyérnyi ulcusok 3—6 hónapon belül behámosodtak.

A hormonnal kezelt betegek 85.7%-a ulcus crusis varicosumban, 9.5%-a ulcus cruris impetiginosumban, 3.3 %-a ulcus crusis lueticumban, 0.5%-a hypertoniával, 0.2 %-a tuberculosissal párosult ulcusban, 0.8%-a trauma utáni hegen fellépett ulcusban szenvedett. Nem gyógyult a varicosus alapon keletkezett fekélyek 5.54%-a és az ólommérgezettek fekélyei.

Megjegyezni kívánjuk azt, hogy mindezen eljárásokkal egyidejűleg a végtag vérkeringését nem befolyásoltuk. Tehát a kezelés tartama alatt a betegen sem flanellpólyát, sem varicosan-pólyát nem alkalmaztunk. A fekélyeket csak egyszerű asepticus védőkötéssel láttuk el. Munkánk eredményeképpen tehát a nagy anyagon végzett kísérletek alapján a következőket mondhatjuk:

1. Insulin csak az arra érzékeny betegen hatásos, ha a vércukor szintje a normálisnál magasabb.

2. A granormon kenőcs renyhe fekélyeken, a többi használatos kenőcsnél sokkal jobb hatású.

3. Mindazon esetekben, ahol a granormon kezelési eljárással nem tudunk gyors eredményt felmutatni, ajánlatos intravenás herekivanotot adni.

Irodalom: *Campbell és Macleod:* Medizin. Monographs Vol. 6. 1925. — *Darnet:* Semana Med. 1927. II. 31. — *Adlersberg* és *Perutz:* Klin. Wochenschrift 1927. I. 15. — *Ferond:* Le Scalpel 1921. I. 6. — *Lévay:* O. H. 1930. 7. — *Pende:* Konstitution und innere Secretion. — *Csépay:* Endocrin betegségek gyógyitása. — *Ciambelotti:* Dermatologia II. 3.

Selley: O. H. 1929. 43.
Pogány: Therapia 1930. 14.

A m. kir. Tisza István Tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikájának (igazgató: Neuber Ede dr., egyet. ny. r. tanár) közleménye.

Adatok az erythema nodosum pathogenesiséhez és aetiologiájához.

Irta: *Dóczy Gedeon dr.*, egyet. tanársegéd.

Az *erythema nodosum* kórképét 1874-ben *Hebra* különítette el a többi erythemáktól. E megbetegedés Európa északi államaiban gyakrabban fordul elő, mint a déliekben. Leginkább gyermekeken, de a későbbi életkorban is mutatkozik; nőkön nagyobb százalékban, mint férfiakon. Fellépésében évszaki ingadozások is megfigyelhetők. A tavaszi hónapokban száma erősen emelkedik, a statisztikák szerint márciustól májusig terjedő időben éri el tetőpontját. Ettől kezdve a nyári hónapokban az esetek száma csökken, hogy októbertől kezdve újra szaporodjék. Az irodalomban ismertetett, járványszerűen fellépő erythema nodosum incubatiós ideje általánosságban 3—17 nap.

Az *erythema nodosum*-hoz morphologiailag hasonló csomós kiütéseket különféle *gyógyszerek* is okozhatnak. Igy különösen a jód, brom, antipyrin, phenacetin, salicylsav, salvarsan, ichthyol, higany, ipecachuana, diphtheria serum, antimosan és tartarus stibiatus stb. Ezek közül főleg a jodo- és a bromoderma egyes alakjai mutathatnak az erythema nodosum jelenségeihez feltünő hasonlatosságot.

Fertőzéses eredetű csomós kiütések az irodalomban elvétve fordulnak elő. Igen sok közlemény tárgyalja azokat a fertőző megbetegedéseket, melyeknek lefolyása közben az erythema nodosumnak megfelelő elváltozások észlelhetők. Különösen nagy vitát váltottak ki a rheuma, sepsis, syphilis, tuberculosis, trichophytia, aphtha kórfolyamataihoz társuló *erythema nodosum*-esetek, melyeknek legnagyobb része az alapbántalommal kétségtelenül összefüggésbe hozható. Az erythema nodosum 80%-a izületi panaszok és jelenségek (rheuma) nélkül folyik le, ezzel szemben rheumánál ½—3%-ban található. A két betegség évi görbéje teljesen különbözik egymástól. Sepsises alapon fellépő (ide számítva a gonorrhoeát is) csomós elváltozásoknál a vérpályából a kórokozó kimutatása sikerülhet, de még a negativ lelet mellett is fennáll a toxinhatás lehetősége. A ritkán előforduló csomós trichophytia esetekben más formájú trichophytidek is voltak a bőrön. Az aptha-s elváltozásokkal együtt észlelt esetekből a két megbetegedés között kétségtelen összefüggés nem volt kideríthető. A régebbi ú. n. *erythema nodosum syphiliticum*-elnevezés nem egyéb, mint haematogen úton keletkezett, el nem lágyuló syphilises csomó.

A tuberculosis és erythema nodosum közötti kapcsolatnak kiterjedt irodalma van. Az erythema nodosumot egyesek tuberculidnak, autogen tuberculin reactiónak; typusos, secundaer tbc.-vel fertőzött egyének megbetegedésének; talajelőkészítőnek, tuberculo-toxicus vagy tuberculosis-bacillaemiás jelenségnek tartják. Mások viszont

phlyctenával vagy scarlattal egyenértékű toxikodermának, endogen tényező (örökölt dispositio, esophylaxia) közbejöttével beálló, nem specificus bőrreactiónak fogják fel, amelynél a fertőző ismeretlen anyag alkalmilag a környezet tagjaira is eljuthat. Egyes szerzők a tuberculosis és az erythema nodosum incubatiós idejét egyezőnek mondják.

Erythema nodosum manifest tbc-es bőrjelenségekkel együtt csak elenyésző csekély számmal figyelhető meg, közvetlenül utána, vagy pár héttel később nagyon súlyos tb-s eseteket is figyeltek meg. Számos nézet és észlelet áll szemben azzal a felfogással, hogy a gyermekkorban föllépő erythema nodosum-ot a tuberculoticus jelenségek szinte törvényszerűséggel követik.

Az erythema nodosum esetekben észlelhető *Pirquet*-féle reactio nagy százalékban positiv, azonban — ha sokkal kisebb számban is — negativ eredmények is találhatók. Tekintetbe veendő, hogy positiv, erythema nodosumban szenvedő gyermekek később semmiféle manifest tuberculoticus jelenséget nem mutattak.

Symens egy családban 9 tbc-től mentes gyermeken észlelt erythema nodosumot és a scrophulodermás 10-ik nem kapta meg. Venás vérrel való állatojtásoknál 9 negativval szemben csak egy positiv bacillus lelet ismeretes *(Brian)* csomókból *Landouzy* és *Guttmann* egy-egy positiv esete.

A főleg francia szerzők által hangoztatott *syndroma* jelölés az esetek nagy tömegével szemben csak korlátozott számra vonatkoztatható. *Tachau* szerint a prodromális tünetek, a láz, közérzet zavara, a járványok, önálló, ismeretlen kórokozójú fertőző betegség mellett szólnak. Több esetben észleltek kétszer és nagyon ritkán háromszor ismétlődő megbetegedést.

Percival 0.3 antistreptococcus serum alkalmazása után az erythema nodosumos csomókon positiv reactiót kapott. *Pawlow* cholera vaccinatio után egy hét múlva teljesen egészséges katonán erythema nodosumot észlelt. *Markson* egy tonsillitissel járó, salicylra nem reagáló esetében 25 ccm. subcutan adott antistreptococcus serum 48 óra alatt tünetmentességet eredményezett. *Hoffmann* és *Samek* egy-egy esetből tenyésztéssel és szöveti metszetekben staphylococcus albust, illetve bacillus crassust mutatott ki.

Az irodalmi adatokból kitünik az, hogy a legkülönbözőbb betegségekkel, sőt még gyógyszerkezeléssel kapcsolatban is megfigyelhető volt az *erythema nodosum*. Beteganyagunkból csak 8 olyan nőt választottam ki, akik semmiféle bőrelváltozásra nem emlékeznek vissza és injectiós therapiát soha sem kaptak. Azért volt fontos csupán ilyen betegeken végezni az alábbi kísérleteket, hogy egy előzetes mesterséges sensibilisálás lehetősége kizárható legyen. Minden egyes esetben teljes belgyógyászati, röntgen- és ideggyógyászati vizsgálatot végeztettünk. Ez utóbbi eredményképen kiemelendő a sympathicus idegrendszer nagyfokú labilitása, mely főleg két nőn volt kifejezett, akiknél a ninhydrin reactio az ovarium csökkent működését mutatta. Két betegünknél a bel- és röntgenvizsgálat activ gümőkórt derített ki. Ezek erősen kifejezett helyi biologiai reactiókat *(Pirquet, Mantoux—Roux* tebecin) adtak ugyan, azonban az elváltozásokon gócreaktio nem következett be. A vizelet pH-ja mind a 8 esetben kifejezetten savanyú volt (5—5.2), a vérsejtsülyedés emelkedett (57—65).

A szöveti képben a subpapillaris és a zsírszövetbe terjedő reticulumból, lymphocytákból és kevés leukocytából álló perivascularis beszűrődés látható. A venák, helyenkint a kisebb arteriák fala fellazult, elnyult vándorsejtektől áthatott. Az érlumenben az endothel-, illetve reticulumsejtek burjánzása erősen kifejezett. Az endothelburjánzás következtében mindinkább szűkülő erek közelében számos vérzés észlelhető. A hámrétegben csak egy esetben volt vacuolisatio felismerhető, a többiben semiféle kóros jelenség nem mutatkozott. A quantitativ vérképben a leukocyták száma 6000—12.300. Qualitative polynuclearis, 2—4% eosinophil, 3—5% átmeneti sejt, 1—6%-ig monocyta és a folyamat javulásával emelkedő 26—60, sőt magasabb százalékban lymphocyta.

Tekintettel arra, hogy a górcsövi kép és a vérkép fehérjehasadási termékek után fellépő alergiás vascularis gyulladásokhoz hasonló, többféle fehérjetermészetű anyaggal (aolan, typhus-vaccina, staphylo- és streptoyatrennel) igyekeztem gócreactiót kiváltani. Az *intradermalis* reactio helyi jelenségeire nem fektettem súlyt, mert hiszen bacteriumtoxinok, serumok, bouillon és élettani konyhasó is kiterjedésben és tartósságban egyforma tünetet okozhatnak. Controll céljából élettani konyhasó és ½%-os carbol élettani konyhasó szolgált. A két tbc.-s betegen ½ ccm aolan intracutan ojtás a gócok bővérüség fokozódását kívül mást nem okozott. Két nőbetegen subcutan adott ½ cm staphyloyatren kifejezett gócreactiót váltott ki, mely hatalmas bővérűségben, vizenyős duzzanatban, fokozott érzékenységben, leukocytaszaporodásban, átmeneti pulsus és hőmérsékletcsökkenésben, vérnyomás esésben és vérsejtsülyedési gyorsulásban nyilvánult. Utóbbi két beteg közül egyiknél 24 óra mulva az alkaron újabb két féldiónyi, klinikailag jellegzetes és górcsövileg erythema nodosumnak bizonyuló új góc keletkezett. Hasonló, de nem annyira kifejezett tünetekkel járt két-két betegnél ½ ccm streptoyatren és ½ cm typhus vaccina subcutan alkalmazása.

Az esetek kevés száma következtetésre nem alkalmas, csupán arra akar rámutatni, hogy az erythema nodosum kóroktana nem egységes s az a erythema nodosum jelenségeiben különféle fehérjehasadási termékek többékevésbbé kifejezett gócreactiókat idézhetnek elő. Ezenkívül feltünő a betegeknél a sympathicus idegrendszer nagyfokú izgalmi ingadozása és a vizelet kifejezett savanyú irányban való eltolódása. Ha ez az eltolódás nagyobb anyagon vizsgálva a vérben is hasonló eredményeket adna, akkor a savanyúsággal együttjáró, fokozott lobkészség némi világot vetne az erythema nodosummal együtt vagy utána fellépő súlyos utóbetegségekre, melyeknél a dispositiónak is szerepe van. A Pirquet-f. reactio kapcsolatban áll a savbasis egyensúllyal. Alkaliások csökkent, savanyú egyének sokkal erősebben kifejezett reactiós jelenségeket mutatnak, így feltehető, hogy úgy a szövet gyuladáskészsége, mint az allergiás reactio specificusan ható részlete változást szenved. *(Fornet)*. Ez a körülmény a Pirquet reactio megítélésénél és az ebből levonható következtetéseknél igen nagy óvatosságra int, annál is inkább, mert az erythema nodosumnál az isomorph bőrizgalom jelensége (Köbner tünet) is fennáll. A debreceni Közegészségtani Intézetben végzett vizsgálatok a sympathikus idegrendszer rendkívül fontosságát mutatták az immunbiologiában. Ha tekintetbe vesszük a minden esetben észlelhető sympathicus idegrendszer izgalmi ingadozását, valamint a klimatologiai tényezőket, akkor ezekből főleg Észak-Európában észlelhető járványszerűen fellépő esetek szempontjából nyerhetnénk esetleg némi felvilágosítást.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. női klinikájának (igazgató: Frigyesi József dr., egyet. ny. r. tanár) közleménye.

Óriási dermoid kystoma.

Irta: *Raisz Dezső* dr., egyet. tanársegéd.

A teratomák, mint ismeretes, a petefészek daganatai között 10%-ban szerepelnek. Szövettani sajátosságukon kívül, jellemzi őket a legtöbbször kocsányos kifejlődés és lassú növekedés. Nagyságuk cseresznyemagnyitól, emberfőnyi között váltakozik. Érdekes véletlen, hogy az I. sz. női klinika anyagából nemrégen *Stefancsik* dr. egy szabadszemmel alig látható kicsiny teratomát ismertetett s most ugyanezen klinikáról egy óriási dermoid cystát van alkalmam ismertetni.

P. J. 50 éves nőbeteget e hó elején vettük fel a klinikára, azzal a panasszal, hogy két hét óta fájdalmakat érez az alhasában. 30 éve tud arról, hogy daganata van, de az neki panaszokat sohasem okozott, legfeljebb annyit, hogy már leány korában is sokszor terhesnek tartották s e miatt leánytársai nem szivesen érintkeztek vele. A daganat már évek óta változatlan nagyságú, az utóbbi időben rohamosan nem növekedett. Menstruatiója mindig rendes volt, négy hetenkint jelentkezett s 3—4 napig tartott. Havivérzése két éve maradt el, gravida sohasem volt.

Felvételkor a jól fejlett, magas, jól táplált nőbeteg erősen elődomborodó hasának legnagyobb körfogata 117 cm. volt. Az egész hasat kitölti egy tömött, feszesen rugalmas tapintatú tumor, amely baloldalon a bordaivig, jobb oldalon az alá is terjed, úgy hogy felső polusa itt nem is tapintható, lefelé pedig elvész a medencecsontok mögött. Belső vizsgálattal a keskeny portiót baloldalt magasan a symphysis mögött találjuk, a méhtest külön nem tapintható, az egész medencét kitölti a daganat alsó része, amely baloldalon a boltozatot mélyebben ledomboritja.

A műtétet, a különben egészséges asszonynál hypogastricus és hasfali helyi érzéstelenitésben végeztük. A mellső falra tapadó cseplesz leválasztása után tájékozódva, kitünt, hogy a daganat a jobboldalon a májjal érintkezik, a bal alsó része hashártya mögötti elhelyezkedésű, az S alakú bél fodrának lemezei közé nőtt. Nagyobb metszés elkerülése céljából, a daganat tartalmát le akartuk bocsátani, de a szurcsapon át csak pár köbcentiméternyi savó ürült s így a megkisebbítés csak úgy volt lehetséges, hogy a tumor mellső falán készített nyiláson át sürü, sárgásbarna, kenőcsszerű, szőrpamatokkal kevert tartalmát kézzel kanalaztuk ki. Az így megkisebbített daganat felső polusát a has sebén át kiemelve, most már hozzáférhettünk a kis senilisen atrophysált méhhez is, amelyet jobboldal felől amputálva, hámoztuk ki a daganat baloldali intraligamentás részét s fejtettük ki a mesosygma lemezei közül. A beteg láztalanul gyógyult s a XIV. napon linearis hegvonallal hagyta el a klinikát.

A tumor fala összeesett állapotban 73 cm. körfogatú, három egymással közlekedő rekesszel bir. fala 0.5 cm vastag, súlya a kivett kenőcsszerű bennékkel együtt 10 kilogramm.

Az összes óriás daganatok között az ovariálos cystomák nagy számmal vannak képviselve. A német irodalomban 1901-ig a *Brunner* által (1899) ismertetett 70 kg-os volt a legnagyobb. Ekkor közölte *Zachariás* az általa észlelt beteg kórtörténetét, akinek cystájából 60 liter folyadékot bocsátott le. A régebbi irodalomban *Bullit* (1900) irt le 23 esetet, amelynek mindegyike 50 kilón felüli volt. Később *Idaszewsky* (1903) hasonló 27 esetet gyüjtött össze. 1904-ben tette közzé *Zachariás* a világirodalom legnagyobb 14 cystomájáról szóló ismertetését, amelyek közül a legkisebb 49.5, a legnagyobb 135 kg. volt. Az elmult évben (Arch. CXXXVIIII. 1929) *Kehrer* ismertetett 99 óriás petefészek tömlőt, amelyekhez 100-iknak a saját esete társul. Legutóbb a német nőorvosok és a természetvizsgálók szeptemberi gyülésén *Wieloch* mutatott be egy 38 kgr. súlyu cystomát, amelyet megkisebbítés nélkül távolított el. Ismeretesek a fiatal korban előforduló óriási cystomák, így a *Baldy* által közölt (1898) eset, egy 10 éves leánygyermek 30 kg.-os cystája, *Keen* esete egy 15 éves leány 50 kgr.-os cystája. *Dayos* közleménye (1893), aki egy 17 éves leány petefészektömlőjéből 65 liter folyadékot bocsátott le. Ismeretes, hogy igen ritkán bár, de mint *Lawson Tait* esetében cystomák graviditas mellett is előfordulnak. *Knébel* ir le (1924) egy 40 kg.-os cystát, amelynek viselője a rendesen kihordott terhesség végén 3440 grm. magzatot szült.

Ezen óriási daganatok között csak a *Kehrer* összeállitásában levő 100 kystoma között szerepel mindössze két dermoid. A egyiket *Keith* irta le. 1895-ben (45 kg.), a másikat *Cardaliaquet et Marquer* 1905-ben (50 kg). Az eredeti amerikai, ill. normand közleményekhez nem jutottam hozzá, a *Kehrer* rövid ismertetéséből pedig nem volt megállapitható, hogy azok tiszta dermoid kystomák voltak-é, avagy más pseudomucin vagy savós tömlőkkel társulva fordultak elő. Ilyen kettős petefészekdaganat nem képez éppen ritkaságot, de ezen esetekben a dermoid nagysága természetesen külön bírálandó el. A mi esetünkben a tumor, amint az bennékének chemiai vizsgálatával is bizonyitást nyert, tisztán dermoid volt.

Kehrer szerint az óriás cystoma elnevezés csak azon daganatot illeti meg, amely 25 kg.-nál sulyosabb s hordozójának kiirtása utáni testsúlyával körülbelül egyenlő. Ezen, talán kissé önkényesnek látszó meghatározás azonban nem vonatkozhat a dermoidokra is, amelyeknek legnagyobb terjedelme közismerten legfeljebb emberfejnyi. Igy e tumor, ha talán mint kystoma nem is, de mint dermoid méltán megérdemli az óriás elnevezést.

A dermoid *Franque* szerint — nem proliferáló daganat, inkább retentiós tömlőnek volna tekinthető, melynek nagyobbodása nem szövetelemeinek növekedése, hanem a secretum felgyülemlése által történik. Növekedésében két phasist különböztetünk meg. Az ú. n. dermoid csap aránylag gyorsan nő, de a daganat nagyobbodása lassan halad előre, annál lassabban, minél idősebb a tumor.

Mi okozhatta hát ebben az esetben a dermoidnak ily szokatlan nagyranövését?

A dermoidok legnagyobb része kocsányos, kb. csak 6%-a fejlődik intraligamentásan. (Esetünk ebből a szempontból is a ritkábbak közé tartozik). E kocsányos és sulyosabb daganatok gyakran szenvednek torsiót, nem ritka bennük a gyuladás, necrosis sem, úgy hogy kicsiny és jóindulatú voltuk mellett aránylag hamar panaszokat okoznak. A mi esetünkben a daganat intraligamentásan indult fejlődésnek, a kocsánycsavarodás lehetőségének nem volt kitéve, a betegnek fiatalabb korában semmiféle panaszt nem okozott s éppen e miatt utasította el a neki több izben ajánlott műtétet. Az asszony özvegységre jutván, kenyérkeresetre volt utalva s mozgásában a daganat most már nagyságával akadályozta. Ezért határozta el magát csak ilyen későn a műtétre. Ugy gondoljuk tehát, hogy a dermoidok közismerten legnagyobb emberfejnyi terjedelme nem jelenti a daganat növekedésében az egylátalában elérhető maximalis határt, hanem hordozójuknak előbb-utóbb panaszokat okozván, lassú növekedésükhöz viszonyítva, aránylag korán kiirtásra kerülnek, azonban kedvező körülmények között, beleértve ebbe a beteg indolensebb voltát is, annál sokkal nagyobbra is megnőhet-

Bemutatta a gynaekologiai szakosztály 1930. X. 30.-iki ülésén.

nek. De ez csak részben lehet e daganat szoktlan nagyságának magyarázata, mert hiszen ismeretesek az irodalomban, elsősorban *Martin* közléséből 10, 14, 20, 25 évig hordozott dermoidok, amelyek mégsem nőttek tul az átlagos nagyságon. Ugylátszik tehát, ha e daganatfajták növekedésének menetébe elfogadjuk *Franquenak* előbb említett felfogását —, e páratlan nagyságra való fejlődéshez szükség van még a hosszú fennállásán kívül a dermoid szövetek fokozott secretiós vitalitására is. E két tényező összetalálkozása folytán nőhetett meg e daganat oly nagyságúvá, amelyhez hasonló, bizonyosan tiszta dermoidot nem találtam az irodalomban.

A székesfővárosi Madarász-utcai csecsemő- és gyermekkórház (vezetőfőorvos: Flesch Ármin dr., egyetemi magántanár) közleménye.

Garatmögötti tályog ritka esete.

Irta: *Kinczler Mihály* dr., segédorvos.

A garatmögötti tályog olyan ritka esetét észleltük a közelmultban, hogy érdemesnek tartjuk rövid ismertetését.

N. Valéria hét hetes 3650 gr. súlyú csecsemőt, akit anyja táplál, 1929. XII. 28-án vettük fel osztályunkra.

Két hét előtt betegedett meg magas lázzal (38.5—39.2° C) náthával, köhögéssel. Orvosi kezelésre állapota javult, de állandóan subfebrilis maradt. Öt nap óta erősebben lázas, nyugtalan s a mellet sem fogadja el. Légzése nehezített lett és többszörö el is kékült.

A csecsemő vizsgálatánál rögtön feltünik az erős dyspnoe, a rendkívül nehezített légzés. Különösen a belégzés nehezített, hangos, nagyfokú behúzódással a fossa jugularis, scrobicularisban s az intercostalis terekben. Az ajkakon, arcon cyanosis.

A nyak hátsó és különösen baloldali részén nagy, az egész nyaki részt kitöltő és bal oldalon elől, csaknem a középvonalig terjedő, jobb oldalon csak a hátsó harmadra szorítkozó, a nyak alakját teljesen megváltoztató terimenagyobbodás, mely a környezet felé elmosódott határral végződik, egyenletesen vörös, középen erősen előbomborodó és kissé fluctuáló. A nyak mozgatásnál feltünően merev.

A felkarok teljesen adducalt helyzetben vannak és szorosan a mellkas falához fekszenek. Az alkarok erős flexióban és supinált tartásban találhatók. Egyébként mindkét felső-végtagban a tonus spasticusan fokozott. Activ mozgás hiányzik.

A torok megtekintésekor a garatívek között középen elhelyezkedő nagy előbomborodást látunk. Betapintva, a hátsó garatfalból kiemelkedő, középvonalban elhelyezkedő, egyenletesen puha, fluctuáló, a szélek felé elmosódó terimenagyobbodást érzünk.

Szív eltérés nélkül. Máj egy harántujjal a bordaív alatt, lép nem tapintható. Tüdő fölött diffuse érdes légzés, kevés durva hurutos zörejjel, a jobb alsó lebeny fölött kevés ropogással. Hőmérsék 38.9° C.

Minthogy kétségtelen volt, hogy a csecsemő légzési, nyelési zavarait a rendkívül nagy garatmögötti tályog okozza, azonnal a szájon át bemetszést végzünk, mire kb. 15 cm^3 sűrű, zöldes-sárgás geny ürült. Erre a légzés is javult. A geny bacteriologiás vizsgálata Fränkel-féle pneumococcust eredményezett.

Bemetszés után a külső nyaki duzzanat feszülése is lényegesen csökkent, ami a garatmögötti tályoggal való communicatiót bizonyítja.

A leírt tünetek alapján kétségtelen volt, hogy a *garatmögötti tályognak nem a megszokott idiopathicus alakjával állunk szemben. Bókay* sen. alapvető munkálatai óta tudjuk, hogy a garatmögötti tályogok rendszerint a glandulae faciales profundae gyuladásából, tehát lymphadenitis retropharyngealisból keletkeznek. Ezen úgynevezett idiopathicus tályogok azonban a garat oldalán foglalnak helyet, míg esetünkben a tályog középen volt, úgy amint spondylitis tuberculosából származó sülyedéses tályogok szoktak.

Gümős csigolyagyuladás ellen szólt a csecsemő fiatal kora (két hetes), a megismételt Pirquet és intracutan tuberculin reactio negativ volta, a genyben talált és kitenyésztett Fränkel-féle diplococcus.

Ezért mindezek figyelembevételével, továbbá a garatmögötti tályoggal közlekedő nagy tarkótáji tályog s a felső végtagok spasticus bénulása alapján felvettük, hogy *a nyaki csigolyáknak heveny pneumococcus-osteomyelitise forog* fenn, s ez okozza a fenti tüneteket.

A további lefolyás, majd a boncolás igazolta kórjelzésünk helyes voltát.

Rövidesen ugyanis, tekintettel, hogy a duzzanat a nyak hátsó részén és oldalt alig engedett, hátul megnyitjuk a tályogot. (*Milkó Vilmos* dr., egyetemi magántanár.). Metszés a gerincoszloptól balra 1.5 cm-el, az V—VI. nyaki csigolya magasságában. Behatolás a mély nyakizmok között a hátsó garatfalig. A hátsó seben megejtett sondavizsgálat a csigolya testek egyikét egyenetlen felszínűnek találta.

Az ismételten megejtett röntgen felvétel a csigolyákon semminő elváltozást nem mutatott.

A nyaki duzzanat azonban ezután is csak igen lassan csökkent. A felső végtagok spasticus bénulása is lassan kezdett négy heti megfigyelésünk alatt javulni és pedig először a jobb, majd a bal oldalon.

Azonban baloldali középfülgyuladás, majd mindkét alsó lebenyben confluáló bronchopneumonia fejlődik nagy súlyveszteségekkel. Végül kifejezett tarkómerevség és az agyhártya gyuladás többi tünetei mellett beáll a halál.

A boncolás (*Wolff Károly* dr., egyetemi magántanár) megerősítette a klinikai diagnosist, amennyiben: A bal mellüreg kúpjában, ahol normalisan az apex fekszik, az apex mögött subpleuralisan, három, részben összefolyó, mintegy zöld borsónyi nagyságú, erősen előbomborodó tályog. Az I. háti és *III. nyaki csigolyákról a periosteumot a geny leválasztotta, úgyhogy a csontállomány csupaszon látszik.* A III. nyaki csigolya körül a szövetek elrendeződése és színe kiürült tályog benyomását teszik. Ezenkívül: Bronchopneumonia disseminata lobi inferioris pulmonum utriusque. Otitis media lateris sinistri. Meningitis basilaris sero-fibrinosa. A III. nyaki csigolya górcsövi vizsgálata is igazolta kórisménket.

Esetünkben tehát a III. nyaki csigolya pneumococcusos osteomyelitise forog fenn. Ez vezetett a garatmögötti tályog képződéséhez s ez okozta a felső végtagok bénulásos tüneteit. Utóbbiak azáltal, hogy a geny ürülésével a nyomás csökkent, lassú, fokozatos javulást mutattak ugyan, azonban a kifejlődő hurutos tüdőlob, agyhártyalob, a csecsemő halálához vezetett.

Esetünket azért tartottuk közlésre érdemesnek, mert hozzá hasonlót a számunkra hozzáférhető irodalomban nem találtunk.

Tudjuk, hogy az osteomyelitis a csecsemőkorban főleg a hosszú csöves csontokban székel. Csupán *Finkelstein* említi meg tankönyvében, hogy látott egyszer nyaki és egyszer az ágyéki csigolyákban osteomyelitist, továbbá *Madier* ír le huszonkét napos csecsemőnél acut osteomyelitist, de hogy itt van-e szó retropharyngealis tályogról, nem tudjuk, minthogy a kérdéses közlés nem volt részünkre hozzáférhető.

A garatmögötti tályogok osztályozásában sem szerepel ez az alak. Megkülönböztetjük az idiopathiás tályogot, mely lymphadenitis retropharyngealisból ered, a spondylitis tuberculosából eredő sülyedésest, a traumaticus és metastaticus eredetűt.

Ezek alapján tehát *mint ötödik alakot hozzá kell vennünk* — bár ritkán fordul is elő — *a nyaki csigolya osteomyelitiséből származót is.*

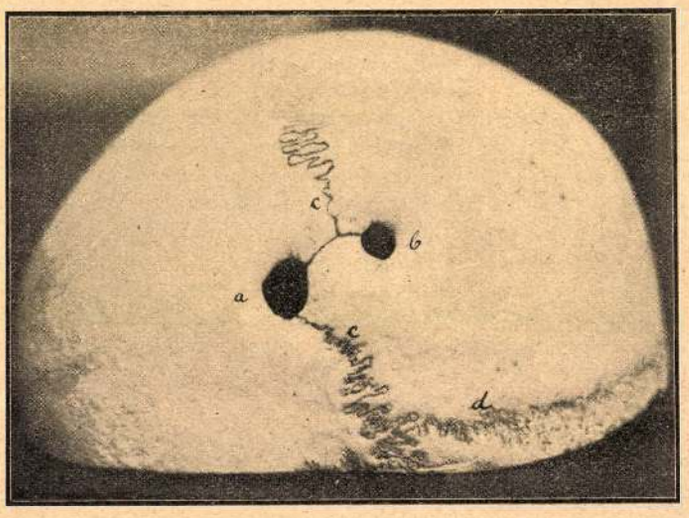
Irodalom: *Bókay—Flesch—Bókay:* A gyermekorvoslás tankönyve IV. kiadás. — *Finkelstein:* Lehrbuch der Säuglingskrankheiten II. kötet, 837 lap. — *Madier:* (Nourisson 10., 1922. No 3., idézve *Bosch:* Jahrbuch für Kinderheilkunde 112., 51.)

RÖVID KÖZLÉSEK A TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSI GYAKORLATBÓL.

Vasvármegye és Szombathely Város Közkórháza Prosecturájának közleménye.

Megtévesztésre alkalmas fejlődési rendellenesség a koponyaboltozaton.

45 év körüli férfi holttestének rendesen fejlett koponyája boltozatán a nyilvarrat hátsó részének két oldalán, a falcsonti lukaknak (foramina parietalia) nagyjában megfelelő, a falcsont hátsó széle előtt mintegy 30 mm-nyi távolságban fekvő helyen, egy-egy a csonton keresztül hatoló, kivülről és belülről egyforma kerekded nyilást találtam, amelyek fokozatosan elvékonyodó ledomborodott, sima széllel végződtek és fasciaszerű hártya által teljesen el voltak zárva.



1. ábra. A koponyatető hátulró tekintve. 2/3 természetes nagyság. *a), b)* a csonthiányok; *c)* sutura sagittalis; *d)* sutura lambdoidea.

A baloldali nyilás 14x10, a jobboldali 8x7 mm. átmérőjű, előbbinek belső széle a koponyaboltozat középvonalától 10, az utóbbié 3 mm-nyire esik; azok helyén a nyilvarrat hátrafelé nyitott derékszögben villaszerűen oszlik és két ága sima szélű, fogazat nélküli résekként bele nyilik a csonthiányokba. Az oszlás helyétől hátrafelé a nyilvarrat megszakad s a folytatásának megfelelő fogazat a baloldali nyilás hátsó széléből ferdén halad a nyakszirtpikkely csúcsáig.

A különös leletnek nemcsak ritkasága miatt, hanem főleg azért van nagyobb jelentősége, mert a csonthiányokat felületes vizsgálat luktörések gyógyult maradványainak, esetleg olyan lövési sérülés maradványainak tarthatná, amelynél egymás mellett két golyó hatolt be a koponya üregébe. A sérüléstől való eredést azonban határozottan kizárja az a körülmény, hogy sem a csonthiányoktól kifelé, tehát a fejbőrön, sem azoktól befelé az agyburkokon, az agyon sérülésnek maradványai nem mutatkoztak. A lőfegyverből eredő sérülést határozottan kizárta a projectilok hiánya is. Minthogy pedig a feltalált változás csontmegbetegedésnek sem felel meg, azt csak a méhen belőli életben létrejött fejlődési rendellenességből



2. ábra. A koponyatető belülről tekintve. Természetes nagyság. *a), b),* csonthiányok; *c)* sutura sagittalis.

lehet magyarázni annak megengedésével, hogy egy eredetileg fennállott fejlődési rendellenességhez a szüléssel kapcsolatosan létre jött sérüléses változások is hozzájárulhattak.

Görög Dénes dr., közkórházi főorvos, kir. törvényszéki orvos.

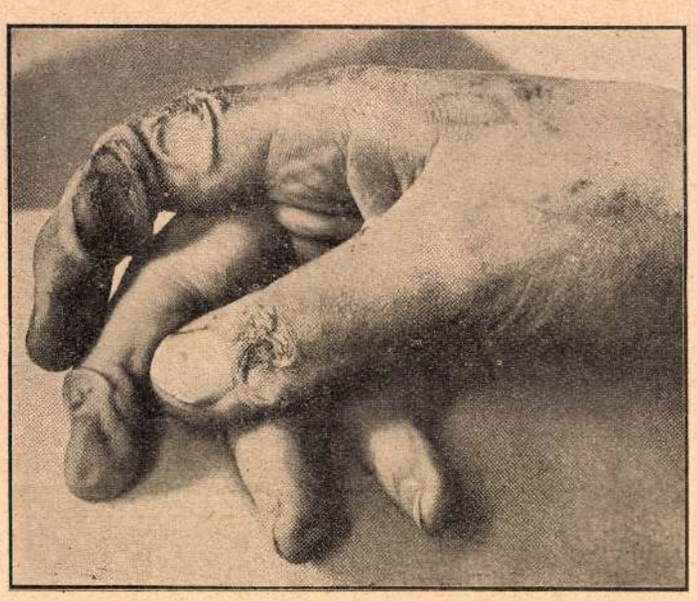
A budapesti Törvényszéki Orvostani Intézet közleménye.

Különös villanyáram sérülés.

A világító, tehát az alacsony feszültségű áram aránylag ritkán okoz olyan elváltozásokat, amelyek a holttesten felismerhető nyomok alakjában jelentkezik. Az esetek nagyobb számában sérülés nem is mutatható ki és a boncvizsgálat alkalmával, csak más halálok kizárásával és a körülményekből következtethetünk az áram hatására. Az alábbi esetet ép a sérülések jelenléte miatt tartjuk közlésre alkalmasnak.

Lakásán ágya előtt a földön fekve, kezében *égő* villany asztali lámpával, ingre vetkőzve, mezitláb, halva találták a középkorú férfit. Jobb kezén a mellékelt ábrán látható sérülések voltak, amelyek a bőr felhólyagosodásától, részben a csontig hatoló elszenesedésből állottak. A sérülések környékét, ledörzsölhető zöldes fekete anyag fedte vékony rétegben. Az elszenesedés legerősebben a mutató ujj orsói és tenyéri oldalán mutatkozott, vagyis ott, ahol az ujj bőre a lámpa fémrészével közvetlen érintkezésben állott és a középső ujj II. ízpercének hátán, amely viszont a betonpadlón feküdt. A helyszíni vizsgálat alkalmával megállapítást nyert, hogy az asztali álló lámpásnak testzárlata volt, azaz az egyik vezeték szigetelő rétegének sérülése folytán a lámpaállványnak fémrészébe is eljutott a hálózat 220 Volt feszültségű váltóárama. Amidőn az elhalt levetkőzés után íróasztaláról az ágya mellé akarta helyezni lámpáját, az áram kezén keresztül jutott a testébe s a betonpadlón át a földbe.

Az eset különös érdekessége, hogy *a biztosíték nem olvadt ki* s az izzólámpa a holttest feltalálásáig (reggelig) égett és azt a látszatot keltette, mintha az elhalálozás más, a villanyáramtól független okból következett volna be.



Különös figyelembe részesítendő villanyáram okozta balesetnél a beton (cement) padlózat, melynek áramvezetőképessége különféle körülményektől, sőt még a meteorológiai viszonyoktól is függően változhatik. *Jellinek* ksiérletei és mérései, amelyeket zárt helységben levő beton padozaton végzett, bizonyítják, hogy nedves időjárás esetén az áram átbocsájtó képessége a vaséval megegyezik, viszont száraz időben a beton úgy szigetel, mint a gummi. *Wietrich Antal dr.*, egyet. tanársegéd.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A meningitis cerebrospinalis therapiájáról. *Teissier — Chavany.* (Presse médicale. 1930. 79. sz.)

A meningitis cerebrospinalis serotherapiája gyakran teljesen csödöt mond, gyakran pedig a folyamat anormális fejlödését okozza. Az előbbi oka lehet a beteg kora (csecsemők érzékenyebbek a meningococcussal szemben), a csira virulentiája (a B. varietas igen resistens), a liquor másodlagos fertőződése. A sikertelenség legfőbb oka a gyulladásos exsudatum fibrinjének szervülése által létrejött gerincagyi letokolódások. Ezek ugyan bárhol létrejöhetnek, mégis a leggyakoribb, a legfontosabb és a therapia számára leghozzáférhetőbb a cerebellomedullaris blokád. A lenövések a gyógyszer elterjedését a liquorban megakadályozzák. Jelenlétükre a klinikai és a humoralis tünetek divergentiájából következtethetünk. A láz magas, a pulsus szapora, a fejfájások, delirium, látászavarok fennállanak, azonban a liquor sokkal tisztább mint az előző punctióknál csiramentes és a leucocyták intactak. A magasabb regiókban eszközölt lumbál-, esetleg suboccipitalis punctio rögtön felvilágosítást adhat. Mivel az előző punctiókor iniciált serumot többé-kevésbbé tiszta állapotban kapjuk vissza, ezáltal bebizonyosodna, hogy a meningealis serosa nem absorbtióképes. Sokan a magas dosisban befecskendezett serumot okozzák a lenövések képzésével.

Bármelyik kezelési módot alkalmazzuk, a gyógyszert közvetlen érintkezésbe kell hoznunk a laesio helyével, mert csak localis hatásra számíthatunk. Ezután a lumbal-, suboccipitalis, a lépcsözetes és ventricularis punctiók értékét és technikáját ismertetik.

Tíz teljes gyógyulással végződő eset közül négyet naponként kétszeri 20 ccm mono-, illetve polyvalens serum intralumbalis és egyszer 50—100 ccm intramuscularis iniectiójával kezeltek. Ha a serotherapia néhány napon megfelelő dosisban adva nem használ, 4—5 napi pihenő után intralumbalisan és intramuscularisan felváltva tejet adunk. A gerinccsatornába csak addig iniiciálunk 1—2 ccm tejet, míg a liquor tisztulni kezd.

A tripaflavin és gonacrin 1:1000—1:50.000 higitásban napi 3—5 ccm mennyiségben a gerinccsatornába, esetleg egyidejüleg 2%-os oldatból 5 ccm i. v. adva teljesen veszélytelen és igen hatásos. *Pély dr.*

Kisagyi tumorok differentialdiagnosisához. *C. Schilling.* (Münch. Med. Wschr. 1931. 1. sz.)

Szerző két agytumor esetét közli. Általában agynyomásos tüneteken (fejfájás, hányás, pangásos papilla) kívül egyik esetben sem talált góctüneteket, melyek alapján a tumor localisalható lett volna. Localizálás céljából mindkét esetben encephalograpiát végeztek előzetes óvatos liquorlebocsájtás után lumbalpunctióval. Az első esetben a levegőbefúvás után készült röntgenfelvételeken kevés levegő volt látható a subarachnoidalis üregekben és a fissura longitudinalisban. A felvételeken a fissura longitudinalisnak megfelelő levegő pontosan a középvonalban volt látható, mely körülmény haemisphera tumor ellen szólt. A befúvott levegő legnagyobb része nem jutott a pons magasságán túl. E két körülményből szerző a tumort a hátsó scalaba lokálozta. Az obductio elkalmával a bal kisagyféltekében szilvanagyságú megrepedt cystát (haemangiómát) találtak, kifejezett hydrocephalus internussal. A második esetében a levegőbefúvás után készült felvételeken a két oldalkamra légtartalmában lényeges különbség volt látható: a bal kifejezetten jobban telődött, mint a jobboldali. A röntgenkép alapján szerző a harmadik agykamra környékén mélyen fekvő tumorra gondolt, mely hydrocephalust okoz és a jobb oldalkamrához vezető utat elzárja. A sectio alkalmával a jobb kisagyi féltekében diónagyságú solitaer tuberculumot találtak, a gyrusok lelapúltak volta és nagyfokú hydrocephalus állt fenn. A foramina Monroi-k szabadok voltak, az oldalkamrák nagyságbeli különbsége nem volt kifejezett. Az oldalkamráknak az encephalographia alkalmával beállott egyenetlen telődésére kielégítő magyarázatot nem talált. Szerző eseteiből két következtetést von le: 1. ha kevés liquort bocsájtunk le, levegőbefúvás után az oldalkamrák látszólagos assymetriája léphet fel és tevés diagnosisra vezethet; 2. a lagtöbb szerző agytumoroknál, főleg ha kisagyi tumor gyanúja áll fenn, a lumbalpunctiót igen veszélyes beavatkozásnak tartja és inkább a ventriculus punctiót ajánlja. Eseteiben a betegek a lumbalpunctiót és az azt követő levegőbefúvást (egyik esetben 70, a másik esetben 30 ccm. levegőt) feltünően jól türték, sőt rövid időre fejfájásuk csökkent. Ugylátszik kis liquor mennyiségek óvatos lebocsájtására azonnali levegőpótlással a nyomásingadozást a minimumra reducalja és a kellemetlen utókövetkezmények elmaradnak. *Dvorák dr.*

Sebészet.

A varioxok kezelése. *Laqua.* Breslau. (Bruns Beitr. 150. 2.)

A visszértágulatok ellen ajánlott és gyakorolt mütétek történeti áttekintése után szerző megállapodik a Madelung-féle mütétnél, mint amely a legjobb, szinte 100 százalékos tartós eredményt adja. Ennek is megvannak azonban a maga nagy hátrányai: az igen hosszú sokszor rútító bőrheg, az infectio és thrombosis veszélye, valamint a mütét után sokszor megmaradó lábszároedema. Alkalmas esetekben e helyett sikerrel végezhető a Narath- vagy Babcok-féle subcutan kiirtás. A Rindfleisch-féle spiralis behatolású mütéttel klinikájukon ugyan elérték a varixok eltünését, de helyettük rútító és nagyon kellemetlen elephantiasis lépett fel, amiért is ezt a fajta mütétet régen elhagyták. A visszértágulatok mütéti kezelése tárgyalásának végén az injectiós kezelés ellenzőinek thrombosist félő aggodalmára az utolsó évek 11 különböző operativ statisztikáját közli, amelyek figyelmes tanulmányozásából kitünik, hogy az aránylag kicsiny beavatkozások mortalitása ijesztően magas. A modernebb injectiós kezeléssel szerző sokkal bővebben foglalkozik; a thrombosist célzó injectiók több mint egy századra visszatekintő történetének tárgyalása után szerző a befecskendezés technikájáról és a szer megválasztásáról, mint a két leggyakrabban veszélyt rejtő esetleges hibaforrásról ir bővebben. A jó injectiós készitménynek kellő mérvü intimasérülést kell okoznia teljesen biztosan, illetve erősen ülő thrombus-képződés mellett, de általános mérgező tulajdonságokkal nem szabad birnia. A csak történeti multra visszatekintő szerek, mint a sublimat, natrium salycylicum, chinin-urethan, a kiterjedt necrosisokat okozott natrium carbonicum, natrium citrat, stb. ma már nem jönönek számításba a konyhasó invert- és szőlőcukor készitmények mellett. Leghasználatosabb szerek ma: a varicophtin (20%-os konyhasó + anaestheticum), a varicocalorose (50—60%-os invertcukoroldat) és a varicosmon (50—60%-os szőlőcukoroldat). Az intravenás injectio technikájára vonatkozólag leg-

jobb mindenkinek a sokszor gyakorolt egyénileg kidolgozott módszere. Az injectiós kezelés veszélyeinek tárgyalása után szerző rámutat arra, hogy nem az fontos, hogy egyáltalán veszélyes-e ez a módszer, de hogy egyforma hatás mellett melyik a veszélyesebb: a mütéti vagy befecskendezési gyógyitás. Ilyen szempontból vizsgálva kitünik, hogy míg az operativ mortalitás fél—három % között ingadozik, addig az 53.000 esetet felölelő nagy amerikai injectiós statisztika csak 11 halálesetről számol be, ami 0.02% mortalitásnak felel meg. Ajánlatos kezelés után éjjelre az ágy fejvégét magasabbra emelni, hogy esetleges leváló thrombusok a pervers centrifugalis áram irányát kövessék. Ellenjavallatát képezi ennek a kezelésnek vesebaj, diabetes, incompensalt vitium, súlyos periferiás arteriosclerosis és a franciák által hangsúlyozott claudicatio intermittens. Magától értetődő, hogy minden acut és subacut visszérgyuladás absolut ellenjavallatot képez mindkét eljárással szemben. Recidivára 15—20%-ban számithatunk az injectiós kezelésnél, míg mütétek után 20—40% a kiujulás; ha ehhez még hozzávesszük, az operativ gyógyitás sokkal nagyobb mortalitását és ezzel szemben figyelembe vesszük az injectiós kezelés ambulanter kivihető, a betegsegélyző pénztárakat anyagilag is sokkal kevésbbé terhelő elönyösebb voltát, úgy szerző szerint a sebésznek a jövöben az eddiginél is többet kell a visszértágulat ezen nem sebészi gyógykezelésével foglalkoznia. *Marx József* dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A pernocton jelentősége a szülészeti kábálom fejlődésében. *E. Vogt.* (Wiener Med. Woch. 1931. 2. sz.)

Szerző összehasonlítja az újabban használt pernoctont a régi scopolamin-morphin kábálommal s a két eljárás közti különbséget ismerteti 1000 pernocton altatás kapcsán. A scop.-mo. veszélyes úgy az anyára, mint a magzatra nézve. Elsősorban károsan befolyásolja a fájásokat, amennyiben azok renyhék s ritkák lesznek s ezátal a szülés nagyon elhúzódik. A szülés ezen elhúzódása veszélyes, különösen idöelötti burokrepedésnél, mert így az infectio lehetősége gyakoribb. A hasprés müködését is gyengíti. A szülés elhuzódása s a fájásgyengeség folytán gyakoribbak a fogómütétek is. *Krönig* szerint 7.3%, *Gausbauer* 13%-ról számol be. Legnagyobb veszélye az elég gyakran fellépő izgalmi stadium; egyes szerzők szerint 29%. Az izgalmi szak lehet oly nagyfokú, hogy néha csak nagy nehézségek árán tudjuk a vajúdót ágyban tartani. A magzatra nézve is veszélyes a scop.-mo., amennyiben ezen mérgek a placentaris keringésbe is átmennek s könnyen okoznak súlyosabb asphyxiát. Ezzel szemben a pernocton, mint barbitursav származék, tehát csak altató és nem narcoticum, mentes ezen mellékhatásoktól. Helyesen alkalmazva úgy az anyára, mint a magzatra nézve teljesen veszélytelen. Fontos a helyes adagolás: 12,5 kg. testsúlyra 1 cm^3 pernoctont intravenásan s 1 cm^3 befecskendésére 1 percet számítva. A fájásokat nem befolyásolja, a szülés nem húzódik el s szülés után atónia vagy nagyobb vérzés nem fordul elő. Az elalvás simán, gyorsan következik be s kellemes az ébredés is. Hányás ritkán fordul elő s ezért célszerü üres gyomorral végezni. Izgalmi állapotot nem észlelt s káros hatást a magzatra nem tapasztalt. Különösen fontos, hogy halál eset pernoctonnal még nem fordult elö. Ezért bátran ajánlja ezen eljárást, mert az eljárás hatásos, technikailag könnyen keresztülvihető s úgy az anyára, mint a magzatra nézve veszélytelen.

Fátyol Csongor dr.

A hidegrázás prognosticus és diagnosticus jelentősége gyermekágyi láz kapcsán. *G. Schäfer.* (Ztschrft. f. Geb. u. Gyn. 99. köt. 1. füz.)

10 év folyamán észlelt 196 eset tanulságát közli szemléltető táblázatok kíséretében. 133 esetben szülés, 24 esetben koraszülés, 39 esetben abortus után lépett fel hidegrázás. Az I. csoportból 42, a II.-ból 8 és a III.-ból 12 beteg halt meg. Jó volt a prognosis azokban az esetekben, amikor a hidegrázás a gyermekágyban későn — az 1. hét után — lépett fel s csak 1—2-szer jelentkezett. Három s több hidegrázás, valamint azok korai fellépte esetén a halálozási szám növekedett. Ezen csoportba tartozó esetek közül azok voltak kedvezöbb lefolyásúak, amelyekben nagy intervallum volt az egyes hidegrázások között s a pulsus állandóan 120 alatt maradt, nagy ingadozásokat nem mutatott. Maga a hidegrázás sem pyaemia, sem már fennálló sepsis specificus tünete gyanánt nem volt értékesithető. Ppaemiás folyamatok feltünő nagy számban lepényleválasztás s gyermekágyi betapintások után léptek fel. 11 esetben végeztek vénaleköteseket. Nyolc esetben a hidegrázások elmaradtak, ami bizonyitja, hogy a piaemiás folyamat megnyugodott. Életben azonban ezek közül csak egy maradt. Három esetben a kórokozók áttörték a vérerek falát s a környéki nyirokerek mentén terjedtek tova, tanulságul arra nézve, hogy tiszta haematogen folyamat megállapitása esetében is fennáll a lehetősége a kórokozók lymphogen szétszóródásának.

Kováts Károly dr.

Gyermekorvostan.

Más betegségek hatása a scarlat-Dick próbára. *G. Eddy* és *L. Mitchell.* (Amer. Journ. of Diseases of Children 40. köt. 963. old. 1930.)

Egyes fertözö betegségek (kanyaró, polyomyelitis, bárányhimlö, szamárköhögés) acut stadiumában kevesebb a positiv *Dick*-reactio, mint a reconvalescentia alatt. Néhány esetben kimutatható volt, hogy előzöleg *Dick*-positiv gyermekek a fenti fertőző betegségek alatt negativakká lettek, más esetekben a *Dick*-reactio késve egy esetben nyolc nap múlva jelentkezett. Hövel elölt streptococcus kivonat 90%-ban a Dick-toxinnal egyező börpróbát adott. Scarlatinás megbetegedés alatt a *Dick*-reactio rendkívül változatosan viselkedik. Van olyan, amely positiv volt és positiv marad, olyan, ahol positiv volt s negativvá válik. Előfordul az is, hogy kezdetben negativ reactio positivvá válik s az is, hogy negativ marad. A betegek 30%-a a 31 nappal a scarlatina fellépte után is positiv reactiót ad. *Surányi Gyula dr.*

A spirocidérzékenység kérdése csecsemőknél. Dr. *W. Courtin.* (Archiv für Kinderheilkunde. 1930. 4. köt. 292. o.)

A congenitalis lues kezelésénél csecsemökorban igen nagy jelentősége van az arsen peroralis adagolásának. Ma legkiterjedtebben a spirocidot használják, adagolására eltérő vélemények vannak. Egyesek igen nagy mennyiséget, mások sokkal kevesebbet tartanak elegendönek. A szerző *Tuscherer* schemáját tartja legmegfelelöbbnek, amelyet ök is alkalmaznak a klinikán. Naponta 1 x ¼ tablettával (á 0.25 gr.) kezdik s lassan emelkednek 3 x 1 tablettáig pro die. A kúra hat hétig tart és hat heti pausa után megismétlödik. Káros mellékhatásokat *Tuscherer* nem látott a spirocid alkalmazása közben. Más szerzök irtak le kellemetlen jelenségeket, amilyen a Herxheimer reactió, hasmenés, exanthema, de ezek a szer kihagyása után eltüntek. *Cazenauve* egy exitusról is beszámolt. Három napi kezelés után általános dermatitis (urticaria jellegü) láz és hasmenés lépett fel, s a beteg exitalt (pro die 2 x 25 ctgr. Stovarsolt kapott). Egy különös arsenérzékenységre gondolt ebben az esetben, mert néhány évvel ezelött más arsenpraeparatumra is dermatitissel reagált. *Opitz* három gyermeknél súlyos cerebralis zavarokat látott kifejlödni spirocid alkalmazása közben, amely két esetben exitushoz vezetett. Csecsemöknél károsodást nem észlelt. *Courtin* ir le két cong. lueses csecsemönél észlelt károsodást. Az 1. csecsemönél, két heti kezelés után súlyos arsendermatitis, magas láz, albuminuria lépett fel. Spirocidot rögtön elhagyták s intravenásan natriumthiosulfatot adtak. A kezeléstől számított negyedik héten exitalt; 2. a kezelés 10-ik napján (eddig 0.68 gr. spirocidot kapott) magas láz, súlyos általános dermatitis lépett fel, de natriumthiosulfatra a tünetek visszafejlödtek. Egy hét múlva a kúrát zavartalanul folytatták spirobismollal.

Minden esetben, mikor a legcsekélyebb tünetek mutatkoznak, a kúrát azonnal félbe kell szakitani.

(A spirocid fenti mennyiségben való adagolását csecsemökorban túl magasnak, feleslegesnek és a csecsemöre nézve veszélyesnek tartjuk. Ezen felfogásunkat megerösitik azok a halálesetek, melyek a szerző is ismertet s amely esetek miatt egyesek idegenkednek a spirocid alkalmazásától. A budapesti gyermekklinika a spirocidot a következő mennyiségben adagolja csecsemökorban: (l. dr. Kiss: Gyógyászat 1930. 126. old.) a kezelés első hetében pro die a 0.25 gr-os spirocid tablettákból 1 x ¼ tabl., a kezelés második hetében, pro die 2 x ¼ tabl., a kezelés harmadik hetében 3 x ¼ tabl. pro die. A kezelés tartama három hónap, utána három hónap szünet, ami után újabb kezelés jön fenti módon. Ezen adagolás mellett egyetlen haláleset sem fordult elö s a kezelés eredménye teljesen kielégitö.) *László Margit dr.*

Urologia.

Hólyagkő és vizeletretentio. Dr. *Rudolf Chwalla.* (Zeitschr. f. urol. chir. 30. I.)

223 esetet dolgozott fel, melyből 202 férfi és 21 nőbeteg volt. A férfibetegek közül 191-nek primaer köve volt, a többi két esetben varratok vagy idegen testek körül képződött secundaer kövek voltak.

A primaer kövek 191 esetéből 144-nél volt prostata-tultengés, 18-nál sphincter merevedés, 5 betegnél húgycső szükület; egy-egy esetben prostata cc.-cystoparésis, prostata tbc. és recidiváló prostata-tultengése volt a betegnek.

A férfi betegek közül csak 17-nek nem volt residuuma, 52-nél a retentiót nem vizsgálta ugyan, ezeknél azonban total-retentio biztos nem volt jelen. A többieknél partialis, vagy totalis vizelet retentiójuk volt. Kővel szövődött prostatatultengésnél tehát acut vagy chronicus *totalis* retentio csak az esetek kis részében található.

A vizsgálatok szerint a kő képződésében két tényező szerepel: 1. *Anyagcserezavar* és 2. *a vizeletlefolyás akadályozottsága.*

A fertőzés legfeljebb előmozdíthatja a kő képződést, de annak okául nem tekinthető, mert hiszen kétségtelenül steril kő képződés is előfordul. Egészen kezdeti, alig kimutatható retentióhoz vezető folyamat már igen gyakran kő képződéshez vezethet, miért is a kő képződést a prostata-tultengés és sphincter merevedés korai tüneténck tekinthetjük. Kitünik a vizsgálatokból az is, hogy a prostata-tultengés rendkívül lassan fejlődik, azonban a kőképződés még a compensalt stadiumban lép fel s igy a manifest tüneteket esetleg évekkel megelözi. A nagy kövek rendesen a prostata-tultengés kezdeti stadiumában találhatók; a legkisebb köveket a harmadik stadiumban találjuk. A kő valószínüleg a detrusor izgatása folytán a gyakori vizelési ingert fokozza és elömozditja a hólyag teljes kiürülését. Ennek bizonyítéka az, hogy a kő eltávolítása után residuum, sőt total retentio lépett fel olyan prostata tultengéses betegeknél, kiknek a mütét előtt csekély vagy semmi residuumok nem voltak. Az ilyen esetekben mütét után fellépett residuum mennyisége nem állott arányban a kő nagyságával. A hólyagkövek túlnyomó része a hólyagban képződik, fiatal egyéneknél azonban a hólyagkő valószínüleg vese eredetü, tehát descendáló módon keletkezik.

A vizsgálatok alapján, ha a vesemüködés és általános állapot megengedi kő és prostatatultengés együttes jelenléte esetén — a kövekkel egyidejüleg *a prostatát is el kell távolítani*, vagy pedig a sphincter ék kimetszését elvégezni. Ha nem járunk el ilyen gyökeresen, akkor kő recidivára számithatunk.

Ennek megfelelően szerző által közölt 202 férfi köves beteg közül 56-nál cystolithotomia, ezek között 51-nél prostatectomia történt, további hét esetben pedig ék kimetszést végzett.

A cystolithotomiánál a mortalitás nem nagyobb, mint lythotripsiánál. A mütét többnyire local, ritkábban lumbal érzéstelenítésben történt. Lythotropsiánál csak lumbal anestesiát alkalmazott.

Prostatectomiák mortalitása csak 12% volt.

A 21 nő esetből a kő kéttőnél nőgyógyászati mütét után lépett fel, tehát átvándorolt varratok, táplálkozási zavar, vagy lelökődött necroticus részek kapcsán fejlődött secundaer kövek szerepeltek.

A vaginalis hólyagmetszés sipoly veszélye miatt újabban mindinkább háttérbe szorul. *Rochlitz dr.*

KÖNYVISMERTETÉS

Handbuch der gesamten Strahlenheilkunde, Biologie, und Therapie. *P. Lazarus.* Bergmann kiadása, München. (II. köt. 3-ik füzet, 307. old. 112 ábrával és számos táblázatta]. Ára 36 M. 80. — 4-ik füzet, 177 oldal 24 ábrával és számos táblázattal. Ára: 22 M. 50.-

A tudomány haladásával lépést tartani akaró radiologus különösen nehéz helyzetben van, amennyiben a sugártherapia egyrészt rohamos fejlődésben van, másrészt olyan határterület, amelybe az orvostudományon kívül a fizika és technika is beleszól. Ez az oka annak, hogy oly nagy számú közlemény lát napvilágot, amennyit kritikai gondossággal átolvasni és sokszor ellentétes közlések közt eligazodni, túlhaladja egy ember munkaképességét. Jelen munka céljául tüzte ki, hogy nem terjengős, de mindamellett minden részletre kiterjedő pontossággal összefoglalva feltüntesse a tudomány mai kritikai álláspontját és könnyen értékesithető formában nyújtsa mindazt, amire a sugárspecialistának úgy orvosgyakorlati, mint elméleti és fizikai szempontból szüksége van.

Jelen két füzet a már eddig megjelent részekből kiváló nak ismert munka kiváló folytatasa. Minden fejezetet más és más olyan szerző dolgozott ki, aki az illető szakterületet specialisan müveli és abban europai hírnévre tett szert. Ezen tárgyalásmód eredménye, hogy minden fejezet nem egyszerü irodalmi referatum, hanem rendszerbe foglalt saját tapasztalatokról kritikailag számol be.

A *3. füzet Forsell* (Stockholm) 64 oldal terjedelmü cikke vezeti be, mely a radiumhemmet 12 évi anyagát feldolgozva szól a sugaras gyógyitás eredményeinek tartósságáról. A további fejezetek:

Opitz: A rosszindulatú daganatok operatiójáról és besugárzásáról.

Jüngling: A rossznidulatú daganatok sugárkezeléséről.

Wintz: Az emlőrák kezeléséről.

Bayet és *Sluys* (Bruxelles): A radium chirurgiáról.

Muir (New-York): A rosszindulatú daganatok kezeléséről radium-inplantatióval.

Berven (Stockholm) terjedelmes cikkben szól a száj, fogak, orr- és szembetegségek sugaras kezeléséről.

A *4. füzet* egyes fejezetei: *Lazarus:* A radiotherapia mint a rákbetegség elleni általános küzdelem fegyvere. (Preventiv eljárások, évenkinti egészségi felülvizsgálatok, daganatgyógyitó intézetek felállitása, amelyet nemcsak mint therapiás centrumok szerepeljenek, hanem „blastologusokat", azaz olyan orvosokat képezzenek ki, akik a daganat-morphologia biologiai és therapia egész terjedelmében jártasak).

Parrisius: Röntgentherapia a belső betegségekben. (Asthma, izületi lobok, ulcus ventruculi, szivbajok, erysipelas, belső secretiók zavarai leukaemia és rokon betegségek vérzés csillapitás lépbesugárzással, stb.)

Solomon (Paris). A morbus Basedowi gyógyitása.

Bacmeister: A belgyógyászati tuberculosis sugaras gyógykezelése. (Klimatologia, napfény kúra, röntgentherapia).

Milani és *Meldolesi* (Róma): A fertőző betegségek röntgentherapiája (malária, tuberculosis, osteomylitis, alveolaris pyorrhoea, poliomyelitis, stb.)

Béclere és *Levy* (Paris): Az idegrendszer sugaras gyógyitása. (Hypophysis, agytumorok, syringomyelia, poliomyelitis, stb.)

Czerny és *Karger:* Sugaras gyógyitás a gyermekgyógyászatban. (Diffus napfény, sugárzó napfény, mesterséges fényforrások, ultraibolya és röntgen mélysugárzások).

Minden fejezet végén az odavágó irodalom pontosan össze van állitva. *Kelen* prof.

Taschenbuch der Medicinisch—Klinischen Diagnostik. *Müller—Seifert.* (J. Bergmann München, 26. átdolgozott kiadás. Ára 15.60 M.)

Az újabb kiadásban megjelent, közel 450 oldalra terjedő diagnostikai segédkönyv ismételten megerösiti az eddig is közismert használhatóságát.

Az új kiadás beosztása körülbelül megfelel a réginek, részleteiben azonban röviden, a lényegre terjedően kiegészíti mindazokkal a dolgokkal, amelyekkel az utolsó kiadás megjelenése óta az orvosi diagnostikai ismeretek bövültek, különösen a finomabb klinikai laboratóriumi vizsgálatokat illetőleg.

Egy-két újabb, képen megszerkesztett ábrával és szines képpel bövült a könyv.

E könyv használhatóságát e helyről alig kell ismertetni, hiszen bizonyítja ezt az is, hogy 40 év alatt 26 kiadásban jelent meg. A tapasztalatok szerint a bövebb laboratóriumi vizsgálatokkal rendelkező klinikai orvos, mint az ezeket részben nélkülöző gyakorló orvos megtalálhatja benne mindazt, ami a diagnosticai ismereteinek kiegészítéséhez szükséges.

Huszák.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület február 14-i ülése.

Bemutatások:

1. **Hedri E.:** *Subcutan máj-kettérepedés gyógyult esete.* 11 éves fiút operált májruptura miatt 4 órával a sérülés után. A máj jobb lebenye ketté volt repedve, a hasüregben két liternyi vér. A lig. hepatoduodenale leszorítására a vérzés megállt, de a májsebet a májállomány törékenysége miatt a szokott módon nem sikerült összevarrni, mert a varratok átvágtak. Ezért a musculus rectusból vett arasznyi izomlebenyt és azt a repedésre helyezve, felette csomózta a varratokat, amelyek ily módon jól tartottak. Zavartalan gyógyulás.

2. **Kürthi L. és Hedri E.:** *Két érdekes rákeset.* 1. 45 éves aszfaltozó munkás, kinek a kórházba való fölvétele előtt 4 hónappal egy csepp forró kátrány cseppent arca jobb felére, ezen a helyen a trauma után 4 hónappal carcinomás fekély fejlődött, mely mütétileg eltávolíttatott. 2. 31 éves férfi 4 éves gyomorpanaszokkal. Próbareggeli után acut peritonitis tüneteivel szállították kórházba, a mütétnél filléresnyi perforatiós nyilás a kisgörbületen lévő öt pengősnyi ulcus közepén. Három hónap mulva újabb mütétnél, az első mütétnél látott fekély helyén tyúktojásnyi, a májban és környéki nyirokcsomókban áttételeket képező adenocarcinoma.

Záborszky I.: Miután a bemutató kiemelte, hogy mily fontos az ipari betegségeknél, annak kártalanítása szempontjából, genesisének kikutatása s megállapitotta, hogy az általa bemutatott arcrákot annak keletkezési helyére freccsent forró

kátrány okozta, indíttatva érezi magát tévedések elkerülése céljából megemlíteni, hogy az ipari betegségek kártalanításáról törvény intézkedik. A Népszövetség genfi Munkaügyi Hivatala kötelezte a tagállamokat 1926. évi határozatával a már nemzetközi egyezménnyel régebben szabályozott foszfor mérgezés kártalanításán kívül a higany és ólom mérgezés maradandó következményeinek és az anthrax fertőzés, mint ipari betegség kártalanítására. E törvényünk (1927. XXI. tc.) 1928. jan. 1-től van hatályban. Tehát sem a rák, mint olyan, sem a kátrány vagy más ártalom kártalanításának törvényi lehetősége ez idő szerint nincsen.

Kürthi L.: Hozzászóló megjegyzésére reflektálva, megállapítja, hogy egyáltalában nem állította azt, hogy nálunk a kátrányokozta carcinomák kártalanítás alá esnek, csupán azt említette meg, hogy egyes államokban a különböző foglalkozás közben szerzett megbetegedésekre kiterjesztett kártalanítási kötelezettség a rákos megbetegedésekre is vonatkozik. Nincs pontosan tájékozva, de tudomása szerint, ha valakinek foglalkozása közben ért traumával oki összefüggésbe hozható betegsége támad, úgy ez nálunk is kártalanítás alá esik. Különben e kérdést csak mellékesen érintette.

3. **Némai J.:** *A tonsillák gyógykezelése röntgensugárzással.* 49 betegéről referál, felnőttekről és gyermekekről, akik így kezeltettek s kiknek állapotát immár évek óta megfigyelhette. Csak egy besugárzás történt és csak egy ülésben. Puha mandulák jól kisebbedtek, de a nagy, fibrosus mandulák nem eléggé. E helyett feltűnt, hogy az addig gyakran megújuló tonsillitisek az esetek 70%-ában megszüntek. Tekintve, hogy a besugárzás adagjait bátran lehet növelni és egy idő múlva ismételni is — amint ezt külföldi közlemények tanusítják — a gyógyulási arány növekedése remélhető. Kivált *Kelen* professor módszerével, mely mindkét tonsillát a nyitott szájon át egyszerre éri és hat hét múlva ismételtetik. E módszer újabban jól bevált ama néhány betegemnél, akik így kezeltettek. A besugárzás semmi kellemetlen mellékhatással nem jár. Érdekes, volt, hogy egy-két betegnél idejében mérsékelt angina catarrhalis jelentkezett, láz nélkül; nyilván ebben az időben volt az újabb tonsillitis esedékes, de nem fejlödött ki. Két eredménytelen esetben utólag mégis tonsillectomia történt, mely semmi nehézséget nem okozott. Előadó egyelőre csupán a gyakori tonsillitis ellen ajánlja ez aránylag egyszerű módszert, mely különösen vérzékeny egyének számára lehet becses.

Révész V.: A tonsillák röntgenkezelésével elért tapasztalatai nagyon jók, különösen a gyakran recidiváló tonsillitiseknél, melyek túlnyomó többsége 2—3, sőt néha 1—2 kezelés után évekig recidivamentessé vált. A tonsillák anatomiai-szövettani szerkezetük alapján röntgenérzékenyek. A kemény fibrosus tonsillák rosszul reagálnak. A hatás kettős, a gyuladás ellen és a hypertrophiák ellen is hat. A kísérő bajok is elmulnak. Ki kell még kutatni az egyes anatomiai és kórtani formáknak megfelelő sugárqualitást, sugárdosist és beállítási technikát, ekkor az eredmények még jobbak lesznek.

Liebermann T.: Ma nincs éppen terjedőben a tonsilla röntgenezés, hanem lassan tisztázódik a kérdés. Körülírt indicatiókra kell törekedni. Histologiai vizsgálatok kimutatták, hogy a beteg tonsillának éppen épen maradt, lymphaticus szövetét támadja meg, míg a veszedelmes stroma, kötőszövet képződményekre nem hat. Ezért helyes lehet gyakori tonsillitisekre így hatni, de óva int attól, hogy belgyógyászilag indicalt tonsillectomiákat akarjunk röntgennel helyettesíteni.

Rejtő S.: Ha a lymphaticus szövet olyan jól reagál a röntgensugarakra, akkor számolnunk kell azzal a körülménnyel is, hogy a tonsillák besugárzásakor a környéki mirigyszövetekre is hatunk. Kérdés, nem ártunk-e ezzel? A garat nylákahártyájában lévő apró lymphaticus szigetek tönkremenése egymagában súlyos tüneteket okozhat.

Némai J.: Az egész mirigykoszorú, mely a garat nyilást körülveszi, ki van téve a besugárzásnak. Sok szerzőnél ez a tulajdonképeni célkitüzés. De ez kárt nem okoz, mert a lymphoid szövet nyilván nem szívódik fel teljes egészében. Minden elmélet mellett is a concrét tapasztalat a mértékadó.

Előadások:

1. **Greiner I.:** *Variola vaccinatio.* 331 himlővédoltás alapján, a sikertelen oltások megfigyelése történt. Az oltáskisérlet sorozatos scarificatiós oltással végeztetett, egy oltási pustula előidézésével. 331 oltásból 14 maradt sikertelen, vagyis 4.2%. Ez a 4.2% megfelel az angol, német és osztrák statisztikai adatoknak. A 14 refractaer oltásból két esetnek revaccinatiója 8 napra történt. A revaccinatio egy ízben sikeres, másik esetben sikertelen oltást eredményezett. 12 refractaer oltás, az azt követő 4—5. napon revaccinálva teljes számban specificus reactiót eredményezett. A 12 refractaer oltás közül 8 siettetett, 2 siettetett mitigált, 2 normalis oltásnak megfelelő oltási reactiót adott. Ezen eredményekből arra lehet következtetni, hogy sikertelen oltások revaccinatiójának optimalis ideje az azt követő 4—5. nap, ellentétben a szokásos 8—10. napi oltásismétlési idővel. Az a tapasztalat, hogy sikertelen oltás revaccinatiója után modificalt oltási reactiók voltak észlelhetők, arra enged gondolni, hogy a refractaer oltás sem marad teljesen hatás nélkül. Feltehető ennek alapján, hogy a refractaer oltásoknál is bejut a vaccina virus a szervezetbe és annak reactióképességét megváltoztatja a vaccina virussal szemben. Meg kell tehát vizsgálni, hogy reactiót nem adó oltásoknál is sikerül-e a vaccina virust kimutatni az emberi szervezetben.

Kanyó B.: Az előadónak azon indítványát, hogy a nyilvános védhimlőoltásoknál a vaccinatiós helyek száma négyről egyre csökkentessék, nem tartja célszerünek a tömegoltások mai formájánál, melyeknek decentralisatiója kívánatos.

Fritz S.: Az előadó oltási tapasztalatai szerint 4% refractaer eset fordul el-. Célszerű volna összehasonlítani ezen adatokat a *Leiner—Kundrabitz*-féle intracutan oltás eredményével, melynél a refractaer esetek száma alig 1%.

Petényi G.: A 12 revaccinalt reactiója három csoportot képez. Ilyen körülmények között következtetni a mechanismusra nem lehet.

Greiner I.: *Kanyó* megjegyzésére azt válaszolja, hogy a variola immunitas nagyobb, mint a vaccinatiós immunitas. *Fritz* kérdésére ez a sorozat nem ad választ, mert scarificatiós oltások voltak. *Petényi* korai reactióról tesz említést, habár ezek siettetett oltási reactiók voltak a refractaer oltásokra vonatkozólag nem nagy számúak, de tekintve, hogy teljes számban azonos eredményt adtak 331 himlőoltás kapcsán, következtetésre alkalmat adnak.

2. **Paunz L.:** *Az amyloidosis kongópróbája.* Az intravenásan befecskendezett kongóvöröst az amyloid anyag nagy mohósággal köti meg, ellentétben a normalis szövetelemekkel, amelyek festetlenek maradnak. Megfelelően megválasztott festékmennyiség amyloidosis esetén egy órán belül teljesen eltünik a vérből, viszont ha nincs jelen amyloidosis, úgy egy órával a befecskendezés után még minden esetben kimutatható abban. Előadó bemutatja az erre alapított diagnosticai eljárást, amely az amyloidelfajulás megállapítását az eddigieknél exactabban teszi lehetővé.

Közkórházi Orvostársulat február 4-i ülése.

Furka S.: alelnök kegyeletes szavakban emlékezik meg *Lados L.* Szt. László kórház orvosának korai haláláról, aki hivatásának végzése közben szerezte végzetes bántalmát.

Milko V.: *48 órás totalis léprepedés műtéttel gyógyult esete.* 12 éves fiút mutat be, ki mult év július 14-én négy méter magasságból lezuhant. A következő két napon gyakori hányás, szék és szélrekedés, hasfájás. Felvételkor nagyfokú elesettség, cyanosis, szapora gyenge pulsus, kifejezett anaemiás jelenségek nélkül. A has puffadt, feszes, a bal borda ív alatt erős érzékenység májtompulat megtartott; vizelet, végbél vizsgálat negativ. D.: lépruptura? Műtétnél a hasüregben aránylag kevés folyékony és alvadt vér; a lép haránt irányban két egyenlő nagyságú s egymástól teljesen különálló darabokra repedt széjjel a distalis darab, a lépkocsánnyal függ össze, a vena lienálison 1½ cm. hosszú repedés. Splenectomia, teljes hasfal varrat. A műtét után csaknem moribund gyermek vértransfusióra lassan magához tér. Sima gyógyulás, már két nappal a műtét után 2,680.000 v. .v., mely 10 nap mulva 3,700.00, ½ hóval a műtét után pedig 4,380.000 emelkedett. Ezen kívül erős lympocytosis az eosinophil sejtek mérsékelt szaporodása volt kimutatható. Az eset figyelemre méltó annyiban, hogy a lép súlyos roncsolása és a lép hilus sérülése dacára hiányoztak a heveny anaemia tünetek és a hasüri vérzés is aránylag mérsékelt volt. Ez valószínüleg úgy magyarázható, hogy a képződött véralvadék tamponálta a roncsolás helyeit. A beteg 48 órás léprepedése után még több órás utazást is kiállott anélkül, hogy elvérzett volna. Előadó foglalkozik még az ú. n. szakaszos léprupturákkal, melynek lehetőségét esetében nem lehet teljesen kizárni.

Rohák P.: A trauma után 36 órával operált fiatal férfi léprepedését ismerteti. Diagnostikai érdekessége az esetnek, hogy a legnagyobb hasérzékenység a jobb hypochondriumban volt; itt volt ugyanis a vér ömleny, Sérült simán gyógyult.

Szarka V.: *Raynaud kór érdekes esete.* Bemutatott egy 4 éves leánygyermeket, akit egy év előtt vettek fel a Madarász-utcai csecsemő és gyermek kórháza. A gyermeknél typusos Raynaud kórt észleltek a kéz- és lábfő, fülkagylók, orr hegy rohamokban jelentkező, előzetes elsápadás utáni cyanosisával, a fülkagyló kis részének elhalásával. Érdekességet kölcsönöz az esetnek az, hogy a rohamok hidegrázás és láz kíséretében

jelentkeztek s a rohamokat követőleg a vizeletben — a szerzők által leírt haemoglobinuriával szemben — ép vörös vérsejteket találtak. A betegnél, az anyánál és testvérénél a Wa. R. erősen positiv volt dacára annak, hogy a korelőzményben semmi sem utalt bujakór fennforgására. Kombinált neosalvarsan-bismosalvarsan kezelésre teljes gyógyulás.

Nebenführer L.: *Érdekesebb lues esetek.* 1. 25 éves leány öt hete észleli kiütését. Főleg a mellen, háton és sürün a keresztájon, helyenkint gruppokban elhelyezett, folicularisan ülő apró finom papulákat látnak. Az egész bör reszelös. Első pillanatra pytyriasis rubra pilarisra, keratosis pilarisra gondolnak, de ezek nem csoportokban lépnek fel, chronicus természetüek s más localisatiójúak. Ezek után két kórképet kellett differentiálni, a lichenoid syphilist és lichen scrophulosumot. Néha az elkülönítés nehéz. Esetünkben a lues kórismézése nehézségekbe nem ütközött; mert a kisérő tünetek, papulás szine, torok plaqueok, végbél körüli gyér condylomák Wa. R. és Müller reactiók positiv volta mind mellette voltak. A kórképet tehát a lichenoid syphilis accuminált alakjának vették fel. *Guszman* prof. hívta fel a figyelmet arra, hogy a lichenoid syphilid föleg tbc-s egyéneknél lép fel. Betegük korelőzményében haemoptoe szerepel. Pirquet reactio positiv. Rtg. lelet hilusok kiterjedtek, kötegesek, tömegesebb babnyi góccal. Jobb csúcs fátyolos, nem tisztul fel.

2. 43 éves nő térde egy évvel ezelőtt dagadt meg fájdalmasan. Akkoriban gypsbe helyezték, amelyet egy hétnél tovább hordani nem birt. Meleg fürdőkre állapota javult, három hó előtt, bemondása szerint, a bal lába újból fájdalmas lett, kis kelése keletkezett. Akkor érgyuladás ellen kezelték lábát és polcolták. Pár nap mulva a daganat felfakadt, Mikulicz kenőcsre feltisztult, de a fekély terjedt. A beteget férfi tenyérnyi beszürödött éles szélü gummával vették fel. Seroreactiók erősen positivak, lumbal punctio negativ.

3. 63 éves nő. Korelőzményében feltünő lassú emelkedés, látszólagos spontan gyógyulás, 30 év előtt bal térde alatt diónyi csomó keletkezik, orvosa felvágja, mire jobban kifekélyesedett, szétesett, de higanyzacskók alkalmazásával sebei begyógyultak sugaras, karélyozott szélü hegek hátrahagyásával, 12 évig tünetmentes volt, amikor bal felkarján, mell csontján, lábszárán újból csomók, fekélyek keletkeztek. Indifferens kenőcsökkel kezelte, állapota megint javult. Féléve lába újból kifekélyesedett s ma már a boka felett az alszár külső felét magába foglaló felhánytszélü, keménytapintatú erősen széteső büzös vérző daganatot látunk. Szöveti lelete a typusos cc. spinocellularis képét mutatja. Itt tehát a lueses heg volt a rosszindulatú szövetburjánzás kiinduló pontja.

Szilágyi I.: *Darier-féle betegség.* 30 éves férfibeteg családjában hasonló baj nem volt. Baja 15 éves kora óta áll fenn. Apró vörös kiütések keletkeztek a törzsén, majd a végtagjain, melyek később megbarnultak. A gyógykezelés eddig eredménytelen volt. A háton, nyakon, mindkét hónalj mentén, a törzsön, a genitofemoralis hajlatokban a sacralis tájon, apró gombostűfejnyi, hyperkeratotikus borítékkal bíró isolált papulák. Mindkét kézháton verrucae juvenilisre emlékeztető kövezetszerű rajzolatot mutató, a normalis bőr színétől alig eltérő papulácskák. A Wa. R. negativ.

Pilau G.: *Extragenitalis syphilis infectio.* 19 éves fodrász segédet mutat be, aki elmondja, hogy az utóbbi időben mindenap csókolódzott. Kb. négy hét előtt az alsó ajka kisebesedett és az állkapocs alatti mirigyei megduzzadtak. A beteg alsó ajkán fillérnyi pergamentszerüen beszáradt erosio, melynek alapja porcképenyen infiltralt. (Spirochaeta positiv). A bal állkapocs alatti mirigyek babnyiak, porcképenyek, különállók; szabad szemmel is láthatók. Általános adenitis Wa. R. ++++. Ezen esettel kapcsolatban elmondja az extragenitalis infectiók előfordulási helyeit és módjait.

Fiesch Á.: *A chorea minor kezelése nirvanollal és luminallal.* A Madarász-utcai gyermekosztályon nirvanollal 9 és luminallal is 9 chorea esetet kezelt. Eredményei nagyon szépek voltak. A nirvanolos esetek közül 7 rövid idő alatt teljesen gyógyult (egy súlyos eset pl. 13 nap alatt) kettőnél nem volt teljes az eredmény, úgyhogy az egyiknél utólag még salvarsant, a másiknál luminalt alkalmazott. Luminalnál napi adag 0,135—0.18 gr. volt, utána csupán az esetek kisebb részében látott kiütést, míg lázat, eosinophiliát többször. *A luminalos esetek mind rövid idő alatt teljesen gyógyultak.* A legrövidebb gyógytartam 12 nap, a leghosszabb egy esetben 35 nap volt. A luminalt, mint nagyon hatásos, biztos és aránylag rövid idő alatt célhoz vezető szert ajánlja a chorea kezelésére.

Faludy G.: A nirvanol adagolása folyamán fellépő exanthema csalódásig hasonlíthat a morbilli exanthemához, ez a körülmény tartotta vissza felszólalót attól, hogy osztályán nirvanollal kísérletezzék. A chorea minor kezelésénél elért gyógyulási eredmények megítélésénél óvatosságra int, mert a vitustanc esetei teljesen kiszámíthatatlanul viselkednek az alkalmazott gyógyeljárásokkal szemben. Az oly gyakran már rövid idő múlva észlelhető recidivák pedig problematikussá teszik gyógyeljárásaink eredményességét. A chorea minor gyogykezelésének és az alkalmazott gyógymódok hatásmódjainak kérdését egyelőre még megoldatlan problemának kell tekinteni.

Sarbó A.: Valószínünek tartja, hogy a bántalomnál a folyamat a tuber cinereumról a striatum kis sejtjeire terjed át. A nirvanol, mint izgató, a folyamatot élénkítő szer hat. A luminal kis adagjai, úgyszintén a fanodorm is börviszketést okoznak, ami kis gyermekeknél kellemetlenségeket okozhat. Idiosyncrasiás egyéneknél a luminal scarlatszerü kiütéseket utánozhat. Felnötteknél a 0.10 gr. luminal tisztességes adag, kérdi, kis gyermekek hogyan türik a 0.18 gr. adagokat?

Kern T.: A polyarthritis és chorea minor közötti aetiologiai összefüggés a polyarthritis kezelésénél jól bevált tejinjectiók alkalmazását indokolttá teszi a nagy nyugaltalansággal járó chorea esetekben is. Jó eredmény tejinjectiókkal éppen azon esetekben érhető el, amelyek lázzal és az első befecskendések után fokozottabb nyugtalansággal reagálnak. A hatás lényege a choreánál csökkent müködést végző striatum sejtek müködésének fokozódásában rejlik a protoplasma activálás tana értelmében. A tej alkalmazásával choreánál elért kedvező eredményekről *Somogyi I.* beszámolt 1927-ben. Célszerüen combinálható a protein therapia az előadó által ajánlott luminal kezeléssel is.

Lénárd Gy.: *Hainiss* professor gyermekklinikáján eddig 19 esetben alkalmazta a nirvanolt napi 2x0.15 gr. mennyiségben a kiütés megjelenéséig, de legfeljebb 12—13 napig, igen jó eredménnyel. A tisztán nirvanollal kezelt esetekben a kiütés 10—11 napon jelentkezik. Tejinjectioval előkezelt eseteknél az exanthema nem jelentkezett, resorcin injectiók az exanthema fellépésének idejét úgylátszik siettetik. Lósavó injectióra jelentkező exanthema és láz therápiás hatásában a nirvanol adagolással úgy látszik nem teljesen egyenértékü. Ezirányú vizsgálatok folyamatban vannak.. Ilyen esetekben a serumexanthema után kezdett nirvonal kezelés exanthemára nem vezetett. Végül felhivja a figyelmet *Lederer* dr.-al végzett parathormon-eosinophilia vizsgálataira, melyeknek a chorea minor differential diagnosisában tulajdonít nagy jelentőséget, továbbá a Szt. László-kórházban *Bosányi* tanár osztályán felkérésére pertussisnál megkisérelt nirvanol kezelésre, melynek alapja az a meglepő jó hatás, melyet pertussisnál luminálexanthema kapcsán észlelt.

Farkas J.: *Hasenfeld* osztályán a luminal helyett egy choreában szenvedő betegnek 3x0.05 gr. sevenalt adott kedvező eredménnyel. A luminal helyett ezen magyar készitményt ajánlja.

Csapó J.: A chorea minor therapiájának megítélésénél mindig figyelembe kell venni, vajjon a thrapiás aljárást első ízben jelentkezett vagy recidiváló choreánál alkalmazzuk-e? Az egyetemi gyermekklinikán egy nagyon súlyos, friss choreánál két ízben végeztek vér átömlesztést s az 21 nap mulva a saját lábán, gyógyultan hagyta el a kórházat. Recidiváló, enyhébb choreánál a transfusio teljesen hatástalan volt.

Kiss P.: Valószínünek látszik, hogy a nirvanol hatása a chorea minor eseteiben úgy fogandó fel, mint a szervezetnek valamilyen áthangolása, ami hasonlót lezajlása szempontjából egyes fertőző betegségek alatt észlelt elváltozások lezajlásához. Ezt látszik megerősíteni az az eset, amelyet a bpesti gyermekklinikán észlelt.Egy öt éves leány a chorea minor második hetében scarlatinát kapott, a scarlatinás exanthema és a lázas szak elmulása közben már is kifejezett javulás lépett fel az incoordinált mozgásokban, majd a scarlatina második hetében az incoordinált mozgások teljesen megszüntek, azonban az izmoknak még mindig nagyfokú hypotoniája maradt meg.A beteg a scarlatina ötödik hetében otitis med. sup.-t,majd mastoidist kapott, a genyes folyamat lezajlása után az izmok hypotoniája megszünt, úgyhogy a hámlás befejezte után a beteg a choreából teljesen gyógyultan távozott a klinikáról.

Fiesch Á.: Ismételten hangsúlyozza, hogy a luminal nyújtott adagja a megengedettnek felét sem teszi ki. Sohasem látott a luminaltól sem hátrányt, sem kellemetlenséget. A gyógyulási tartam pedig jelentősen rövidebb volt a más gyógyeljárások mellett észlelhetőnél. A hatás módját vitásnak tartja; valószínű, hogy a nirvanol és a luminal is a törzsgócokra hatnak. Az eosinophilek száma a kezelés kezdetén mindig normalis volt. Nem észlelte, hogy magának a choreának lenne befolyása az eosinophilek számbeli szaporodására.

A stockholmi Rádiumhemmet szervezete és működése.

Irta: *Bûben Iván* dr., klinikai tanársegéd.

A rosszindulatú daganatok sugaras gyógyítására a *Berg John* svéd sebészprofessor által 1910-ben alapított kis Rádium-otthon a fejlődés hosszú útját tette meg, míg kiváló vezetőjének, *Forsell Göstának* irányítása mellett mai mintaszerű szervezetét és nagyarányú működését elérte. Fejlődésének fontosabb mozzanatai közül főképen két tény emelkedik ki, amely a Rádiumhemmet működését szilárd alapokra fektette. Az egyik a svéd parlament által 1918-ban hozott határozat, mely szerint a sugaras kezelésre szoruló szegény rákbetegek utazási költségét az állam viseli. A másik — királyának 70 éves születésnapjára 1928-ban magánadományokból gyüjtött 5 millió svéd korona összeg, mely a király nemes elhatározásából jubileumi alap címén teljes egészében a rákellenes küzdelmet támogatja. Az első lehetővé tette a rákbetegek gyógyításában igen fontos utánvizsgálatok és ellenőrzés széleskörű pontos kivitelét, az utóbbi az állam, város és az egyetemi alapok támogatásával karöltve anyagilag biztosította a továbbfejlődést.

A Rádiumhemmet mai alakjában 8 osztályt egyesít magában, melyek munkája külön-külön fontos láncszemét képezi az intézet egységes működésének. A klinikai, poliklinikai, a rádium, röntgenosztályok a közvetlen beteggyógyitást intézik, melyekhez szerves kiegészítésképen csatlakozik a pathologiai és fizikai laboratoriumok munkája. Az administratiós és socialis osztály a tudományos feldolgozás alapját képező statisztikai munkássága mellett az összekötő kapcsot képezi a betegek és az intézet között.

A klinikai osztálynak két épületben elhelyezve 56 ágy áll rendelkezésére, melyek az intézet nagy közkedveltségének következtében állandóan foglaltak. A szinte évről-évre történő ágyszaporításnak a lundi és göteburgi fiókintézetek alapításának dacára a férőhelyek száma állandóan kevésnek bizonyul. Az intézetnek a közeljövőre tervezett új épületében a klinikai osztály a fokozott igényeknek megfelelően 150 ágyból fog állani. 1929-ben a fekvőbetegek száma 1328 volt; a 16.349 ápolási napból egy betegre átlag 12 nap esik. A szegény betegek ápolási költségét az állam és illetékes községük együttesen viselik.

Az intézet legforgalmasabb része a poliklinikai osztály, melynek várótermei már a kora reggeli órákban megtelnek a főváros és Svédország legtávolabbi vidékeiről egyaránt érkező rákos betegekkel. Az új betegek legnagyobb része az orvosok és kórházak beutaló lapjával jelentkezik. Az ellenőrző vizsgálatra jövők felosztva, pontosan a figyelmeztető kártyájukon jelzett napra érkeznek. A poliklinikai osztályon történnek az összes betegvizsgálatok, valamint az erre szolgáló kezelőhelyiségekben a kisebb rádiumkezelések. Az osztály betegforgalma az 1929. évben 20.595 volt; a naponkint vizsgálatra jövők száma átlag 60.

A Rádiumhemmet hegfontosabb részét képező rádiumosztály a rádiummenyiséget őrző és elosztó szobán kívül több kezelőhelyiség és műtőből áll. Külön e célra berendezett helyiségben van elhelyezve a féltve őrzött „nagyágyú", mely egymaga 3 gramm rádiumot tartalmaz és távolbóli rádiumbesugárzásra szolgál. A nagy keresletre tekintettel éjjel-nappal üzemben van a „kiságyúval" együtt, mely utóbbit 1.5 gramm rádiumtartalommal szintén hasonló célra használják. Az intézet tekintélyes rádiummennyiségének többi része tubusokban, lapos tartók és tűkben elhelyezve a közvetlen rádiumalkalmazásra szolgál. A több kisebb műtőben a rádiumkezeléseken és a szükséges beavatkozásokon kívül a rákgyógyitásban újabban mind szélesebb indikatiós körben használt electrocoagulatiós eljárást kiterjedten alkalmazzák; e célra 3 diathermiás készülék áll rendelkezésre.

A külön épületrészben elhelyezett, szépen berendezett röntgenosztály hasonlóan fontos és nagyarányú működést fejt ki. Therapiás célra 3 modern röntgenkészülékük van 5 kezelőhellyel. A tágas, jól szellőztethető röntgenhelyiségek mellett megfelelő számú öltözőfülke áll a betegek rendelkezésére, hol a kezelés befejezésével, megpihenhetnek. A távolabbi rádiumbesugárzó eljárás mellett a rákgyógyitásban a röntgent is intenziven felhasználják. Ennek megfelelően naponkint reggel 8 órától, rövid déli pihenővel, este 6 óráig folynak a röntgenkezelések. A sugaras-rádium, rötgenkezelések száma 1929-ben 21.254 volt.

Az intézet nagyarányú gyógyító tevékenységének kiegészítő része a pathologiai laboratorium, mely a rákkutató munkásságban is jártas szakember vezetésével és megfelelő segédszemélyzettel a nagy klinikai anyag szövettani feldolgozását és a szükséges laboratoriumi vizsgálatokat végzi. A több helyiségből álló laboratoriumban folynak a rákkutatással kapcsolatos tudományos kísérletek is, mely célra a megfelelő felszerelésen kívül gazdag állatistálló áll rendelkezésre.

A különállóan, több jól felszerelt helyiségben működő fizikai osztály nemcsak az intézet radiologiai eszközeinek ellenőrzését és a sugáradagméréseket végzi, de egész Svédország röntgenosztályainak központi fizikai tanácsadója. Az osztály külön e szakmával foglalkozó fizikus és mérnök vezetésével működik, kik időnkint a vidéki röntgenosztályokat is felkeresik. A fizikai osztály ezenkívül gazdag kísérleti felszerelésének segítségével a radiologia területén jelentős tudományos munkásságot fejt ki.

Az intézet orvosi teendőit két főorvos három segédorvossal végzi; a pathologai és fizikai laboratoriumok külön szakemberek vezetésével működnek. A vezetőfőorvos egyúttal az intézet főnöke és irányítója, ki a felügyeletet gyakorló Stockholmi Rákbizottságnak tartozik felelősséggel. Az orvosi karnak nehéz munkájában művelt, jól képzett nagyszámú ápolónő van segítségére. Az ápolószemélyzet egészségének megóvására minden előírt óvatossági szabályt a legpontosabban betartanak. A rádium- és röntgenhelyiségekben beosztott ápolónőket rövid időközben felváltják. A közbeeső hónapokat sugaraktól védettebb beosztásban töltik, ezenkívül gyakran van részük rövidebb-hosszabb szabadságban. Ennek az elővigyázatos intézkedésnek köszönhető, hogy a nagyarányú működés mellett sem fordult elő a személyzetben a sugarak hatására visszavezethető sérülés.

A radiumhemmet működését jól megszervezett adminisztratió támogatja. A megfelelő nagy személyzettel adminisztrációs osztály minden részletre kiterjedő gondos munkája teszi lehetővé a gyógyulási folyamat és az eredmények pontos ellenőrzését. A rákosbeteg rendszerint orvosának, vagy a kórházi osztálynak irásbeli beutalásával a felvételi osztályon jelentkezik, hol általános adatait jegyzik fel a betegnaplóban és egyúttal két kartonlapra. Az egyik — ellenőrzőlap — az intézet tulajdonában marad, a másik — figyelmeztető lapot a beteg távozásakor kapja kézhez. A beteg irataival ezután a poliklinikai osztályra kerül, hol a betegségre vonatkozó fontosabb adatokat és jelenlegi leletét a vizsgáló orvos diktafonba mondja be. A vizsgálat befejezésével rendszerint több orvos részvételével állapítják meg a szükséges kezelési mó-

dot és részletesen reávezetik a beteg kezelési lapjára. A naponkénti vizsgálattal ellenőrzött kezelési eljárás befejezésekor a beteget a további tennivalóról alaposan kioktatják és átadják figyelmeztető lapját, amelyre pontosan reá van vezetve az időpont, amikor ellenőrző vizsgálatra kell jelentkeznie, vagy állapotáról írásbeli értesítést kell küldenie. Az intézetben őrzött ellenőrzőlap ugyanezen adatokat tartalmazza és így az adminisztrációs osztály, ismerve a bizonyos napra ellenőrző vizsgálatra berendelt betegek nevét és számát, a betegre vonatkozó összes feljegyzéseket tartalmazó borítékokat idejében a poliklinikai osztályra küldi, hol az érkező beteget iratai előkészítve várják.

A beteg távozásával egyidejüleg orvosa is részletes leírást kap a beteg állapotáról, a végzett kezelési eljárásról és az esetleg kívánatos továbbkezelés módjáról. Ha a beteg az előírt napon nem jelentekezik, az osztály címére azonnal figyelmeztető írást küld. Ha válasz bizonyos idő elteltével nem érkezik, úgy az illető orvosához, községe előljáróságához fordulnak felvilágosításért. Az ellenőrzővizsgálat pontos adatai nemcsak a betegnaplóba, de a név és diagnosis szerint csoportosított, könnyen áttekinthető főkönyvbe is be lesznek vezetve. Halál esetén az illető orvosától részletes értesítést, esetleg boncolási jegyzőkönyv kivonatot kapnak. Ez az alapos adminisztráció, továbbá a szegény betegek részére biztosított ingyenes utazás lehetővé teszi, hogy az intézetben kezelt minden egyes beteg sorsát figyelemmel kísérhetik.

Az intézet adminisztrációs munkásságát mintegy kiegészíti a pár év óta működő socialis osztály, mely a kezelésben részesült szegénysorsú betegek felsegítését tűzte ki nemes feladatául. A rendelkezésre álló alapból és a tehetősebb betegektől e célra gyűjtött összegből a valóban reászorulókat anyagi támogatásban részesítik, hogy otthonukban az általános erőbeli állapot fentartásához szükséges táplálkozásban részesüljenek. A közvetlen anyagi támogatás mellett a socialis osztály a szegény betegek részére megszerzi az állam és községük részéről elérhető minden kedvezményt, mely a kezelési költségek megtérítésén és az ingyenes utazás biztosításán kívül bizonyos betegségi segélyben nyilvánul. A továbbkezelésre szoruló szegényeknek nemcsak gyógykezeléséről, de ápolásáról is gondoskodik olyképen, hogy a diaconissa nővéreknek az országban jól kiépített szervezete részéről ingyenesen, ahol erre mód nincs, az arra alkalmas, betegápoláshoz értő személyek megfelelő díjazásával biztosítja a rákbetegek otthoni ápolását. A közelben lakó szegény-betegeket az osztály kiküldöttje otthonukban felkeresi és személyesen ellenőrzi, hogy valóban élvezik-e az intézet részéről biztosított támogatást. A szükséges iratok kiállításával és beszerzésével, a hatóságokkal való ügyes-bajos dolgaik elintézésével hasonlóképen segítségükre van. A szocialis osztály áldásos tevékenységével valóban szoros összekötőkapcsot képez a radiumhemmet és betegei között.

Az intézetet nehéz munkájában a kórházi osztályok, magánorvosok egyaránt támogatják. A rákgyógyítás hasonlóan fontos műtéti részét végző sebészeti intézetek és osztályokkal állandó szoros összeköttetést tartanak fenn. A radiumhemmet rendelésére jövő, radicalis műtétre szoruló betegeket a megfelelő sebészeti osztályra utalják, viszont a műtétben részesült és sugaras kezelésre szoruló betegek továbbkezelését és ellenőrzését átvállalják. A sebészeti intézeteket és osztályokat ily módon megfelelően kiépített adminisztrációs szervezetével, az ingyenes utazás és egyéb kedvezmények birtokában a rákos betegek ellenőrzésének nehéz munkájában támogatja.

Az intézet látszólag különállóan dolgozó, de az egységes szervezet egy-egy fontos láncszemét képező osztályainak nagyarányú és eredményes munkássága, az ország orvosainak a rákgyógyításban vallott egységes felfogása és ennek megfelelő együttműködése eredményeképen a stockholmi radiumhemmetet ma az egész tudományos világ a rák sugaras gyógyítása terén úttörő mintaintézetnek tekinti.

A falu orvosi propagandájáról.

Azok a kétségtelen eredmények, amelyeket az Ujvilágban az orvosi propaganda révén elértek, a közegészségügyi ismeretek intensivebb terjesztésének szükségességét vitték bele a köztudatba. És ha a objektiv kritikának rá is kell mutatnia az e téren mutatkozó tulzásokra, ha az orvosi propaganda nem jelenti és nem is jelentheti minden baj orvosságát, mégis nyilvánvaló, hogy olyan megbetegedések megelőzése terén, melyeknek főforrása a tudatlanság, az elmaradottság, babona, rossz szokások, nemtörődömség és gondatlanság, számokban is kifejezhető igen jelentős sikereket könyvelhet el a kellően megszervezett és *szakértő* által irányított ismeretterjesztés.

Az orvosi propagandának nem lehet célja, hogy általudósokat neveljen és gyakorlati megoldásában sem másolhatja le szolgai módon a kissé túlhangos és nálunk kissé reklámízűnek mutatkozó amerikai módszereket, hanem érvényesítenünk kell a suum cuique elvét. Mint az orvosi tevékenység minden terén, az orvosi propagandában is individualizálnunk kell. Kinek-kinek csak azt nyujsuk, amire szüksége van, de azt olyan terjedelemben és olyan alapossággal, hogy annak megértését, tudását meg is lehessen követelni. A mindenkinek szóló általános propagandának is meg van a maga helye. Hiszen vannak egészségügyi ismeretek, melyeknek megszerzése mindenkire nézve kívánatos. Az elsősegélynyújtásról, a tuberculosisról, a heveny fertőző betegségekről, stb. szóló előadásoknak is meg van tehát jogosultságuk és a közegészségügyi hatóságok a községi és körorvosoktól el is várják, hogy az iskolán kivüli népoktatás keretében telenként 5—6 ilyen előadást tartsanak. Ezek az előadások, különösen, ha jól sikerült diaposotivek vetítésével kapcsolatosak, meglehetősen népszerűek. Hatásuk úgy vélem, még fokozható volna, ha a képsorozatnak összeállításában a magyar falu specialis viszonyaira még nagyobb tekintettel lennének. Nagyon helyesen jegyezte meg egyízben egy közbeszóló a tuberculosisról szóló előadásom alkalmával, mikor szebbnél-szebb, tengerparti és magaslati klimatikus gyógyhelyeket vetítettünk, hogy oda mi nem mehetünk el. És ha hangsulyozom is, hogy ezek a képsorozatok mai összeállításukban igen tanulságosak és hasznosak, mégis hogy éppen csak egy példát hozzak fel a specialis viszonyok figyelembevételére, felemlítem, hogy a külföldi klimatikus gyógyhelyek bemutatása mellett helyet lehetne szorítani talán egy olyan képnek is, amely a Tisza mellett elterülő sok ezer holdnyi réten egyszerű sátorban fekvő gyógyuló tüdőbeteget mutatna be, szemben a csordától és csürhétől porfelhőbe burkolt utcán, a kapu előtti padon sápadozó hektikással.

Ha már individualizálnunk kell az általános propaganda terén is, még sokkalta szükségesebb az, az egyénekre szorítkozó specialis ismeretterjesztésben. Az orvosi propaganda súlypontját minden esetre az általános propagandának fenti keretben megtartása mellett az egyéni propagandára helyezném. Amint a szemészeti klinikán csak annak a szembetegnek adnak a szemborogatás helyes és célszerű végzéséről szóló nyomtatványt, akinek szeme ilyen gyógykezelésre szorul; amint a szülészeti klinikán csak vérző nőknek szoktak a méhrák idejében való felismeréséről szóló sorokat átadni, a falu mindennapos életében és minduntalan merül fel olyan alkalom, amikor jól megszerkesztett ismeretterjesztő irat átadása kívána-

tos volna. A legnagyobb hibákat, mondhatnám merényleteket a falu népe a csecsemő táplálása terén követi el. Innen van a csecsemő gondozására, táplálására, a szoptatásra vonatkozó orvosi ismeretek terjesztésének nagy eredménye. A Stefánia Szövetségnek ilyen tárgyú nyomtatványai mintaszerűek és ha az orvosi propagandának ezen terénumán valami kivánni valót egyáltalában fel lehet hozni, ez talán csak az lehetne, hogy ezen nyomtatványoknak terjesztését a szükséghez képest az összes közalkalmazott falusi orvosokra nézve kötelezővé kellene tenni, valamint, hogy az „anyák naptárát", ezt az igen ügyesen megszerkesztett, szakavatott, tollal megírt, kedves ábrákkal diszített, felette hasznos könyvet, kivétel nélkül minden magyar anya megkapja, mintegy látható jeléül annak, hogy a Haza gondoskodása honpolgárai felett már a bölcsőnél kezdődik. A jól megfogalmazott propagandairat példáját teszi a tuberculosis elleni küzdelem országos bizottsága által kiadott, a tuberculosis és az ellene való védekezésről, valamint az „anyák óvjátok gyermekeiteket a tüdővésztől" című nyomtatvány is.

Amikor tehát a diapositiv és filmsorozatok elkészítéséért, valamint a számos téren már meglévő kitünő propaganda iratok kibocsájtásáért, nemkülönben általában az orvosi propaganda terén kifejtett nagyarányú eredményes munkásságért meg is kell hajtanunk az elismerés zászlaját az ebben a munkában részt vett tényezők előtt, mégis fel kell említenünk, hogy vannak olyan ágazatok, amelyekre vonatkozóan megfelelő propaganda iratokkal még nem rendelkezünk és amelyeknek megszerkesztését és rendelkezésünkre bocsájtását kérnünk kell. Amikor azonban hiányok pótlását kívánjuk, nem feledkezhetünk meg a gazdasági szempontokról sem, nevezetesen arról, hogy a meghozandó áldozat az elérhető eredménnyel arányban áll-e? Amint takarékosan kell bánnunk saját költségvetésünk összeállításánál, szintazonképe nem hagyhatjuk figyelmen kívül a takarékossági szempontokat akkor sem, ha az államtól kivánunk áldozatot orvosi célok elérésére. Ilyen propozició, mely különösebb költséget nem jelentene és melytől eredmény joggal volna várható az, hogy minden egyes bejelentésre kötelezett fertőző betegség esetén a tilalomjeggyel egy időben *arra a betegségre vonatkozó propaganda irat is kézbesítessék*. Ilyen javaslat volna az is, hogy abban a szekrénykében, amelyben a falu orvosa propaganda nyomtatványait tartja, az anyák naptára, a Stefánia Szövetség nyomtatványai, a tuberculosis elleni küzdelem országos bizottságának kiadványai, a venereás betegségek elleni küzdelmet célzó iratok, az összes fertőzőbetegségekre vonatkozó utasítások mellett helyet találjanak az olyan közlemények is, amelyek az *egyes foglalkozási ágakban szükséges orvosi ismereteket tartalmaznak*. Mindazok, akiknek üzeme orvosrendőri felügyelet alatt áll, tehát boltosok, korcsmárosok, szikvízgyárosok, vendéglősök, borbélyok, italmérők, stb., egy-egy ilyen propaganda íratot kaphatnának, amelyben a legszükségesebbre redukálva bennfoglaltatnának azok az orvosi ismeretek, amelyeknek tudását különleges foglalkozási águk folytán tőlük megkövetelni lehet. És ha feltétlenül helyes is az a mértékadó illetékes tényezőtől elhangzott kijelentés, hogy prostituáltakat egyáltalában nem óhajt, nem hogy approbált kéjnőket kívánna, mégis számot vetve azzal a nem helyeselhető, de momentán meg nem szüntethető ténnyel, hogy ilyenek de facto léteznek, azokat is ellátnám olyan nyomtatványokkal, amelyek a nemi betegségek elleni védekezésre alaposan kioktatnák, sőt ilyenektől a legnagyobb szigorral meg is volna kívánható, hogy az ilyen ismereteknek a legnagyobb alapossággal birtokában legyenek.

Az orvosi propagandában nem nélkülözhetjük sem az általános, sem egyéni téren az élőszó erejét. Ha azonban az orvos időnként tartott általános tárgyú előadásaiban közreadta azokat az ismereteket, amelyeknek tudását mindenkítől meg lehet követelni, ha a szükséghez képest indi vidualizálva elmagyarázta, többszörösen elismételte, kikérdezte a szükséges specialis tudnivalókat, az otthoni ismétlés és megőrzés céljából a tunivalókat nyomtatásban is át kell adnia, hogy megtegye azt, amit az orvosi propaganda terén tőle elvárni lehet s amely tényked ésével harcosa lesz annak a kulturális emelkedésnek, amelynek bástyáiként emelkednek a határban szerte épülő iskolák.

Heinrich Emil dr., községi orvos.

† Trendelenburg Pál.

Berlinből jött a szomorú hír, hogy *Trendelenburg Pál*, a berlini egyetemen a pharmacologia professora, a porosz tudományos akadémia tagja, a theoreticus orvostudomány egyik legkimagaslóbb alakja megszünt kutatni és kutatókat nevelni.

Csak 47 éves volt, de ez az aránylag rövid élet elég volt ahhoz, hogy a Trendelenburg nevet a német kulturtörténelemben még csillogóbbá tegye, mint eddig volt. Nagy és nevezetes család sarja. A dédapa mathematicus, a nagyapa neves philosophus, az apa a nagynevű sebész és a hat fiútestvér közül kettő orvosprofessor, kettő magasrangú állami tisztviselő és egy mérnök-tanár.

Orvosi tanulmányai után eredetileg sebésznek készült, de csakhamra győzedelmeskedett a practicus orvoson a tudományszomjas kutató. Mint fiatal orvos *Straub* professor mellett kezdte tanulmányait a freiburgi gyógyszertani intézetben. A neves mester oldalán csakhamar felcsillant tehetsége. Alig van a pharmacologiának ágazata, melyben maradandót ne alkotott volna. Nagyszerű éleslátással ragadja meg problemáiban a lényegest, zseniális, de mindig egyszerű methodikával oldja meg kérdéseit. Talán éppen ez a villámszerű felismerése a lényegesnek és a könnyedség, mellyel a megoldásra tanácsait és utasításait megadta, — volt az, amit mi tanítványai legjobban csodáltunk meg benne a mesterben.

Első munkáiban, melyek a haexamethylen-tetramin viselkedését, valamint a különböző szívmérgek hatásmechanismusát tárgyalták, már ott az igérete annak a fényes pályának, melyet rövid élete alatt megfutott. Freiburgi assistenskedésének idejére három nevezetes dolgozat esik; ezek a bronchus izomzat pharmacologiájának tisztázása, a vér adrenalin tartalmának megmérése és a vékonybél-peristaltika physiológiája és pharmacologiája, mely utóbbi munkáját élete főművének kell tekintenünk. E három nevezetes munkáján kívül életének erre a periodusára esnek a santonin és a tropinesterek pharmacologiájának felderítése is.

A kitartó és zsenialis munkának meg lett az az eredménye, hogy a freiburgi egyetem 1912-ben dozensé habilitálta, majd 1918-ban megérkezik az első meghívás cathedrára — Dorpat-ból. Innen 1909-ben a rostocki cathedrára kerül. Erre a periodusra esik az experimentalis tetaniáról és a vér calcium-ion tartalmáról készült dolgozata. A szerény rostocki cathedra csak ugródeszka: mert 1922-ben csaknem egyidőben érkezik a meghívás a bonni és a *Straub* távozásával megüresedett freiburgi tanszékre s ő ez utóbbit, tanársegédi éveinek kedves színhelyét fogadja el. Freiburgi tanársága alatt nevezetes munkái a hypophysis és corpus mammilare pharmacophysiologiai összefügésének felderítése és számos új adat a hypophysis szerepét illetőleg. Sajnos, fényes ívelésű életpályájába ekkor akaszkodik a szinte demonicusan alattomos kór és húzza azt meredek lejtőn lefelé: látóképességét rongálja meg és így próbálja a productiv tudós

munkabírását gátolni. Hiába!... akadályozza, de megtörni nem tudja és változatlan energiával dolgozik tovább. Az experimentális munkában kiélesített kritikával megkezdi az összefoglaló munkát, melynek első eredménye az „Ergebnise der Physiologie"-ban megjelent monografiája az adrenalinról. Ő dolgozza fel *Heffter* nagy kézikönyvében az adrenalinról, a santoninról és az aminbasisokról szóló fejezeteket.

Az 1927-ik év azután meghozza a legnagyobb sikert, amit német professor elérhet: a berlini facultás meghívja *Heffter* halálával megüresedett gyógyszertani cathedrájára. A meghívást elfogadja, azonban — bár nem hiúságból, hanem a modern kutató és oktató munka lehetőségeinek biztosítása céljából — súlyos kikötéseket tesz; — nem kevesebbet, mint a berlini intézet teljes átépítését és modernizálását. A kultuszminiszter azonban a milliókra rúgó kiadást is engedélyezi és ezzel tanúbizonyságot tesz arról, hogy fel tudja mérni *Trendelenburg* értékét.

Lázasan folyt az építkezés és mire az új, s oly szépen elgondolt intézet elkészült, — kidőlt a mester. A rövid berlini idő alatt készült el „Die Hormone" című csodálatosan szép kézikönyvének első kötete.

Nem csak mint tudós, hanem mint oktató tanár is nagy volt. Előadásainak szabatossága, frissessége, lenyügöző modora, demonstratióinak érdekessége mint előadó tanárt is csaknem páratlanná tették. Hogy iskolája milyen elsőrendű volt, azt mi sem bizonyítja jobban, mint hogy 1928-ban az aránylag még fiatal mesternek két tanítványa ült már német cathedrán.

Mi magyarok különösen nagy hálára voltunk kötelezve irányban. Többen vagyunk, akik e nagyszerű ember oldalán szerezhettük meg végső kiképzésünket és élvezhettük atyai barátságát.

Emléke feledhetetlen marad.

Fritz Gusztáv dr.

VEGYES HÍREK

Személyi hírek. A Kormányzó *Rubányi Adolf Béla* dr. és *Szlávik Ferenc* dr.-nak a magyar királyi kormányfőtanácsosi címet adományozta. — A vallás- és közoktatásügyi miniszter *Czunft Vilmos* dr., egyetemi tanársegédnek „A röntgen therapia és dozimetria", *Karolíny Lajos* dr., egyetemi tanársegédnek „Az anyagcserebetegségek kórbonctana" és *Nachtnebel Ödön* dr., egyetemi adjunctusnak „A kórbonctani diagnostika" c. tárgykörből a budapesti királyi magyar Pázmány Péter Tudományegyetemen magántanárrá történt képesítését jóváhagyólag tudomásul vette és nevezetteket e minőségükben megerősítette. — A bonni egyetem belgyógyászati tanszékére szóló jelölések sorrendje: unico loco, *Siebeck*, 1. *Stepp* Breslau, 2. *Straub* Göttingen, 3. *Assmann* Leipzig. — *E. Edens* müncheni professor a düsseldorfi belgyógyászati tanszékre szóló meghívását elfogadta.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület febr. 21-i ülésének napirendje: Bemutatások: 1. *Noszkay Aurél:* a) Solitaer vese mellett beálló anuria különös oka. b) Adat a vesekő feltünő gyors képződéséhez és növekedéséhez. 2. *Lax Henrik:* Electrocardiographicus felvételek a szív heterotrop ingerképzésének befolyásolásáról. 3. *Polgár Ferenc:* Acranis (anencephalus) röntgenkórismézése szülés előtt. — Előadások: *Göttche Oszkár* és *Kellner Béla:* A magyar besugárzott ergosterin készítmények toxicitása. 2. *Zárday Imre, Razgha Andor* és *Zilahy Miklós:* Az aortanyomás klinikai meghatározása.

A Közkórházi Orvostársulat és a Magyar Urologiai Társaság február 25-én, szerdán az Orvosegyesület Semmelweis-termében együttes ülést tart a *Kontrasztanyagok radiologiai diagnosticus értékéről.* Előadók: *Czunft Vilmos* és *Herman János.*

A Terézvárosi Orvostársaság f. é. jan. 29-én tartotta rendes évi közgyülését, mely egyhangúlag a következő tisztikart választotta meg. Elnök: *Rosenák Miksa,* alelnökök: *Doby József, Frey Ernő* és simaházi *Totth Gedeon,* főtitkár: *Fodor Pál,* titkár: *Mandzák Kálmán.* főjegyző: *Gertler György,* jegyző: *Greiner Irén,* pénztáros: *Hahn Dezső,* ellenör: *Megele Ödön,* háznagy: *Polgár Ferenc,* számvizsgálók: *Grünfeld Ármin, Mattyasovszky Sándor* és *Rajna Mór.* Megválasztottak továbbá 40 választmányi tagot és 10 póttagot.

Magyar Orvosok Röntgen Egyesülete február 15-i tudományos ülésének tárgysorozata: Bemutatások: *Szandányi Sándor:* Bronchus carcinosis. *Forfota Erich:* Idiopathiás oesophagus dilatatio. *Hrabovszky Zoltán:* Mellkasi casuistica. — Előadás: *Udvardy László:* A haematoporphyrosisról egy eset kapcsán.

A Charité poliklinika orvosi kara folyó hó 25-i ülésének tárgysorozata: Bemutatás: *Harmat Pál:* Myoma és extrauterin graviditás esete. — Előadás: *Hetényi István:* Az endocarditis complexum néhány kérdéséről.

Orvosi nyelvünk magyartalansága. (Hozzászólás *Frey Antal* dr. cikkéhez O. H. 1931. 7. sz.) Sokszor, sokan tették már ezt szóvá. De talán még senki ilyen talpraesetten, meggyőzően, túlzások nélkül. Cikkében megtaláljuk úgyszólván mindazt, ami az ép nyelvérzékü embernek lépten-nyomon bosszúságot okoz, sőt ami nem egy dolgozat elolvasását valósággal undorítóvá teszi. *Frey* dr. cikke megérdemelné, hogy ne maradjon a pusztába elhangzott szó. Pedig az marad, mint annyi más, ha csak ... Ugyebár, ha valaki valamit közöl akár jó magyarsággal, akár csapnivalóval, azt idézni lehet szerzője nevével. Tessék elképzelni, mi történt volna, ha *Frey* kartárs úr élt volna ezzel a jogával s valamennyi idézete mellé odatette volna a szerző nevét?! Lett volna nagy megrökönyödés és fülek tövének vakargatása. Még orvosi irodalmunk akárhány közismert elökelőségénél is. Tapintatosságra vall, hogy *Frey* kartárs úr erre a — mondjuk — rosszmájúságra nem „vetemedett". De azt ajánljuk neki: tegye meg ezentul. Sőt arra kérjük az Orvosi Hetilap tisztelt szerkesztőségét, bizza meg *Frey* kartárs urat azzal, hogy időnkint végezzen *„nyelvészeti patkányirtást"*, az O. H.-ban is, más lapokban is! A multra borítsuk a feledés fátyolát — de aki ezentul is megnyomorítja a magyar nyelvet irásaiban, az magára vessen, ha nem úgy idézik majd a munkáját, ahogyan szeretné ... Volenti non fit injuria. *Liebermann Leó* prof.

A fővárosi diaetás étterem keletkezésére 6-ik számunkban *Mészáros* dr. levelére tett megjegyzésünket illetöleg *Rosenberg László* dr. úrtól, az étterem vezetőjétől és másoktól is helyreigazító adatokat kaptunk, melyekből megtudjuk, hogy ilyen müködésü éttermet már 1925-ben *Soós Aladár* magántanár úr utasításai szerint *Meinhard*téK állitottak fel a Britania-szállóban, ahol *Rosenberg* dr. úr is szerezte szakismereteit. Ennek megszünte után *Rosenberg* dr. úr maga állitott és tartott fenn diaetás éttermet a Gerlóczy utcában, ahová a fővárosi segitő actio is utasította a maga betegeit, s mi sem természetesebb, mint hogy midön a fővárosi étkeztetési actio egy diaetás étteremmel bövitette éttermeit, ennek szakszerü vezetésére *Rosenberg* dr. urat kérték fel. Előttünk csak az nem volt természetes, hogy midön *Rosenberg* kartárs ur ez étterem müködését és rendszerét leírva ismertette lapunkban, egy szóval sem említette meg, hogy hasonló terv és leirás, ha csak tanács és javaslat formájában is, már az O. H. 1930. évi 16 számában közöltetett, még pedig *Mészáros G.* dr. tollából. Ezt a kis mulasztást akarta csak a szerkesztői megjegyzés pótolni, nem ismerve az 1925-ig visszanyuló előzményeket. *Sz.*

Felhivás a hadviselt orvos, egészségügyi csapattiszt és gyógyszerész bajtársainkhoz! Egy szükebbkörü bajtársi bizottságban elhatároztuk, hogy hadviselt orvos, eü. csapattiszt és gyógyszerész bajtársaink Almanachját megszerkesztjük és elegendő igénylés esetén (500 példány) ki is adjuk. Ezen elhatározásunkban az a hála vezetett, melyet mi, csatában részt vett, többször nehezen sebesült bajtársak, elsősorban az orvosi kar, de az eü. csapattiszti és gyógyszerészi kar iránt is, úgy a háborúban, mint a hadifogságban teljesitett kötelességüket messze túlszárnyaló, önfeláldozó és fáradhatatlan munkájukkal szemben érzünk. A nagy világégés után hadviselt orvosaink tettei nincsenek oly helyen és formában megörökítve, — mint ahogy azt magas képzettségük méltán megilleti.

Kilátás van arra, hogy ezen komoly münek — megjelenése esetén — a vezető és irányadó körök részéről élvezett erkölcsi támogatása az Almanachban képben és irásban is kifejezésre fog jutni. Ezt követőleg közüljük néhai Károly király Őfelsége által 1917. évben kiadott, az orvosok háborús érdemeit méltató hadparancs hiteles magyar szövegét, — majd betüsoros sorrendben a harctéren, mint a mögöttes országrészben hadiszolgálatot teljesitett magyar orvosok, eü. csapattisztek és gyógyszerészek neveit. A neveket követi a jelenlegi rang és alkalmazás, alkalmazási hely, majd a háború végén viselt rang, beosztás (ezred, kórház, stb.), a háborúban, csatákban, ütközetekben, illetve hadifogságban véghezvitt teljesitmények rövid leírása és az összes békebeli és háború utáni kitüntetések.

A név és leirás mellett egy 6 x 9 cm méretü, saját névaláirással ellátott fénykép fogja az illetőt ábrázolni. A fénykép nagyobb méretü is lehet, — ez esetben a kivánt nagyságra való kicsinyités itten fog megtörténni. A fénykép lehetőleg

mellkép legyen s az illetőt, ha csak lehet katonai egyenruhában, az összes kitüntetéseivel ábrázolja. Polgári ruhában, vagy magyardíszben felvett fényképen a kitüntetések az öltözet baloldalán legyenek.

A működés leírásánál az adatok tömör stilusban és különösen a nevek olvasható irással legyenek megadva; tartalmazniok kell a teljesített szolgálat kimagasló eseményeit és főleg azokat a teljesítményeket, amelyekért az illetők kitüntetést nyertek, továbbá mint hadifogoly, hol, és miképen működött? Az Almanachba a megküldött adatokból 200 szó fog felvétetni. Tekintettel arra, hogy az Almanach a jelen és utó nemzedék büszkeségére, buzdítására és példadásra is szolgál, — a beküldendő adatok —, márcsak a felülvizsgálat nehéz munkájának megkönnyítése érdekében is, — a leglelkiismeretesebben állítandók össze.

Aki adatait és fényképét beküldötte, *a könyv átvételére kötelezettséget vállalt.* Az Almanach kiadásához legalább 500 példány nyomtatása szükséges, hogy a könyvet 19 x 27 cm. lapnagyságban, oldalanként két drb. 6 x 9 cm. nagyságú autotipiai klissével és a hozzátartozó szöveggel, münyomó-papiron, vászonkötésben, a táblán és a gerincen aranynyomással, darabonként cca. 23 P árért lehessen kiadni. A könyv füzve két pengővel olcsóbb. Bőrdíszkötésben 26 pengővel drágább. Bármennyi jelentkező legyen, a könyv ára nem lehet olcsóbb, mert csak annyi példány lesz kinyomatva, ahány igénylő jelentkezik.

A különböző magasabb helyekre küldendő díszpéldányok, a vászonkötésben készült példányok, — összesen 16 darab — a fenti összegben nem foglaltatik bent; a forgalmi adó példányonként be van számítva.

Amennyiben *elesett orvos bajtársainkról* biztos adatokat lehetne beszerezni, úgy tartsuk hazafias kötelességünknek ezen adatokat (név, hely, idő) beküldeni. Amennyiben a bejelentett adatokhoz fénykép és hosszas leírás is mellékeltetik, úgy a bejelentőnek nyilatkoznia kell, hogy a könyvet megjelenés esetén átveszi.

Az Almanach a nyomdából közvetlenül az igénylőnek minden kiadó és közvetítő díj nélkül, utánvéttel fog megküldetni és épen ezért részletfizetés nem lehetséges.

Az adatok gyüjtése f. évi április hó 15-ig folyik és az adatgyüjtés április hó 15-én nyer befejezést. *Mivel a beérkezett adatok naponként feldolgoztatnak, úgy a cél érdekét szolgálná, ha a kívánt bejelentések minél előbb és nem az utolsó napokban érkeznének be.*

Amennyiben a kiadáshoz szükséges 500 példány igénylése nem érkezne be, — úgy a fénykép és az adatok a csatolt bélyeg felhasználásával a beküldőnek vissza fognak küldetni. Az adatok és fénykép az esetleg szükséges válaszbélyeg mellékelésével, ajánlott levélben az alábbi címre küldendők be:

Marton László ny. ezredes, Budapest, IX., Mester-utca 13.

Az „Orvosképzés" 1931. évi első füzete e héten megjelent. Előfizetni lehet: az „Orvosi Hetilap" kiadóhivatalánál (VIII., Üllői-út 26, II. em.), valamint az „Orvosi Hetilap" 22.986. sz. postatakarékpénztári csekszámláján.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetemen február hó 14-én: *Bruszt Pál, Petrásovits Endre. Sipos József, Schumacher Károly* és *Szabó Elemér.* — Üdvözöljük az új Kartársakat!

Hogyan nyilatkoznak
a klinikák, kórházak és orvosok
a BILVIVID -ről.

(Irodalmi kivonatok.)

A kapott BILVIVID-det magam szedtem régi epe- vesegörcseim miatt s hatása valóban csodálatos nagyszerű volt. Kérek még egy üveggel küldeni.

1931. febr. 12.

Fátyol Dezső dr. s. k.
e. ú. főtanácsos, megyei főorvos.

Dr. BAYER és TÁRSA, gyógyszervegyészeti gyár. Bpest IX.

Kiadványainkat olcsón kapják meg kiadóhivatalunktól hátralékban nem lévő előfizetőink. A pénz előre beküldése után azonnal bérmentve küldjük meg az alábbi igen hasznos könyveket:

Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra és 16 oldal mümelléklettel . . .	7.— P
Soós Aladár: Etrendi előírások. II. kiad. 195 oldal	5.— P helyett 4.— P
Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal	6.50 P helyett 5.50 P
Vászonba kötve (8 P h. 7.— P.)	
Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala 86 oldal	2.50 P helyett 2.— P
Az orvosi tudomány magyar mesterei. Kiadja a Markusovszky Társaság. 196 oldal	4.— P helyett 3.50 P
	22.— P

Ha valaki mind az ötöt egyszerre veszi meg, a 22.— P kedvezményes ár helyett csak 20.— P-t fizet; illetőleg kötött fürdőkönyv rendelése esetén 23.50 P helyett csak 21.— P-t. A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel való rendelésnél a portóköltséget is felszámítjuk.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Lapunk mai számához Dr. Egger Leó és Egger I. vegyészeti gyár Budapest, *Eggoplast*-ról szóló prospektusa van mellékelve.

PÁLYÁZAT

A Budapesti Poliklinika Egyesület Gróf Apponyi Albert Poliklinika igazgatósága pályázatot hirdet az újjászervezett fizetéses prosectori állásra. Alapszabályaink 14. §-a értelmében osztályos orvos csak az lehet, ki az egyetem orvoskari tanártestületének habilitált tagja. Az állás javadalmazása havi 350.— pengő. A curriculum vitaevel, irodalmi működéssel és egyéb szükséges okmányokkal felszerelt folyamodványok f. hó 25., déli 12 óráig nyújtandók be az Intézet igazgatói irodájában.

Budapest, 1931. február 11-én.

Lobmayer Géza dr.
egyet. magántan., sebészfőorv., kórházigazg.

A Diósjenőtől—Romhányig terjedő pályorvosi szakaszon a pályaorvosi állás felmentés folytán megüresedett.

Erre az állásra Romhány székhellyel pályázatot hirdetünk és felkérjük a pályázni óhajtókat, hogy kérvényüket folyó évi február hó 28-án déli 12 óráig Budapesten, VIII., Kerepesi út 5. I. em. 124. sz. alatti hivatalos helyiségben adják be, ahol a pályázati feltételek a hivatalos órák alatt megtudhatók.

Budapest, 1931. évi február 13-án.

2752—1931. I. *Budapesti Üzletvezetőség.*

ROBOFERRIN

sine et cum, aarson Érényi (Liqu. ferr. pepton concentr. in gutt.)
Napi adag: Felnőtteknek: 3-szor 30—50 csepp. Gyermekeknek: 3-szor 10—30 csepp. **Igen kellemes ízű vaspepton-készítmény. Anaemia, neurasthenia, chlorosis** stb. eseteiben. Kiváló **stomachicum és roborans.**
Készíti: **ERÉNYI LÁSZLÓ „Diana" gyógyszertár.**
Budapest, VII., Károly-körut 5. Telefon: 415—55.

Speciállaboratórium ERI
INSULIN-ERI

Insulin bihydrochloricum Gans, mindenkor frissen készült és precizen beállított oldata: 5 ccm-ben 100 és 200 egységenként.
RÓZSAVÖLGYI IMRE, BUDAPEST, VI., ARÉNA-UT 124.

Neurolin Balla

Centrum Kiadóvállalat Rt. Budapest, IX., Köztelek-utca 1. Igazgató: Bornemisza Gábor.

75. évfolyam. 9. szám. Budapest, 1931 február 28.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Kenyeres Balázs: Orvosok szerepe a halálesetek körüli nyomozásban. (197—201. oldal.)

Weiss István és Fernbach József: A vérsavó vegyhatásának befolyása a növényi csira fejlődésére. (202—204. oldal.)

Gál Félix: Hüvelyben fejlödött chorioepithelioma gyógyítása rádiummal. (205—206. oldal.)

Székely László: Terhesség és appendicitis. (206—208. oldal.)

Farkaş József: Az atropinnak a szívverésre való paradox hatásáról. (208—209. oldal.)

Wietrich Antal: Gyanus vérzések hirtelen elhalt nő nyaki lágyrészében. — Megtévesztés céljából elcserélt lőfegyver. (209—210. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (33—36. oldal.)

Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet és nőgyógyászat. — Fülgyógyászat. — Gyermekorvostan. — Gégészet. — Urologia. (210—213. oldal.)

Könyvismertetés: (213—214. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (214—218. oldal.)

Kubányi Endre: A thrombosis-elmélet kialakulásának történelmi áttekintése. (218—220. oldal.)

Kovácsics Sándor: A falu egészségügyének jelentősége. (220—222. oldal.)

Vegyes hírek: (222—224. oldal.)

Orvosok szerepe a halálesetek körüli nyomozásban.

(Orvosképző előadás.)

Irta: *Kenyeres Balázs* dr., egyet ny. r. tanár.

Minthogy újabban hatósági orvosok körében ismételten felmerült az a kérdés, hogy a gyanús halál esetek körül végzett nyomozásokban az igénybe vett orvosoknak tulajdonképen mik a kötelességeik, indokoltnak tartom, a nyomozással kapcsolatos orvosi ténykedés körét és annak határait évtizedekre terjedő tapasztalataim alapján megjelölni olyan módon, amely nézetem szerint a büntető perrendtartás szellemének érvényesülése és az igazság elérése biztosításának érdekében kívánatos.

Minthogy pedig szavaim elsősorban orvostársaknak szólanak, akik a jogtudomány terén kellő tájékozódottsággal nem rendelkezhetnek, szükségesnek tartom egyrészt a büntető perrendtartásnak a nyomozásokra vonatkozó egyes általános rendelkezéseit, másrészt azokat az alapelveket, amelyek az újabb idők büntető eljárásában érvényesülnek, amennyiben a nyomozás módját befolyásolják — ismertetni.

Az 1896 évi XXXIII. tc. 83. §-sa értelmében a nyomozás tárgya: azoknak az adatoknak kipuhatolása, és megállapítása, amelyek a vád emelése, vagy nem emelése kérdésében, a vádló tájékozására szükségesek.

A nyomozás e határon tul nem terjedhet.

84. §. A nyomozást rendszerint a királyi ügyészség rendeli el.

A rendöri hatóságok és közegek kötelesek a megkereséseknek, illetőleg utasításnak feltétlenül eleget tenni, különösen a tényállás megállapítása, a tettes és a részes kipuhatolása, valamint a bünjeleknek és bizonyítékoknak megszerzése céljából eljárni és minden lényegesebb intézkedésről, valamint annak eredményéről a királyi ügyészséget értesiteni.

88. §. Ha annak jelenségei mutatkoznak, hogy valaki nem természetes halállal mult ki, vagy ha ismeretlen egyén holttestét találták, a rendöri hatóságok és közegek kötelesek erről a királyi ügyészségnek, vagy a legközelebb levő járásbiróságnak, sürgősen jelentést tenni.

Ez esetben a holttestet csak a királyi ügyészség, vagy a biróság engedelmével szabad eltemetni.

94. §. A rendöri hatóságok és közegek kötelesek a nem magán indítványra üldözendő büncselekményeket külön felhivás nélkül is hivatalból nyomozni és a tudomásukra jutott adatok megjelölésével, valamint a bizonyító tárgyak áttétele mellett az illetékes királyi ügyészségnél feljelenteni.

A nyomozást a feljelentés megtétele után is tartoznak folytatni és különösen a büncselekmény nyomainak épségben tartása, a tettes, vagy részes elrejtözésének és megszökésének megakadályozása és a tényállás felderítése végett a szükséges intézkedéseket megtenni és ezekről is a királyi ügyészséget sürgösen értesiteni. Amennyiben a királyi ügyészség intézkedéséig a büncselekmény nyomainak megsemmisitésétől vagy megváltozásától kellene tartani, a szükséges birói cselekmény teljesítése végett a legközelebb levő járásbiróságot keresik meg.

98. §. Amennyiben valamely tanunak eskü alatt való kihallgatása, megbüntetése, vagy vallomásra kényszerítése, szakértőnek megbüntetése, továbbá szemle, lefoglalás, személyimotozás vagy házkutatás foganatosítása vagy előzetes letartóztatás elrendelése válik a nyomozás folyamán szükségessé: a királyi ügyészség, vagy a rendöri hatóság ezeknek az intézkedéseknek elrendelését — a nyomozás iratainak, vagy másolatuknak bemutatásával — rendszerint a vizsgálóbirónál vagy a járásbirósnál indítványozza. Ezek az indítvány felett határoznak, esetleg érdemleges határozat hozása előtt a nyomozást kiegészíthetik.

Az említett cselekményeket halaszthatatlan szükség esetében a XI, XII és XIV. fejezetben foglalt szabályok szerint a nyomozást teljesitő rendöri hatóság is elrendelheti és foganatosíthatja.

Mindazonáltal a tanuk megesketését, a tanuk, vagy a szakértők megbüntetését és vallomásra, illetőleg nyilatkozatra kényszerítését, a lefoglalandó tárgy kiadására való szorítást és lefoglalt postai küldemény felbontását rendöri hatóság sürgősség esetén sem rendelheti el és nem foganatosíthatja.

A felvett jegyzőkönyvek — a rendöri hatóság részéről a királyi ügyészség közvetítésével — a halaszthatatlan szükség indokolása mellett bemutatandók a vizsgálóbirónak, aki azokat az alaki kellékekre nézve és az eljárás eredménye tekintetében is megvizsgálja és ha szükségesnek véli, a szemle, a házkutatás és a személymotozás körül teljesitett eljárást kiegészítheti vagy ismételheti.

22. §. Ha a bünvádi ügyre nézve fontos ténykörülmények megállapítására vagy felderítésére személyes megfigyelés szükséges: birói szemlét kell tartani. Amennyiben a szemlével megállapítandó tények felismeréséhez, vagy megitéléséhez külön szakértelem szükséges: szakértő alkalmazandó.

226. §. A szemle alkalmával látező állapot hiven megállapítandó. A szemléről felvett jegyzőkönyvet oly határozottan és kimerítően kell szerkeszteni, hogy benne megszemlélt tárgyak, és a talált nyomok és jelenségek, lehetőleg méretek

szerint, tüzetesen megjelölve legyenek. E célból a szükséges vázlatok, fényképek készítendők és a jegyzőkönyvhöz csatolandók.

240. §. Halottszemle és boncolás foganatosítandó, ha gyanú támad, hogy valakinek halálát büntett vagy vétség okozta.

A büntető perek körüli eljárásban már a legrégibb időkben is a pernek külön tagozataként jelentkezett az ítélethozás és az ítélet meghozását megelőző, az az előkészítő adatgyüjtés, amelynek hivatása volt az ítélőbírót tájékoztatni, hogy büncselekmény történt-e és hogy fennforog-e valakivel szemben a megtorlás alkalmazásának indoka. Amíg azonban a régi időkben a tájékoztató adatok egyúttal mint bizonyítékok az ítélethozásnál is szerepeltek, tehát azok gyűjtése összeolvadt az ítélettel sokszor olyaténképen, hogy az, aki a tájékoztató adatokat gyüjtötte, hozta meg egyúttal az ítéleteket is: a vád elvnek fokozatos kiépítése mellett újabban a büntető pernek egészen külön tagozataként alakult ki az az előkészítő eljárás, amelynek kizárólagos hivatása a vádlónak a tekintetben való tájékoztatása, hogy vádat emeljen-e, vagy ne emeljen. Az újabb idők büntető perrendtartásainak rendelkezései értelmében vád nélkül nincsen ítélet, tehát vádló fellépése nélkül az ítélőbíró nem lép működésbe. A vád és az ítélet teljesen különálló, egymástól független és egymástól teljesen független személyek kezébe letett jog, illetve kötelesség. Azok az adatok, amelyekre a vádló a maga vádját felépíti, az ítélő bírót egyáltalában nem befolyásolhatják, ezek sem a büncselekmény megtörténésének, sem a vádlott bünösségének nem bizonyítói s kizárólag csak azt jelentik, hogy az, aki vádemelésre jogosult a büncselekménynek és a váddal illetett egyén bünösségének nyomatékos gyanúját látja fennforogni. A bizonyítás helye a főtárgyalás s ennek az ítélet hozatalát közvetlenül megelőző része, a bizonyító eljárás tulajdonképpen e legfontosabb tagozata az újabb idők büntető perének. Az igazságnak a főtárgyaláson kell kiderülnie, ott kell érvényesülnie mindazoknak az elveknek, amelyeket a jogtudomány különböző címeken a polgárok szabadság jogainak védelme mellett, főleg az anyagi igazság elérése érdekében, az idők folyamán kitermelt. A legkomolyabb igyekezettel arra törekszik a büntetőperrendtartás, hogy mindaz, ami az ítélőbíró meggyőződésének kialakulására alkalmas, mint bizonyíték a főtárgyaláson, közvetlenül terjesztessék az ő mérlegelése alá. A tanúk a főtárgyaláson élő szóval kell, hogy nyilatkozzanak, irányadó az a vallomás, amelyet a főtárgyaláson tesznek, erre a vallomásra kell a főtárgyaláson a tanúknak az esküt letenniök és elébb csak akkor eskethetők meg, ha ennek kényszerítő okai forognak fenn olyan körülményekben, amelyek a megjelenést lehetetlenné, illetve komolyan kétségessé teszik. A szakértőknek — kivételes esetektől eltekintve —, szintén a főtárgyaláson kell nyilatkozniok, sőt módot ad a törvény, az ítélőbírónak még arra is, hogy addig nem szerepelt adatokat is megszerezzen, esetleg arra is, hogy szemle útján alakítsa ki a maga meggyőződését. Példát látunk erre abban, hogy az ítélőbíró a főtárgyaláson a bünjeleket megtekinti, a sértettnek sérülését megnézi, sőt ha szükségesnek tartja ki is száll a helyszinére, tehát mindent megtesz abban az irányban, hogy a vádat előkészítő eljárás alatt gyűjtött adatoktól magát függetlenítve jusson el az igazsághoz.

Arról, hogy a közvádra hivatott hatóság, tehát a királyi ügyész a legalitás elvét érvényesítve, gondoskodhassék arról, hogy minden büntetendő cselekmény elkövetője megkapja a törvényes megtorlás —, gondoskodik a perrendtartás azzal a rendelkezéssel, amely minden hatósági közegnek kötelességévé teszi, hogy a hivatalos eljárása közben tudomására jutott büncselekményt az ügyészségnek, a bizonyítékok beterjesztésével feljelentse. Mint feljelentő hatóság természetesen leggyakrabban a rendőrség szerepel, amelynek a megelőzésén kívül a büntető cselekmények kutatásában is nagy fontosságú szerepe van.

Bármilyen úton is értesül a kir. ügyész olyan esetről, amely büntetendő cselekmény lehetőségével jár együtt, köteles az eljárást megindítani, annak megállapítása érdekében, hogy fennforognak-e a vádemelésnek előfeltételei. Ezek a feltételek pedig fennforognak akkor, hogy ha büntetendő cselekménynek és a gyanusítható bünösségének nyomatékos gyanuja állott elő. Azt a tájékozódást, amely a határozáshoz szükséges az ügyész a vádat előkészítő eljárás útján és pedig kétféle módon, vagy nyomozás, vagy vizsgálat útján szerzi meg. A nyomozást végzi a rendőrség, a vizsgálatot a vizsgálóbíró. A kétféle eljárás között lényeges különbség egyrészt abban van, hogy amíg a vizsgálat megszüntetése, a további eljárásnak határt szab, az ügyet res judicatavá teszi, úgyhogy azt csak újabb bírói határozattal lehet megint elővenni, addig a megszünt nyomozás bármikor újból felvehető, másrészt abban, hogy a rendőrség a királyi ügyész megkeresését, vagy utasítását köteles végrehajtani, a vizsgálóbíró azonban az ügyész indítványát elutasíthatja. Egyébként a két eljárás között különbség nincsen. Az ügyész egyformán emelhet vádat nyomozásnak, vagy vizsgálatnak adatai alapján. Célja a kétféle eljárásnak tökéletesen azonos, kizárólag a vádló tájékoztatását szolgálja. Egyiknek vagy másiknak igénybe vétele a királyi ügyész belátásától függ s ha a törvény kimondja, hogy 1. halállal vagy életfogytiglan tartó fegyházzal büntetett, illetve 2. 5 évet meghaladó határozott tartamú szabadság vesztéssel büntetendő cselekmények eseteiben, kivéve ha tettenkapás forog fenn, vagy ha bünösségére a terhelt a nyomozás adataival teljes összhangban álló beismerést tett, a főtárgyalás elrendelését, vizsgálatnak kell megelőznie, ebben nem az jut kifejezésre, mintha a törvényhozó a vádemelés szempontjából a vizsgálatnak nagyobb súlyt tulajdonítana, hanem egyszerűen az a törekvés jelentkezik, hogy az állampolgárok indokolatlan zaklatása elkerültessék, s azok súlyos bűncselekmények vádjával csak komoly, olyan bírói eljárás után kerüljenek az ítélőbíró elé, amely a törvényben előírt alakiságok szigorú betartása mellett jött létre.

Minthogy pedig az előkészítő eljárás kizárólag csak a vádló tájékoztatásának célját szolgálja, tulajdonképen az ítélőbírónak annak összegyűjtött adatait nem létezőknek kellene tekintenie s neki magának kellene a bizonyítást egész terjedelmében, az előzményektől lehetőleg függetlenül lefolytatnia. Sajnos ennek a törekvésnek az élet sokszor el nem hárítható akadályokat állít. Egyes adatokat nem lehet a főtárgyalás számára eltenni, mert azok a vádló tájékoztatása szempontjából is nélkülözhetetlenek, tehát már a vádat előkészítő eljárás során fel kell, hogy vétessenek, különben a vád meg sem születhetne, másrészt mert vannak olyan adatok, amelyeket változásnak vagy megsemmisülésnek alávetett tárgyak kell, hogy szolgáltassanak s így ezek megvizsgálása sürgős. Ilyenek pl. a helyszínén, a sérülteken, halottakon mutatkozó jelenségek. A fennebbi kényszerhelyzet folytán előálló nehézségeket a törvényhozó azzal igyekszik áthidalni, hogy fontos, olyan cselekményeket, amelyeket a főtárgyalásnak meghagyni nem lehet, főleg, ha azok a polgárok szabadságjogait közelebbről érintik, illetve olyan adatokat vannak hivatva szolgáltatni, amelyeknek a főtárgyaláson okvetlenül szerepelniök kell (pl. egy helyszini szemlére, egy boncolásra vonatkozó jegyzőkönyv) bírói kezekbe teszi le, egyúttal gondoskodva arról is, hogy az adatgyűjtés lehetőleg hiteles és a felekre nézve is megnyugtató alakiságok mellett menjen végbe. Ilyen módon lép be a vizsgálóbíró a nyomozásba, akkor hogyha olyan cselekmények végrehajtásáról van szó, amelyektől a törvény a rendőri hatóságokat eltiltja.

A nyomozásban közreműködő rendőri hatóságok ugyanis a büntető perrendtartás 98. §-a értelmében tanukat meg nem eskethetnek; azokat, illetve a szakértőket vallomásra, nyilatkozatra nem kényszeríthetik, a lefoglalandó tárgy kiadására sem rá nem szoríthatnak, a lefoglalt postai küldeményeket fel nem bonthatják és rendszerint szemléket sem tarthatnak. Amennyiben ezeknek a cselekményeknek szükségessége a nyomozás folyamán elő áll, azok foganatosítását vagy közvetlenül, vagy a királyi ügyész útján a vizsgálóbírótól vagy a járásbíróságtól kell kérni. A szemléket, illetőleg a tilalmat a törvényhozó a „rendszerint" szó közbeiktatásával enyhitette, ami azt jelenti, hogy kényszerítő okok fennforgásakor, — a törvény szavai szerint halaszthatatlan szükség esetén — szemlét a rendőri hatóság is tarthat, köteles azonban ilyenkor egyrészt a büntető perrendtartás XIV. fejezetében irt feltételeket betartani, másrészt a felvett jegyzőkönyveket vagy közvetlenül, vagy az ügyész közvetítésével a halaszthatatlan szükség indokolása mellett a vizsgálóbirónak felülvizsgálás, esetleges kiegészítés, vagy megismételhetés céljából bemutatni.

Az esetek többségében, minthogy a bűncselekmények gyanujáról először rendesen a rendőrség értesül, a büngyi eljárás nyomozással, tehát olyan eljárással indul meg, amelynek kizárólagos célja a vádló tájékoztatása, a vád emelés, vagy nem emelés tekintetében. Ugyanez a célja természetesen a nyomozás körében teljesített szemlének is. *Ezt hangsulyozottan kifejezésre is juttatja a büntető perrendtartás 83. §-a, amely szerint: „a nyomozás tárgya azoknak az adatoknak kipuhatolása, amelynek a vádemelés, vagy vád nem emelése kérdésében a vádló tájékoztatására szükségesek".*

Határozott kijelentéssel hozzáteszi ehhez a 83. §. 2-ik bekezdése azt, *hogy a nyomozás e határon tul nem terjedhet.* Továbbmenőleg a büntető perrendtartás, mint a rendőrségnek különleges kötelességét a büncselekmény nyomainak épségben tartását, a tettes, vagy részes elrejtőzésének és megszökésének megakadályozását és a tényállás felderítése végett szükséges intézkedések megtételét jelöli meg a királyi ügyészség sürgős értesítése mellett.

A megelőzően részletezett rendelkezések irányadók a gyanús halálesetek körül meginduló eljárásban is. Kötelesek a rendőri hatóságok: „ha annak jelenségei mutatkoznak, hogy valaki nem természetes halállal mult ki, vagy ha ismeretlen egyén holttestét találták", a királyi ügyészségnek, vagy a legközelebbi járásbíróságnak sürgősen jelentést tenni. Egyben kötelesek a rendőri hatóságok a nyomozást haladéktalanul megindítani, a bűncselekmény nyomainak épségben tartásáról gondoskodni, amennyiben pedig a királyi ügyészség intézkedéséig a bűncselekmény nyomainak megsemmisülésétől, vagy megváltozásától kellene tartani, köteles a rendőrség a szükséges bírói cselekmény teljesítése végett a legközelebb levő járásbíróságot megkeresni.

A gyanús halálesetek körül megindító nyomozásban különösen nagy jelentőségük van azoknak a tárgyi jelenségeknek, amelyeket a helyszíne, a halott és a halál esettel vonatkozásban levőknek látszó tárgyak (bűnjelek) szemléje szolgáltat. Jelentőségük olyan nagy, hogyha kellő tudással és körültekintéssel vétetnek fel, a gyanusított nyilatkozataival és tanúknak vallomásaival szemben is, alkalmasak az igazságnak kétséget kizáró felderítésére. Fontosságuknak felismerése indította meg azt az évtizedek óta folyó munkát, amely a tárgyi jelenségek felkeresésének, rögzítésének és magyarázásának kérdésével behatóan foglalkozik. Ez a felismerés eredményezte, hogy sok helyen külön kriminologiai intézeteket létesítettek, azzal a rendeltetéssel, hogy alkalmazottaik bünjeleken végzett laboratóriumi vizsgálatok mellett, helyszini szemléken is részt vegyenek. Ez a felismerés magyarázója annak, hogy a gyilkosságok, illetve a gyanús halálesetek tisztázására sok helyen egészen külön állandó bizottságokat „Mord Commision-t" szerveztek, hogy a rendőrséget a szemlék eredményes végzéséhez szükséges eszközökkel és berendezésekkel ellátták.

Különösen nagy fontossága van a gyanús halálesetek nagy számában a helyszíni szemlének, amely tekintettel arra, hogy a halott környezetével rendszerint szoros viszonyban van, döntő fontosságú, egyébként meg nem szerezhető bizonyítékokat szolgáltathat.

Ha pl. a helyszínén felakasztott halottat találnak és hátán megelőző hanyatfekvést bizonyító hullafoltok mutatkoznak, kétségtelen az idegen kéz szereplése s éppúgy felmerül ennek alapos gyanúja, ha halotton, vagy környezetében véres kéz, vagy lábnyomok mutatkoznak s a halottnak keze, lába nem véres, valamint akkor is, hogyha pl. a halotton nagyobb fokú vérzéssel járó sérülések vannak s a környezetben kiömlött vér csekélyebb mennyiségű, mint amilyennek a sérülés következtében ki kellett ömölnie, mert erre az esetre, vagy az a körülmény szolgáltathat magyarázatot, hogy az elhaltat egyébként ölték meg és utólag hozták létre rajta a sérülést, vagy más helyen ölték meg és utólag juttatták a feltalálás helyére.

Mindezekre a fontos megállapításokra, természetesen csak az orvos-természettudományoknak különös tudással és gyakorlottsággal rendelkező embere képesítettt, annyival is inkább, mert a halott körüli helyzet magyarázásához rendszerint elengedhetetlenül szükséges egyéb kérdések előző megválaszolása pl. annak megállapítása, hogy a sérülés elszenvedése után a halál mennyi idő múlva állott be, hogy a sértett cselekvőképessége hogyan alakult. Az, aki nem a természettudományok emlőjén nőtt fel egy-egy vizsgálatra begyakorolhatja magát, úgy hogy azt kifogástalanul elvégezheti, de a céltudatos, tervszerű eljáráshoz szükséges képességeket soha meg nem szerezheti.

Mindezekért megbízható megszólaltatója a rendelkezésre áll tárgyi jelenségeknek csakis természettudós, tehát az igénybe vett orvos lehet.

Ezért helyeztem mindig nagy sulyt tanításomban, a tárgyi jelenségekre, ezért foglalkoztam tankönyvemben és közlemények nagy számában a helyszíni szemlék és bűnjelvizsgálatok kérdésével s ezért hagsulyozom most is, — bár a meghallgatás megfogyatkozott reménységével — a tárgyi bizonyítékok felhasználásának fontosságát.

Éppen a helyszíni szemlén végzett adat gyűjtésnek nagy fontossága, továbbá az a körülmény, hogy ez az adatgyűjtés többnyire meg nem ismételhető s hogy annak eredményét az itélő bíró tekintetbe venni kényszerült, követelnék meg ezeknek a szemléknek olyan biztosítékokkal való körülbástyázását, amelyek az anyagi igazság elérését a büntető perrendtartás szellemének megvalósulásával lehetőleg biztosítják.

A halott boncolás és a bűnjelek vizsgálata tekintetében az eljárás a büntető perrendtartás rendelkezéseinek megfelelően helyesen alakult ki, amennyiben a büntető perrendtartás 240. §-ának az a rendelkezése, hogy „halottszemle és boncolás foganatosítandó, ha gyanú támad, hogy valakinek halálát bűntett, vagy vétség okozta" vizsgálóbírói szemle elrendelésével rendszerint megvalósul, s az utólag szükséges bűnjel vizsgálatok is bírói szemlék keretében folynak le.

Ugyanez az eljárás kellene, hogy érvényesüljön a helyszíni szemlék alkalmával, annyival is inkább, mert ha ennél mulasztások vagy hibák történnek, az ügy már megindulásakor végleg és örökre elromlik. Ebből az aggodalomból fakad a törvénynek az az intézkedése, amely a

rendőri hatóságokat szemlék tartásától tulajdonképen eltiltja s amennyiben a tilalom halaszthatatlan szükség esetében meg nem tartható, a szemle adatainak utólag vizsgálóbírói felülvizsgálását követeli.

Az élet kényszere azonban erősebb a törvény parancsánál és ez elkerülhetetlenné teszi azt, hogy a gyanús halálesetek körüli nyomozásban éppen az első és legfontosabb szemléket a rendőri hatóságok végezzék. Különösen a fővárosban az eljárás úgy alakul ki, hogy gyanús haláleseteknél a rendőrségnek egy, esetleg több tisztviselője száll ki, s a szakértő segítséget az érdekelt kerület rendőrorvosa, vagy a központi ügyeleten szolgálatot teljesítő rendőrorvos adja meg. Csak egészen kivételesek azok az esetek, amelyekben — kivált már kezdetben gyilkosságoknak látszó esetekben — a vizsgálóbíró közreműködik. Ez nem is lehet másként, mert a vizsgálóbírák egyéb nagy mérvű elfoglaltságuk mellett — rendszerint a helyszínén való megjelenésben akadályozva vannak, — de másrészt nem is fontos, mert a vizsgálóbírák többnyire nem is rendelkeznek azzal a tudással és gyakorlottsággal, amelyet a rendőrségnek, ezekkel az ügyekkel rendszerint sűrűn foglalkozó tisztviselői megszerezhetnek. A fővárost illetőleg, a kialakult eljárást tehát, bárha szigorúan a törvény követelményeinek nem is felel meg, teljes megnyugvással el lehet fogadni, annyival inkább, mert a fővárosi rendőrség kellően begyakorolt, tapasztalatokkal rendelkező tisztviselőinek igénybe vehetése mellett rendelkezik a tárgyi bizonyítékok gyűjtéséhez, értékesítéséhez szükséges berendezésekkel s azokat, amint újabban is számos példán láthattam, teljes elismerést érdemlő buzgalommal fel is használja a helyszínének, az ott mutatkozó nyomoknak rögzítésére, megörökítésére.

Nagy jelentősége van a rendőrség által teljesített helyszíni vizsgálatok szempontjából annak az újabb belügyminiszteri rendelkezésnek is, amely a szakértőkként igénybe vett orvosoktól a törvényszéki orvosi képesítés megszerzését kívánja, ami annak a biztosítására hivatott, hogy a helyszíni szemlékhez a kellő törvényszéki orvosi tudás vonuljon fel.

A tudományos képzettség azonban egymagában a helyszíneléssel kapcsolatos fontos feladatok megfelelő teljesítését még nem biztosíthatja, s feltétlenül szükséges, hogy a közreműködő orvosok, a közreműködésükkel járó kötelességeiket, azok határát ismerjék, hogy a büntető perrendtartás intézkedéseinek jelentőségét átérezve, eljárásukat, egyrészt a tudomány, másrészt a törvény követelményeinek megfelelően alakítsák ki a szóbanforgó eset igényeihez alkalmazkodva. Éppen ezek a körülmények teszik kötelességemmé, hogy 40 évre terjedő tapasztalataim alapján meg adjam azokat a tanácsokat, amelyek meggyőződésem szerint az igazság elérésének biztosítására alkalmasak nemcsak, de annak érdekében szükségesek is. Annyival inkább meg kell ezt tennem, mert tapasztalataim szerint azok mellett a nehézségek mellett, amelyekkel éppen a helyszíni szemlén közreműködő orvosnak meg kell küzdenie, nemcsak mulasztásból, hanem hatásköri tullépésből is végzetes, soha többé ki nem javítható hibák állhatnak elő, amelyek pedig elkerülhetők lettek volna.

Ugy a nyomozást vezető tisztviselőnek, mint az általa szakértőként igénybe vett orvosnak elsőrendű kötelessége a nyomozás céljának, tehát annak állandó szemmel tartása, hogy az kimerül a vádló tájékoztatásában, a nyomok megőrzésében s ezen a határon a 83. § értelmében tulajdonképen tul nem is terjedhet. Az eredményt a tisztviselőnek és az orvosnak megértő, egymást kiegészítő eljárása kell, hogy biztosítsa. A vezető szerep természetesen mindig a nyomozás vezetőjét, a szemlén közreműködő tisztviselőt illeti s neki kell tulajdonképen gondoskodni arról, hogy szakértője azt, ami hivatása körébe tartozik hűen elvégezze, de ezen a határon túl ne menjen.*

Teljesen eleget tesz az orvos kötelességének a nyomozással kapcsolatos helyszíni szemle alkalmával, ha a vádló tájékozására szükséges adatokat megadja, tehát a büncselekmény gyanúját megerősíti, vagy eloszlatja s e mellett, azokat a nyomokat, amelyek később beható vizsgálattal megbízhatóbb módon értékesíthetők, ennek a vizsgálatnak lehetőleg változatlan állapotban biztosítja. Ha a helyszíni szemle megállapítja, hogy az elhaltat szuró eszközzel bántalmazták, teljesen mellékes annak kutatása, hogy hatszor vagy nyolcszor szurták meg, mellékes annak kutatása, hogy a szúrások milyen sorrendben jöttek létre, hogy a halált mellüregi vérzés, vagy vérnek beszívásával kapcsolatos fuladás okozta, annyival is inkább, mert ezek megbízható meghatározása a helyszínen többnyire nem is lehetséges, s erre a későbbi bírói szemlével kapcsolatos halottvizsgálat hivatott. A helyszínén közreműködő orvosnak a vád tájékoztatására szükséges vélemény nyilvánításán felül tulajdonképen csak tényeknek, a helyszínén észlelhető nyomoknak rögzítése, illetve megőrzése „épségben tartása" a feladata. Ez már egymagában is nevezetes és fontos feladat, amelynek hűséges teljesítése a becsületes kötelesség teljesítése fogalmát kimeríti. Részletes utasítást persze, hogy a különböző okokból bekövetkezett halál eseteiben mit lehet és mit kell megállapítani, tételekbe összefoglalva lehetetlen s a közreműködő szakértő kell, hogy a szóban forgó követelményekhez viszonyítva a maga eljárása szabályait meghatározza. Különösen fontos a helyszíneléskor azoknak az adatoknak hűséges rögzítése, amelyek később változásoknak vagy megsemmisülésnek vannak kitéve. Ilyenek a holttest környezetében mutatkozó nyomok és tárgyak, illetve tárgyrészek, a halott ruházatán és testén mutatkozó nyomok, esetleg idegen tárgyak vagy tárgyrészletek (kezeken levő hajszálak, ruhafoszlányok, vér és egyéb nyomok, a halottnak helyzete, a környező tárgyakhoz viszonyítva, ruházatának, testrészeinek állása) és különösen azok a nyomok, amelyek a halál bekövetkezése idejének határozására alkalmasak (kihülés, hullafoltok, merevség, stb.)

A helyszíne által szolgáltatott adatoknak részletes és hűséges felvételét a megfelelő szaktudás mellett, természetesen csak a tervszerű és céltudatos eljárás biztosíthatja. Attól az orvostól, aki megfelelő előképzettség után a helyszínelés fontos munkájában részt vesz, meglehet és meg kell követelni, hogy a szóbanforgó ügybe beleélve magát tervszerűséggel alakítsa ki a maga eljárását, céltudatos kutatója legyen a helyszínen a jelenlevő adatoknak. Ha pl. a holttesten áthatoló lövöés van, kötelessége

---

* Egyebek között például az öngyilkosság megállapítása a tisztviselőnek és nem az orvos szakértőnek feladata, mert ez a határozat csak az eset összes adatainak összehasonlító egyeztetése alapján jogosult. Az orvos eleget tesz a maga kötelességének, ha a lövés helyét, távolságát, irányát, a kézen levő füstösödést, küzdelmi nyomok hiányát, stb. meghatározza és ezzel módot ad, az erre hivatott tisztviselőnek arra, hogy az orvosi adatokat többiek közzé illesztve értékesítse. Kolozsvári szolgálatom ideje alatt többször előfordult az az eset, hogy a hatósági orvos által megállapított öngyilkosság, később gyilkosságá lett s az orvos, aki helytelen véleményezésével az igazságszolgáltatást a helyes útról letérítette, a főtárgyaláson szégyenkezve keresett mentséget abban, hogy az esetnek reá nem tartozó körülményei vezették az öngyilkosság feltevésére. Hasonló eset fordult elő nem régen a bécsi törvényszék gyakorlatában, amelyben A. B. rendőrőrmestert feleségének meggyilkolásáért elítélték, pedig az elhalt öngyilkosságát a helyszíni szemlénél közreműködő orvos kétségtelenül megállapította. Ez a kérdés is nagyjelentőségü kérdése a nyomozás körüli orvosi eljárásnak, amellyel ezen a helyen bármennyire megérdemelné is, behatóbban nem foglalkozhatom.

az ezt megállapító orvosnak mindazt megtenni, ami a testen keresztül haladott golyónak feltalálását biztosítja. Régebbi tapasztalataimból több esetet említhetek, amelyekben egy meg nem történt, de utólag kimenve a helyszínére, magam a golyót megtalálhattam s ezzel olyan megállapításokhoz juthattam el, amelyek különben lehetetlenek lettek volna.

Különös gondot kell fordítani azokra a nyomokra, amelyek csak boncteremben vagy laboratóriumban végzett későbbi alaposabb vizsgálat útján értékesíthetők. Sokkal helyesebben jár el az az orvos, aki a halottat, miután a módosulásnak ki tett nyomokat és jelenségeket rögzítette, ami többnyire a halott nagyobbmérvű megbolygatása nélkül lehetséges, azt eredeti állapotában juttatja arra a helyre, amely a behatóbb megvizsgálásra hivatott, mint az, aki egyes — a helyszínén megbízható módon meg nem szerezhető megállapítások érdekében megsemmisíti azt, amit későbbi vizsgálat megbízható módon értékesíthetett volna.

Különösen nagy gondot kell fordítani arra is, hogy a helyszíni vizsgálat alkalmával a halotton lévő fontos nyomok el ne tünjenek, illetve félrevezetésre alkalmas nyomok és változások létre ne jöjjenek. Azt a kérdést, hogy a halotton levő két szurás közül melyik volt az első és melyik a második, amit néha abból, hogy a második felett fekvő ruházat kivülről véres, kellő nyugodtságot biztosító körülmények között végzett alapos vizsgálattal meg lehet határozni; azt a kérdést, hogy az elgázolt embert milyen jármű gázolta el, amit néha a ruházaton mutatkozó kerék-nyomokból meg lehet határozni, azt a kérdést, hogy az elhalt a sérülés elszenvedésekor milyen testhelyzetben volt, amire következtetést engedhet a ruházat és a testen levő sérüléseknek egymáshoz való viszonya, megválaszolni azok, akik a halottal később, bírói szemlével kapcsolatosan kötelesek foglalkozni, a halottról leszaggatott s rendetlen csomaggá összegyűrve arra reádobott ruhadarabok vizsgálata útján, meg sem próbálhatják s érthető az is, hogy ha a vizsgálat eredménytelenségét előre látva, s ezen így joggal elkedvetlenedve, a próbáláshoz hozzásem fognak. Ha a halottat a helyszínén levetköztetik, lehullhatnak a közeli lövést bizonyító lőporszemcsék, ha azt a sérülések közelebbi megvizsgálása számuknak többnyire felesleges meghatározása érdekében megmossák, eltünhet a rajta levő füstlerakódás, eltünnek azok a vérzéses csíkok, amelyek a sérülés alkalmával elfoglalt testhelyzetnek megállapításához nélkülözhetetlenek. Mindezekre a tényekedésekre, ha meg vannak szervezve a vádló tájékoztatására szolgáló adatok s ha az, ami okvetlenül modósul az idő telésével, rögzítve van a közreműködő orvosnak további kötelessége, sőt további joga sincsen. Végzetes hiba, ha a helyszínelés alkalmával a halott torkában levő dugaszt eltávolítják, vagy helyzetéből kimozdítják, mert ez a legfontosabb bizonyíték megszerzését teheti lehetetlenné. Abból a ténykörülményből ugyanis, hogy a halottnak a torkában egy összegöngyölt rongy, vagy papírdarab van, egyáltalában nem következik, hogy ez volt a halálnak előidéző oka. A lelet jelentősége tekintetében csak a boncolás adhat felvilágosítást, ez is csak akkor, hogyha egészen különleges, az esethez szabott boncolási technikával, nevezetesen a nyelőcsőnek, az alsó állkapocs szétfeszítése mellett, alulról végzett felvágásával kutatja, hogy a dugasz milyen mélyen, hogyan van a torokban elhelyezve. A dugasz eltávolítása a helyszínén semmiféle tekintetben felvilágosítást nem ad, s maga az, aki azt eltávolította, ha a tárgyilagosság alapján meg akar maradni, azt, hogy a dugasz milyen utakat zárt el, mennyiben akadályozta a légzést, nyugodt lelkiismerettel meg sem mondhatja. Egészen bizonyos, hogy ha az ügyész hasonló esetben jelen lenne, maga megakadályozná a hatáskör túllépését. Az ügyész távollétében ez a kötelesség a rendőrségre — elsősorban a halottal foglalkozó orvosra hárul.

Ugyancsak szükségtelen nem csak, de meg nem oldható nehézségeket eredményezhet s ezzel az ügyet végleg elronthatja a nyakra erősített zsinegek eltávolítása. Ezzel semmi olyat, ami az ügyre nézve fontos lehetne meg tudni nem lehet. A nyakra reászorított zsineg alkalmas lehet az idegen kéz szerepelésének megállapítására, de ezen tul nem mehet. Azt hogy a halál zsinegelésnek volt-e a következménye a tárgyilagossághoz ragaszkodó lelkiismeretes orvos a halottszemle útján soha meg nem állapíthatja. Ez legfeljebb boncolos útján, sokszor még azzal is nehezen, más halálok kizárásával, a nyak mélyebb részeinek levő változások és az egész boncolási lelet tekintetbe vétele mellett lehetséges. Több esetben előfordult, hogy a nyakat a gyilkos, az áldozat megölése után azért kötötte meg zsineggel, hogy a holttest belsejéből különben kiszivárgó vér a gyilkosságnak árulója ne legyen s a Kiss Béla által elkövetett tömeggyilkosságok esetében is a halottvizsgálat ezt a törekvést valószínűsítette. Ha a halotton lövési sérülés van, ez esetleg bizonyíthatja az idegen kéz szerepét, de azt, hogy ez az idegen kéz a lövéssel volt az élet kioltója, rendszerint csak a boncolás határozhatja meg. Budapesten is előfordult eset, amelyben a tettes a megfojtott áldozat fejét lőfegyverrel is átlőtte azért, hogy az áldozat esetleges feléledésével szemben magát biztosítsa.

A tárgyi bizonyítékok értékesítése különösen azóta nyomult nagyon előtérbe, amióta tapasztalatok és kísérletek beigazolták a tanu vallomásoknak megbízhatatlanságát. Ezzel különösen gyanús halálesetek körüli eljárásban kell számolni, mert sulyos érdekek vezethetik az embereket ahhoz, hogy az öngyilkosságot letagadják, de még inkább, hogy a gyilkosságot eltitkolják. Ezekkel szemben az eset tisztázásával az igazságot érvényre juttatni éppen a tárgyilagos bizonyítékok hivatottak és erre alkalmasak is. A siker persze az ügyben közreműködők megértő együttmüködésén fordul meg. Különösen fontos az első lépés a nyomozás és az ennek kíséretében végzett helyszíni és halottszemle. Ezért újból is ideiktatom azokat a szabályokat, amelyeknek betartása a helyszínnek és a helyszínén levő halottnak szemléjében közreműködő orvosok részéről kivánatos. Tartsa mindig szem előtt az illető szakértő a nyomozásnak határait, nevezetesen, hogy ennek főkötelessége a vádló tájékoztatása mellett a nyomoknak lehetőleg részletes és hű rögzítése, azoknak a tárgyaknak pedig, amelyek behatóbb vizsgálatra kerülnek, lehetőleg változatlan állapotban való megtartása. Az összegyűjtött adatokat más adatokkal összevetni, mérlegelni és értékesíteni, az itélőbíró hivatott a főtárgyaláson közreműködő szakértők segítségével, akiknek a törvény egyenesen kötelességévé teszi az összes, tehát a helyszíni szemle adatainak mérlegelését is. Az igazság csak kölcsönös megértés és kölcsönös támogató együttműködés mellett juthat diadalra. Ezt a célt egyesült erővel szolgálni közös kötelességünk. Ennek a kötelességnek érzése vezet, amikor soraimmal igyekezem szolgálni a züllésnek indult társadalom legfőbb értékét, az igazságszolgáltatást, amellyel 43 esztendővel ezelőtt eljegyeztem magam.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. belklinikájának (igazgató: † Bálint Rezső dr., egyet. ny. r. tanár) közleménye.

A vérsavó vegyhatásának befolyása a növényi csira fejlődésére.

Irták: *Weiss István dr.* és *Fernbach József dr.*

A vérsavónak a fejlődő növényi csírára való hatását először *Macht* és *Lubin* vizsgálták. Az ő vizsgálati eljárásuk felhasználásával hasonló vizsgálatokat végzett *Herz* és *Weichbrodt*, majd *Gerlóczy*. E vizsgálatok mind azt igyekeztek kideríteni, hogy tartalmaz-e bizonyos körülmények között, bizonyos betegségek alatt az emberi savó olyan anyagokat, melyek a fejlődő csírára ártalmasak lennének. Régen ismert tény, hogy a menstruatiós vér a növényekre káros hatással van, azok fejlődését megakadályozza. Másrészt ismeretes, hogy bizonyos betegségek alatt vett vér — pl. epilepsiás egyének savója — egészséges állatnak adva, toxikus tüneteket okoz. *Macht* és *Lubin*, továbbá *Herz* és *Weichbrodt* éppen ezen ismeretek alapján a savóban olyan toxinokat, helyesebben mondva ártalmas anyagokat kerestek, amelyek esetleg a növényi csírákra is káros hatással lennének. Ezen szerzők vizsgálataikkal tényleg meg is állapitották azt, hogy különböző kórformáknál nyert emberi savó az általuk használt fehér csillagfürt csírájának növekedését egyik esetben jobban, másik esetben kevésbbé gátoja. Minthogy vizsgálataik szerint az ép emberi savó ezen csira növekedésére befolyással nincsen, valószínűnek látszott, hogy a növekedést gátló anyag csakis a beteg ember savójában található meg. Ezt különben *Gerlóczy* adatai is megerősítették.

Mi ezen növekedést gátló anyag? *Herz* és *Weichbrodt* a savónak növekedést gátló hatását fehérje bomlástermékeknek tulajdonítják, melyek különböző betegségek alatt különböző mennyiségben keletkeznek. *Gerlóczy* vizsgálatai ezen feltevést csak tág határok közt erősitették meg; az ő vizsgálatai szerint a savó cholesterin tartalmának volna fontos hatása a csíra növekedésére. Kísérleteiből kétségtelenül kiderült, hogy a savó cholesterin tartalma és a csíra növekedése között bizonyos fokú párhuzam észlelhető. Feltünő e kísérletekben, hogy az ulcus ventriculi, illetve duodeniben megbetegedett egyének vérsavója gátolt legjobban és hogy az ulcusos beteg gyógyulásával a gátló hatás csökken. *Gerlóczy* ezt az ulcusos beteg savójának cholesterin tartalmával magyarázza; szerinte, ha a csökkent cholesterin tartalom az ulcus javulásakor megszünt, a gátló hatás is kisebbedett. Egyéb kórformáknál azonban *Gerlóczy* sem talált a vér cholesterin tartalma és a növényi csírára kifejtett hatás között ily messzemenő párhuzamosságot. Sőt elismeri, hogy a hypercholesterinaemiás savók nem hatottak serkentőleg a csíra növekedésére, ami esetleg várható lett volna. Feltehető tehát, hogy a fehérje bomlási termékek és a cholesterin mellett még egy másik tényező szerepel, amely a csíra fejlődését befolyásolja. Kérdésessé vált, hogy az ulcusos savónak csökkent cholesterin tartalma az, ami a gátló hatást kifejti s nem valami más tényezőnek van-e szerepe, melynek változása esetleg párhuzamosan haladhat a cholesterin tartalom változásával, vagy pedig kizárólag ezen feltételezett tényező viszi-e a szerepet az említett kísérletekben.

A talaj H-ion concentratiójának szerepe a növények életére, fejlődésére és betegségére ma már úgyszólván közismert tény, amit a mezőgazdaságban fel is használnak. Igaz, hogy a gyakorlatban számításba vett H-ion concentratio értékek aránylag tág határok közt ingadoznak. Lehetséges azonban, hogy már kisebb ingadozások is befolyással vannak a növények fejlődésére, ezek azonban csak finomabb megfigyelések alkalmával derülnek ki, másrészt, hogy ezen kisebb ingadozások csak egyes növények életében bírnak fontossággal. Feltehető volt tehát az, hogy az említett csíra növekedési kísérletekben is a táptalajnak reactio változása, amit a hozzá adott savó idéz elő, hol kedvezően, hol kedvezőtlenül befolyásolja a csíra fejlődését. Amennyiben ez a feltevés helyes, a táptalajnak megsavanyításakor, illetve meglúgosításakor különbséget kell találni a csíra növekedésében. Természetesen a táptalaj reactio változásának oly határok között kell mozognia, mint ahogy a vérsavó reactiójánál kóros viszonyok mellett találjuk. Amennyiben a reactiónak szerepe van a csíra fejlődésére, úgy egy kóros savó, melynek reactiója a normalisénál savanyúbb és ezáltal gátlólag hat a növekedésre, vegyhatásának normalissá, vagy lúgossabbá tételekor vagy nem befolyásolja, de lehet, hogy serkenteni fogja a csíra növekedését.

Bálint mutatott rá, hogy az ulcusos betegek sav-basis egyensúlya a normalishoz képest eltérést mutat. Az ulcusos beteg vérének vegyhatása inkább savanyú, a normális érték alcalikus határát sohasem éri el és sohasem található alkalikus vér pH ulcusos betegnél; a különböző therapiás hatások alatt az ulcusos beteg vérének vegyhatása normalissá, sőt ennél lúgosabbá válik. Éppen ezért lehetségesnek tartottuk, hogy az ulcusos betegek vérével végzett fentebb említett kísérletekben is a táptalajnak a savó reactiója által okozott vegyhatás változása volna az, ami a csíra növekedését befolyásolja.

Kísérleteinkben tehát vizsgáltuk: 1. mennyire befolyásolja a táptalaj in vitro savanyítása és lúgosítása savó nélkül, 2. a normális savó reactiójának in vivo és in vitro szűk határok közötti megváltoztatása a növekvő csíra fejlődését és 3. a kóros savó nem physiológiás reactiójának megváltoztatásával megszüntethetjük-e annak a csírára kifejtett növekedését gátló hatását.

Kísérleteinknél *Macht* és *Lubin* által leírt kísérleti eljárást használtuk. Fehér csillagfürt (lupinus albus) magját 12 órán át állandóan folyó vízben tartottuk. Ezután a felduzzadt magot finoman őrölt turfamohában tartottuk 3 napon át, kb. 20 C. mellett. Ez idő alatt megindul a magok csírázása úgyhogy a tulajdonképpeni kísérlet előtt már mindegyik kisebb-nagyobb csírával bírt. Egy-egy kísérlethez a magokat úgy válogattuk össze, hogy azok gyökere a lehetőségig egyforma legyen. Az egyéni különbségeket már azáltal is kiküszöböltük, hogy egy-egy kísérlethez mindig több, legalább 6—10 magot használtunk. A turfamohában való csírázás után lemértük mm-nyi pontossággal a csíra hosszát s ezután a magot kb. 12 ccm hosszú kémcsövekbe helyeztük oly módon, hogy a mag a kémcső peremén nyugodott és a gyökér a táptalajba, illetve az oldatba merült. A táptalaj Shive-oldattal tízszeresen higított vérplasma volt. A vért a betegektől reggel éhgyomorra vettük venapunctio útján. Ugyanekkor minden esetben meghatároztuk a vizsgálandó plasma H-ion concentratióját is.

24, 48, 72 óra mulva ismét megmértük a csírák hosszát, ellenőrizve azok növekedését. A kísérlet ezen részét szobahőmérséklet mellett végeztük.

Mindenekelőtt vizsgáltuk azt, hogy phosphat-oldatok mint puffer oldatok emberi savó nélkül Shive-oldathoz hozzáadva hogyan befolyásolják a csíra növekedését. A phosphat-oldatok reactióját úgy állítottuk be, hogy az nagyjából azon reactióknak feleljen meg, melyeket ulcusos betegeken alcalizálás előtt, illetve alcalizálás után, mint határértékeket találtunk.

Helyszűke miatt kísérleteink jegyzőkönyvéből csak az eredményeket közöljük.

I. kísérlet. A kémcsövekbe 5.5 ccm Shive oldathoz 1 ccm pH 7.78, illetve pH 7.42 reactiójú phosphat oldat kerül. 9—9 csírát állítunk be. A 7.78 pH oldatban tartott gyökerek egy nappal a kísérlet után közép értékben 2, két nappal a kísérlet után 2.1 mmel növekedtek a kiinduláshoz képest; ugyanakor a pH 7.42 pH oldatban tartott gyökerek növekedése 0 volt.

II. kísérlet. Az előbbihez hasonló kísérleti berendezés, de 3 féle phosphat oldattal, melyek vegyhatása pH 7.78, 7.58, ill. 7.42-nek felelt meg (7.58 a normalis vérreactió középértéke. Összesen 7—7—7 csírát állítottnnk be. A különbségek, amelyek a kiinduláshoz képest észlelhetők voltak középértékben a pH 7.78-as oldatnál 24 óra mulva 7.1, 48 óra mulva 11.1, a pH 7.58-as oldatnál 4.1, ill. 5.4 és a pH 7.42 oldatnál 3.7, ill. 4.1 mm volt.

Már e kísérletek azt mutatták, hogy a folyadék vegyhatásának befolyása van a gyökér növekedésére és pedig oly értelemben, hogy a gyökérhosszak átlagos értéke nő az oldat lúgosságának fokozódásával.

Kísérleteink második csoportja már emberi vérsavónak a Shive-oldathoz való hozzáadásával történt és pedig oly módon, hogy a savó vegyhatása in vitro különböző módon állíttatott be.

III. kísérlet. L. B. (Atonia ventriculi) vérsavójának pH-ja 7.56. Az egyik sorozatban a Shive oldathoz a savó változatlanul került, a másikba n/10 NaOH oldattal meglúgosítva pH 7.74-el, a harmadikban viszont n/10 HCL oldattal megsavanyítva pH 7.42-el. 8—8 csirát állítottunk be egy-egy sorozathoz. A kiinduláshoz képest a különbségek középértékben a pH 7.74-nél 24 óra mulva 5.0, 48 óra mulva 10.9, a pH 7.56-nál 5.0 és 10.1, a pH 7.42-nél 3.5 és 6.3 mm volt.

IV kísérlet. F. A. (Polyarthritis rheumatica ac. utáni reconvalescens állapot.) A beteg savója részben változatlanul, részben n/10 HCl-el megsavanyítva, n/10 NaOH-al lúgosítva. 5.5 ccm Shive-oldathoz 0.75 ccm savó: a háromféle savó pH-ja 7.79, 7.56 és 7.42. 8—8 csírával végeztük a kísérletet. A kiinduláshoz képest a növekedés középértékben a 7.79 pH savónál 24 óra mulva 8.6, 48 óra mulva 18.0, a pH 7.56-os savónál 8.7 és 17.0, a pH 7.4 savónál 5.4 és 11.6 mm volt.

E kísérletek először azt mutatják, hogy a vérsavónak a Shive-oldathoz való hozzáadása a csírák növekedését lényegesen előmozdítja, minden valószínűség szerint azért, mert pufferező képessége az oldat vegyhatását a növekedésre alkalmassá teszi, de másodszor azt, hogy a savó reactiójának in vitro változtatása lényeges befolyást gyakorol a csíra növekedésére; e befolyás különösen abban az irányban mutatkozik, hogy a savanyú savóban a csíra növekedése a többiekéhez képest lényegesen visszamarad; kevésbbé feltünő a különbség abban az irányban, hogy az alcalizált savóban a csíra jobban nőne, mint a physiologiás vegyhatású savóban.

Kísérleteink harmadik csoportjában normalis vérreactiót mutató egyéneket in vivo savanyítottunk, ill. lúgosítottunk és az így változtatott vegyhatás befolyását vizsgáltuk a csíra növekedésére.

V. kísérlet. K. J. (Arthritis chr.) Savója változatlanul 7.57. — Sz. J. (Gangraena pulm.) Vér pH 7.53. Három napon át óránkint 1 kávéskanálnyi szódobicarbonát kap; három nap után pH 7.61. — P. A. (Arteriosclerosis.) Vér pH 7.56. Három napon át naponta 25 g ammoniumphosphatot kap; 3 nap mulva pH 7.44. — A Shive-oldathoz az egyes savókból 0.5 ccm kerül. 5—5 csírával végeztük a kísérleteket. A gyökérnövekedés a kiinduláshoz képest a következő különbségeket mutatja: pH 7.61-es savónál 24 óra mulva 7.4, 48 óra mulva 40, pH 7.57-es savónál 11.3, ill. 26.0, pH 7.44-es savónál 5.5, ill. 24.5 mm volt.

VI. kísérlet. K. J. (Arthritis chr.) Vér pH 7.56 változatlanul. — P. H. (Hysteria.) Vér pH 7.56. Négy napon át óránkint egy kávéskanál szódabicarbonát kap. Négy nap mulva vér pH 7.76. — K. L. (Polyneuritis.) Vér pH 7.57. Négy napon át naponta 25 g ammoniumphosphatot kapott. Négy nap mulva a vér pH 7.45. — Minden kémcsőbe 5.5 ccm Shive-oldathoz 0.5 ccm savó került. 9—9 gyökérrel végeztük a kísérletet. A kiinduláshoz képest a különbségek középértékben pH 7.76-os savónál 24 óra mulva 13, 48 óra múlva 20, 72 óra mulva 30.4 mm, a pH 7.56-os savónál 12, 18, ill. 22.6 mm, a pH 7.45-os oldatnál 5.6, 9.5 és 16.2 mm volt.

VII. kísérlet. E kísérletünkben a savanyú, illetve lúgos vérsavó nyerésére ugyanazon egyéneket használtuk fel, mint az előző (VI.) kísérletben, de fordítva; aki előbb lúgosítva volt, azt savanyítottuk, aki viszont előbb savanyítva volt, azt most lúgosítottuk. 10—10 gyökérrel végezzük a kísérletet.

H. J. (Morbus Menière.) Vér pH 7.60 változatlanul. — P. H. (Hysteria.) Vér pH 7.56, három napon át naponta 25 g. ammoniumphosphatot kapott. Három nap után vér pH 7.51. — K. L. (Polyneuritis.) Vér pH 7.57. Három napon át óránkint 1 kávéskanál szódabicarbonat kap. Három nap után vér pH 7.67. A különbségek a kiinduláshoz képest középértékben pH 7.67-es savónál 24 óra mulva 17.2, 48 óra mulva 30.9, 72 óra mulva 44.3 mm, pH 7.60 mellett 14.5, 28.3 és 40.4, pH 7.51 mellett 7.0, 15.7 és 20.9 mm volt.

E két utóbbi kísérletben tehát ugyanazon egyének savója ellentétesen viselkedett akkor, ha vegyhatásukat ellentétes értelemben befolyásoltuk.

A VI. kísérletben

P. H. savójának pH-ja 7.66 volt, a gyökérnövekedés 30.4 mm
K. L. „ „ 7.45 „ „ „ 16.2 „

A VII. kísérletben

P. M. savójának pH-ja 7.51 volt, a gyökérnövekedés 20.9 mm
K. L. „ „ 7.67 „ „ „ 44.3 „

VIII. kísérlet. Sz. L. (Paralysis bulbaris.) Vér pH 7.60. Három napon keresztül 2 óránkint 1 kávéskanál szódabicarbonat kapott. Három nap mulva vér pH 7.62. — M. J. (Sine morbo interno.) Vér pH 7.58. Három napon át naponta 30 g amoniumphosphatot kapott. Három nap mulva vér pH 7.46. Minden kémcsőbe 5.5 ccm Shive-oldathoz 1 ccm serum került. 7—7 csírát állítottunk be. A kiinduláshoz képest a különbség középértékben pH 7.62 mellett 24 óra mulva 8.1, 48 óra mulva 11.7, pH 7.46 mellett 24 óra mulva 3.0, 48 óra mulva 4.7 m volt.

IX. kísérlet. Ez a kísérlet azért bir különös jelentőséggel, mert az egyik kísérleti egyén vére a lúgosítás dacára sem vált lúgossá (valószínünek kell tartani, hogy nem vette be a szódát) s ennek megfelelően a gyökér növekedési különbségek is elmaradtak. K. J. (Arthritis chr.) Vér pH 7.56. Három napon át óránkint 1 kávéskanál szódabicorbonát kap. Három nap után a vér pH 7.54. — Sz. J. (Cholelithiasis.) Vér pH 7.58. Három napon át naponta 25 g ammoniumphosphatot kapott. Három nap mulva a vér pH 7.52. 12—12 csírával végeztük a kísérletet. A különbség a kiinduláshoz képest pH 7.54 mellett 24 óra mulva 3.6, pH 7.52 mellett pedig 3.9 mm volt.

Ezek a kísérletek tehát (V—IX.) azt mutatták, hogy az emberi savó aszerint befolyásolja a gyökér növekedését, hogy mesterségesen a szervezetbe bevitt anyagokkal savanyúvá, vagy lúgossá tettük-e, ill. változatlan alkalmaztuk-e. Az eredmény az, hogy a savanyú vegyhatású savó a növekedést gátolja, a lúgos vegyhatású előmozdítja.

Végre kísérleteink utolsó csoportját alkotja az a 10 kísérlet, amit ulcusos betegek savójával végeztünk.

X. kísérlet. N. J. (C. ventriculi.) Vér pH 7.63. — G. B. (Status post bronchopneumoniam.) Vér pH 7.58. — B. J. (Ulcus duodeni.) Vér pH 7.51. 5—5 ccm Shive-oldathoz 1 ccm savó kerül. 7—7 csírával végezzük a kísérletet. A különbségek a kiinduláshoz képest középértékben a pH 7.63-as savónál 24 óra mulva 6.6, 48 óra mulva 7.8, a pH 7.58-as savónál 4.3 és 7.1, a pH 7.51-es savónál 1.1 és 2.0 mm. volt. A 7.51 pHt mutató ulcusos savóban tehát a gyökér növekedése lényegesen visszamarad a másik két lúgosabb savóval szemben.

XI. kísérlet. E kísérlet egyik egyéne, az ulcusos, azonos a X. kísérlet ulcusos betegével, azzal a különbséggel, hogy e kísérletben Syppi kura után van. — B. J. (Ulcus duodeni.) Hat napi Syppi kúra után vér pH 7.62. — G. J. (Akromegalia.) Vér pH 7.55. 5.5 ccm Shive-oldathoz 0.8 ccm savó kerül. 10—10 csírával végezzük a kísérletet. A kiinduláshoz képesti különbség középértékben a pH 7.62 savónál 24 óra mulva 8.8, 48 óra mulva 11.2 mm, a pH 7.55 savónál 24 óra mulva 6.0, 48 óra mulva 8.8 mm volt.

Az ulcusos egyén savója tehát, amely az előző kísérletben gátolta a csíra növekedését a normalis reactiójú savóval szemben, Syppi-kúra után alcalikusabbá lévén, a gyökér növekedését a normalis határokon belül, de savanyúbb savóval szemben fokozza.

XII. kísérlet. C. A. (Cc. ventriculi.) Vér pH 7.64. — L. D. Ulcus duodeni.) Vér pH 7.54. 5.5 ccm Shive-oldathoz 0.6 ccm savó kerül. 9—9 csírával végeztük a kísérletet. A különbség a kiinduláshoz képest középértékben a pH 7.64-es savónál 24 óra mulva 7.7, 48 óra mulva 10.7 mm, a pH 7.54 savónál 8.0, ill. 13.0 mm volt.

Összes kísérleti egyéneink közül L. D. (ulcus duodeni) az egyetlen, akinek savója a többivel ellentétesen viselkedik, amennyiben a csíranövekedést, lúgosabb savóval összehasonlítva nem gátolja. Lehetne arra is gondolni, hogy a controll eset az, amely szabályellenesen viselkedik, annál is inkább, mert elképzelhető volna, hogy carcinomás egyén vérsavójában olyan anyagok foglaltatnak, amelyek a poliferatióra kedvezőtlen hatást gyakorolnak, viszont a következő kísérletben látni fogjuk, hogy ugyancsak ez az ulcus eset lúgosítás után is kissé másképen viselkedik, mint a többi.

XIII. kísérlet. L. D. (Ulcus duodeni.) Ugyanaz, mint az előbbi kísérletben, de 4 napi bőséges szóda adagolása után. Vér pH 7.77. — S. M. (Hypertonia.) Vér pH 7.59. — G. J. (Ulcus ventriculi.) Vér pH 7.52. Összesen 9—9 csírát állítottunk be. A különbségek a kiinduláshoz képest középértékben pH 7.77 savónál 24 óra mulva 6.5, 48 óra mulva 12.2, pH 7.59 savónál 5.4, ill. 10.9 és a pH 7.54-es savónál 5.2, ill. 9.2 mm voltak.

Miként e kísérletben látjuk, a savanyú vegyhatást mutató ulcusos beteg (G. J.) vér pH-nak megfelelően (7.52) gátló hatást gyakorolt a lúgosabb vegyhatású controll beteggel szemben (7.59). A lúgosított ulcusos beteg savója azonban, amelyik az előbbi kísérlet savanyú vér reactiójú ulcusos betegével azonos, nem gyakorolt a gyökér növekedésre oly hatást, aminőt a pH-nak megfelelően várhattunk volna (pH 7.77). Mint az előbbi kisérlet magyarázatában mondottuk, ez volt egyetlen ulcusos betegünk, amelynek viselkedése nem volt a többiével azonos. Hogy ezen ellentétes viselkedés miben gyökeredzett, azt kideríteni nem sikerült.

További kísérleteinkben még egy fontos körülményre is gondot fordítottunk, arra t. i., hogy ulcusos betegeink savóját alcalizálva ugyanazon controll egyén savójának viselkedésével hasonlítsuk össze.

XIV. kísérlet. K. J. (Morb. Basedow.) Vér pH 7.62. — K. G. (Ulcus ventriculi.) Vér pH 7.59. — V. P. (Ulcus ventriculi.) Vér pH 7.54. 5.5 ccm Shiveoldathoz 0.6 ccm savó került. 9—9 csírával végeztük a kísérletet. A kiindulási értékekhez képest a különbségek középértéke pH 7.62 savónál 24 óra mulva 6.5, 48 óra mulva 12.2, pH 7.59 savónál 5.4, ill. 10.9, pH 7.54 savónál 5.2, ill. 9.2 mm volt.

XV. kísérlet. E kísérletben ugyanazon 3 kísérleti egyén szerepel, mint az elözöben (XIV.) azzal a vátoztatással, hogy a 2 ulcusos beteget a kísérlet előtt 5 napon keresztül Syppikúrán tartottuk. A controll egyén ugyanaz maradt változatlanul. — K. J. (Morbus Basedow.) Vér pH 7.62. — K. G. (Ulcus ventriculi.) 5 napi szóda szedés után vér pH 7.70. — V. P. (Ulcus ventriculi.) 5 napi szóda szedés után vér pH 7.58. 8—8 csírával végeztük a kísérleteket. A kiinduláshoz képest a különbségek középértéke pH 7.70-es savónál 24 óra mulva 10, 48 óra mulva 16.4, 7.62-es savónál 9.4, ill. 15.0, a pH 7.58-as savónál 9.0, ill. 13.5 mm volt.

XVI. kísérlet. S. J. (Paralysis spin. spast.) Vér pH 7.62. G. S. (Ulcus duodeni.) Vér pH 7.56. — B. J. (Ulcus ventriculi.) Vér pH 7.56. 7—7 csírával végeztük a kísérletet. A kiinduláshoz képest a különbségek középértéke pH 7.62 savónál 24 óra mulva 8.0, 48 óra mulva 14.3, 72 óra mulva 16.6, a pH 7.56 savónál 6.1, 10.0, ill. 12.0, pH 7.56 savónál 4.4, 6.4, ill. 8.2 mm volt.

XVII. kísérlet. A kísérleti egyének ugyanazok, mint a XVI. kísérletben, csak az ulcusos betegek 4 napi szódaszedés után vannak; a controll egyén változatlan. S. J. (Paralysis spin. spast.) Vér pH 7.62. — G. S. (Ulcus duodeni.) 4 napi szódaszedés után vér pH 7.78. — B. J. (Ulcus ventriculi.) 4 napi szódaszedés után vér pH 7.70. 7—7 csírával végeztük a kísérletet. A kiinduláshoz képest a különbségek középértéke pH 7.78 savónál 24 óra mulva 12.4, 48 óra mulva 17.4, a pH 7.70-es savónál 12, ill. 16.1, a pH 7.62 savónál 12, ill. 16.8 mm volt.

Míg tehát az előző kísérletben az ulcusos savóban levő gyökerek növekedése lényegesen visszamarad, a normális egyén savójában levő gyökerek növekedése mögött, addig ebben ugyanazon ulcusos egyének savója lúgosítás után egészen hasonlóan befolyásolja a gyökérnövekedést, mint a controll normális egyéné, sőt kismértékben fokozza azt.

XVIII. V. J. (Tumor cerebelli.) Vér pH 7.58. — C. Z. (Ulcus ventriculi.) Vér pH 7.52. — S. R. (Ulcus ventriculi.) Vér pH 7.52. — E. E. (Ulcus ventriculi.) Vér pH 7.54. 7—7 csírával végeztük a kísérletet. A különbség a kiinduláshoz képest középértékben pH 7.58-as savónál 24 óra mulva 8.6, 48 óra mulva 12.0, pH 7.54-es savónál 7.5, ill. 11.4, az egyik 7.52-es savónál 7.0 és 11.5, a másik pH 7.52es savónál 7.0 és 10.0 mm volt.

XIX. kísérlet. A kísérleti egyének ugyanazok, mint az előző kísérletben. A controll egyén változatlanul ugyanaz. A 3 ulcusos egyén 4 napi szódaszedés után van. V. J. (Tumor cerebelli.) Vér pH 7.58. — C. Z. (Ulcus ventriculi.) 4 napi szódaszedés után vér pH 7.72. — S. R. (Ulcus ventriculi.) 4 napi szódaszedés után vér pH 7.64. — E. E. (Ulcus ventriculi.) 4 napi szódaszedés után vér pH 7.70. Összesen 7—7 csírával végeztük a kísérletet. A különbség a kiinduláshoz képest középértékben pH 7.72 savónál 24 óra mulva 11.0, 48 óra mulva 13.8, pH 7.70-es savónál 12.7, ill. 21.8, pH 7.64-es savónál 10.5, ill. 14.3, pH 7.58-as savónál 7.08, ill. 11.0 mm volt.

Miként e kísérletekből kiderül, az ulcusos egyének savója a controll savókhoz képest hasonlóan, mint *Gerlóczy* kísérleteiben a csíra növekedését gátolta. Ezen gátló hatás megszünik akkor, ha a savót in vitro, vagy in vivo lúgosabbá tettük. Sőt ilyenkor az is észlelhető, hogy az ulcusos egyén savójában a csíra jobban növekedett, mint a normális savóban.

Kísérleteinkből tehát azt látjuk, hogy ha a táptalajt (Shive-oldatot) puffer-oldattal savanyúbbá, vagy lúgosabbá tesszük, a vegyhatás változás a gyökér növekedésére gátlólag, ill. serkentőleg hat. Azt is láttuk, hogy az emberi savónak kóros körülmények között a csíra növekedésére befolyása van. Már munkánk elején rámutattunk arra, hogy ez a befolyás mindenek szerint több tényezótől függ. Kísérleteink szerint ezek közül kétségtelenül a savó vegyhatása is számit. Ha az emberi savót in vitro, vagy in vivo megsavanyitjuk, vagy lúgosabbá tesszük, ugyanazon jelensegek eszlelnetők a csira növekedését illetőleg, mintha a táptalajhoz (Shive-oldat) savanyu, vagy lugos puffer-oldatot adtunk. Ugyanezt látjuk az ulcusos savókkal végzett kísérletekben is. Hivatkoztunk már *Bálint* kísérleteire, melyek szerint az ulcusos egyének vére inkább savanyú, ill. a normális érték lúgos határát nem éri el. Ezen savókkal végzett kísérletekben a savó vegyhatásának megfelelően tényleg gátló hatást tapasztaltunk a csíra növekedését illetőleg, megfelelően az ulcusos egyén vérreactiójának. Ez a gátló hatás megszünt, sőt a savó serkentőleg hatott a növekedésre akkor, ha a vegyhatását lúgosabbá tettük.

E kísérletek indirect módon bizonyítékok az ulcusos egyén savanyú állapota mellett és bizonyítják a savó vegyhatásának szerepét a csíra növekedésére. Ha nem is akarjuk állítani, hogy a savó vegyhatása az egyetlen döntő tényező, amely a csíra növekedési kísérletekben a szerepet viszi, kétségtelennek kell tartani, hogy e kísérletekben elsőrendű fontossággal bír.

Irodalom: *Bálint:* Ulcusproblem u. Saurebasengleichgewicht Berlin, Karger 1927. — *Gerlóczy:* Orvosi Hetilap 1928. — *Herz u. Weichbrodt* Dtsch. med. Woch. 50. — *Macht* u. *Lubin J.* Amer. med. Assoc. 89.

Budapesti kir magy. Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. női klinikájának (igazgató: Tóth István dr., egyetemi ny. r. tanár) közleménye.

Hüvelyben fejlődött chorioepithelioma gyógyítása radiummal.

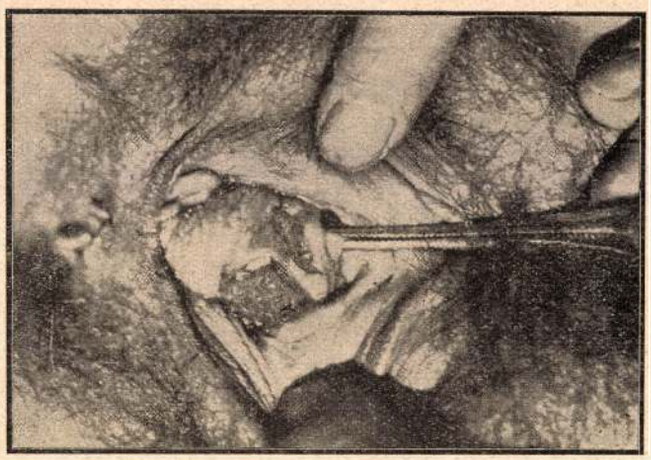
Irta: *Gál Félix* dr., klinikai tanársegéd.

Saenger 1889-ben írta le először a chorioepitheliomát, *Marchand* ismerte fel magzati eredetét, syncitiumból és Langhans féle sejtekből álló szerkezetét. Hazánkban *Tóth* tanár közölte az első eseteket, később a tudományos kutatások hosszú sora tisztázta ezen aránylag ritka daganat aetiologiáját és kórtanát; a gyógykezelését illető felfogás azonban még mindig nem egységes. Az erre vonatkozó megállapodást az a körülmény hátráltatta, hogy klinikai lefolyásában szinte hihetetlen különbségeket észleltek. *Szathmáry* klinikánk 13 esetből álló anyagának összegyűjtésével kapcsolatban összeállította az irodalomban előforduló eseteket, amidőn kiderült, hogy a betegség halálozása 60 százaléknál is magasabb és a műtét utáni halálozás 50 százalék. Ezzel szemben leírtak olyan eseteket is, amelyek maguktól, vagy kicsiny — nem radicalis — műtéti beavatkozás után meggyógyultak és olyanokat, amikor az áttételek az elsődleges góc eltávolítása után maguktól meggyógyultak. A daganat biologiai viselkedése tehát igen különböző. Általában azt mondhatjuk, hogy a chorioepithelioma a legrosszabb indulatú daganatok közé tartozik, amelynek gyógyulását a műtét néha nem csak, hogy nem segíti elő, hanem egyes esetekben áttételek gyors fejlődésének előidézésével egyenesen sietteti a halálos lefolyást. Számos kutató mutatott rá arra, hogy míg a kezeletlenül hagyott daganatok lefolyása inkább elhuzódó, addig néha már kicsiny beavatkozások, mint pl. méhkaparás vagy próbakimetszés elegendő arra, hogy az embryonalis sejtek a szervezetben szétszóródjanak és multiplex áttételeket okozzanak. A spontan — és nem radicalis műtétek után észlelt ritka gyógyulásokat *Hitschmann* úgy magyarázza, hogy a daganat az anyai erekben növekedve azokat eldugaszolja, kiterjedt thrombosis lép fel, amely a daganatszövet elhalásához és felszívódásához vezet.

Ami a chorioepithelioma gyógykezelését illeti, a legutóbbi ideig, sőt ma is az a felfogás uralkodik, hogy a nagy halálozás dacára a műtét a legjobb gyógymód. *Hitschmann* az irodalomból leszürt tapasztalatok alapján megállapítja, hogy méhben levő daganat esetén legjobb eljárás a totalexstirpatio, hüvelyáttételek esetén az elfogadott therapia a kimetszés. Csak az utolsó években kezdenek szaporodni a sugaras kezeléssel gyógyult esetek. A kísérletekre az embryonalis sejtekből álló daganat nagy sugárérzékenysége adta meg a lehetőséget és az az észlelet, hogy az eredeti góc besugárzása és eltünése után esetleges áttételek is eltünnek. Ilyen eseteket közöltek *Klein, Naujoks, Mackenrodt, Masieri* és ehhez járul *Wintz* négy betege is, mindezen eseteket tisztán röntgensugarakkal kezelték. Klinikánk volt az első, amely két hüvelychorioepithelioma esetében a radiumot alkalmazta (1914. és 1915) és e két esetről a rákkezelésről írt tanulmányomban be is számoltam (Strahlentherapie 1920.). Azóta *Aschheim, Clark, Jung, Sellert, Siredey* és *Turolt* is közöltek hasonló eseteket és jelen esetünk is megerősít azon felfogásunkban, hogy a radium számára könnyen hozzáférhető helyen, különösen a hüvelyben fellépő chorioepithelioma esetén a radiumkezelés az előnyösebb eljárás.

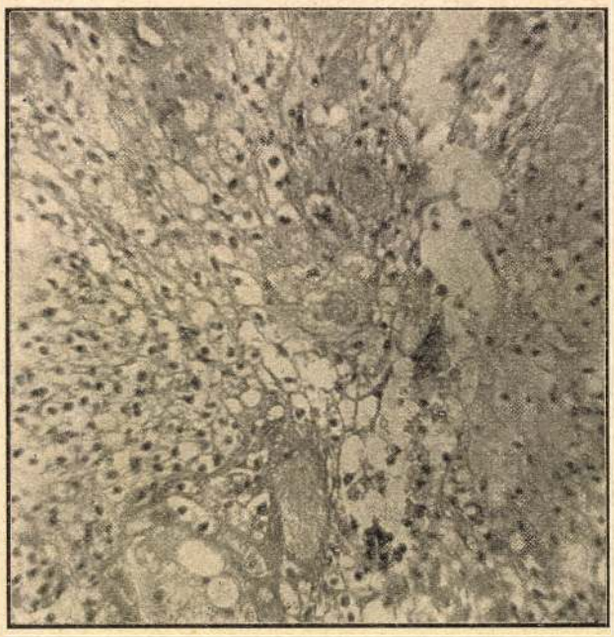
Esetünk a következő:

37 éves asszonyt vettünk fel a klinikára 1930. szeptember 10-én, aki nyolcszor szült, kétszer abortált. Utolsó havivérzése március 20-án volt, másállapotba került, a terhesség aug. 20-án megszakadt, beavatkozásra nem volt szükség. A gyermekágyban nyolc napig lázas volt, azután felkelt, egy hétig fennjárt s akkor észrevette, hogy kis mértékben vérzik. Kórházat keresett fel, ahol mékaparást végeztek, mely alkalommal hólyagos üszköt állapítottak meg nála és azután klinikánkra utasították. A lesoványodott, igen leromlott, vérszegény, lábán megállni képtelen asszony elülső hüvelyfalán jókora babnyi, szederszerü, kékesen elszínezödött, puha képlet emelkedik ki a nyálkahártyából. A hátsó hüvelyfalon, közel a hüvelybemenethez diónyi szederszerü, kb. 1 cm-nyire kiemelkedö képlet látható. A hüvelyfal jobb oldalán mogyorónyi, baloldalán két lencsényi góc látható. Az anteflectált méh valamivel nagyobb, puhább, környezete szabad. (1. ábra).



1. ábra.

A beteg lázas, az intermittáló lázak esti maximuma 38.5 és 40.0 fok között váltakozik. Pulsusszám 120—140. Általános belorvosi vizsgálata a szíven és tüdön semmi kóros elváltozást nem mutat ki. Vörösvérsejtek száma: 2.040.000, fehérvérsejt 12.000. Haemoglobin 19%, vérsejtsüllyedés 10 perc.



2. ábra.

Tekintettel arra, hogy a diagnosis teljesen tiszta és a már amúgy is rendkívül leromlott betegnél nem akarunk vérzést provocálni, amely a betegre végzetes is lehetne, egyelőre elállunk a gócok kimetszésétől és radiumkezelést végzünk. 60 mgr. radiumelemnek megfelelő radiumbromidot helyezünk a hüvelybe 24 órára. Az eredmény csodálatos. A láz még a kezelés alatt leesik 37 C° alá és attól kezdve az egész további észlelés alatt többé 37 C° fölé már nem is emelkedik. A pulsusszám is 100 alá, majd néhány nap mulva 80 alá süllyed. Néhány nap mulva röntgenbesugárzást is végzünk, két abdominalis, három sacralis mezőből a daganatra összesen

80% HED-t adunk. A radiumkezelés után 12 nappal feltárva a hüvelyt, megállapítjuk, hogy az összes gócok eltüntek, csak a hátsó hüvelyfalon levő góc helyén látható a nyálkahártyán egy fillérnyi, felhányt szélü ulceratio. Szövettani vizsgálat céljából kimetszést végzünk, még pedig vérzés elkerülése céljából magas frequentiájú készülékkel vékony kaccsal.

A kimetszett szövetdarab helyénként leukocytáktól erősen infiltrált sejtszegény, sok hyalinosan elfajult rostot tartalmazó sarjszövet képét mutatja, melyben még 1—2 helyen tágult gyüjtőerek szomszédságában puffadt sejttestü és sötét, nagy maggal biró daganatsejtek láthatók kevés számmal. A magvak helyenként kariolysis kifejezett jeleit mutatják. A szövetrészlet a felszíne felé leukocytás infiltration kívül sok detritusos törmeléket tartalmaz. (2. ábra).

A beteg néhány nap mulva felkel és hamarosan gyógyultan hagyja el a klinikát. Elbocsátáskor csak a hátsó hüvelyfalon ülő daganat helyén tapintható egy kicsiny, érdes hely, különben az egész hüvelynyálkahártya sima.

Az eset méltán sorakozik régebben közölt két esetünkhöz. A lefolyásban feltünik a láz hirtelen leesése, amelyet már egyik régebbi esetünkben is észleltünk és feltünik a góc gyors, napok alatt történő visszafejlődése. Az első tünet magyarázata még nem biztos, úgy látszik a sugarak a daganatban mindig jelenlevő szétesési folyamatokat szüntetik meg, azonban lehetséges az is, hogy a tünet a sugaraknak a szervezet védőanyagaira gyakorolt, eddig még kevéssé ismert hatása következtében lép fel. A gyors visszafejlődést mindegyik esetünkben tapasztaltuk és megállapíthatjuk azt, hogy a radiumsugarak hatása az embryonalis sejtekre még sokkal nagyobb, mint ráksejtekre gyakorolt hatásuk.

Az eset lefolyása minden részletében megerősíti felfogásunkat, hogy az ilyen esetekben a radiumkezelés röntgenkezeléssel támogatva a műtéti eljárásoknál előnyösebb. *Három főszempont* volt az, amiért ebben az esetben is a radiumkezelést választottuk. A halál chorioepithelioma miatt az esetek nagy részében *vérzés okozta anaemia* következtében szokott beállni. Ismeretesek esetek, amikor csekély beavatkozás, pl. a próbaexcisio óriási, néha alig csillapítható, ismétlődő vérzést vált ki. a spongyaszerű szakadékony szövetben a vérzéscsillapítás lefogással, körülöltéssel alig lehetséges. Sugaras kezelés alkalmával ilyen veszély nem fenyeget, a daganat gyorsan zsugorodik, majd eltünik anélkül, hogy nagyobb vérzés állna be, sőt az esetleg fennálló vérzés is megszünik. Nem fenyeget továbbá a *fertőzés* szétvitelének veszélye. Végül nem vagyunk kitéve azon veszélynek — amelytől műtétek után mindig félni kell —, hogy a beavatkozás után *áttételek* lépnek fel, amelyek a beteget hamarosan tönkreteszik. A sugaras kezeléssel kapcsolatban sem a leírt, sem előbbi eseteinkben nem észleltünk áttételeket.

Mindezeket tekintetbevéve, esetünk ismét megerősíti azon felfogásunkat, hogy alkalmas esetekben, különösen *hüvelygócok jelenlétében* ne is kiséreljük meg a műtétet, hanem alkalmazzuk a sugaras —, különösen a *radiumkezelést*, mint veszélytelenebb és sikerrel kecsegtető módszert.

A sátoraljaújhelyi Szent Egyleti kórház sebészeti osztályának (osztályvezető-főorvos: Székely László dr.) közleménye.

Terhesség és appendicitis.

Irta: *Székely László dr.*

A féregnyulvány gyuladása a női nemnél számos — a nemi szervekkel és a terhességgel szoros összefüggésben álló — sajátosságot mutat. A terhes nő appendicitise mindig komoly megítélés tárgyát képezi, az első ilyenirányú megfigyelések *Korn*tól származnak 1885-ből. Éppen a terhesség alatt előállható és következményeiben igen súlyos recidiva veszélye miatt ajánlatos volna minden — appendicitist kiállott, de radicalisan nem operált — nőnél a házasság előtt a féregnyulvány eltávolítása annál is inkább, mivel a terhesség alatt fellépő appendicitis komoly és gyakran súlyos kimenetelű veszélyén kívül sterilitást is okozhat *(Hermann)* és kürtterhességre is praedisponál *(Mauclaire)* azáltal, hogy vagy az összenövések miatt elhúzódik a tuba és így a pete tovavezetése gátolt, vagy pedig a gyuladásos infectio direct ráterjed a tubára, melynek spasticus összehúzódása gátolja a pete vándorlását. *Schmid* 285 összegyűjtött tubaris graviditas esete között 16-nál az appendixet betegnek találta. Hogy a féregnyulvány és a jobboldali méhfüggelékek megbetegedése között van-e összefüggés, erre vonatkozólag a nézetek nagyon megoszlanak. A le- és befelé irányult appendix igen közel esik a jobb tubához, sőt el is érheti azt, a két szerv egyikének gyuladása könnyen elképzelhetően átterjedhet a másikra. Tekintettel arra, hogy a valódi féregnyulványgyuladás mindig a nyálkahártyából indul ki, a méhfüggelékekről csak úgy terjedhet át az appendixre a betegség, hogy serosájának lobosodása áll elő s ennek következményeként beállott heges zsugorodás, megtöretés, lenövés felidézője a gyuladásnak. A nyitott kürtlumen viszont fertőződhet az appendix felől, bár ezt *Thaler* sohasem tudta eseteiben kimutatni. *Aschof* és *Pankow* 1907-ben adnexmegbetegedések és a méh helyzetét corrigáló laparotomiák kapcsán az esetek 60%-ában az appendix előrement gyuladását tudták kimutatni, amiből egyrészt arra a következtetésre jutottak, hogy sok esetben észrevétlenül vagy megdiagnostizálatlanul folyik le az appendicitis, másrészt hangsúlyozzák, hogy az eddiginél nagyobb aethyologiai szerep tulajdonítandó az appendixnek a méhfüggelékek megbetegedéseinél. Ezért távolítandó el minden gynecologiai laparotomiánál a féregnyulvány *(Krönig)*. *Bumm* és *Schroeder* viszont azon a nézeten vannak, hogy csak egészen kis szerep jut az appendicitisnek a függelékek megbetegedésénél s *Hannesnek* is az az impressiója, hogy a féregnyulvány és függelékek egyidejű megbetegedése puszta véletlen lehet, vagy az appendix másodlagosan van belevonva a folyamatba. Az kétségtelen, hogy az egyesek által vélt azon contactinfectión kívül, mely az appendixről a függelékekre direct ráterjed, a fertőzés a nyirokutak útján továbbterjedhet, salpingitist, perisalpingitist, a tuba megtöretését, esetleg végének összehegesedését s ezáltal sterilitást eredményezhet, úgyszintén oophoritishez, peri- és parametritishez s végül a savós izzadmány, esetleg Douglastályog felszívódása után a méh hibás helyzetben való rögzítettségéhez vezethet. Egyes szerzők *(Sonnenburg, Pinard, Schauta, Diulafoy)* a terhességel járó alhasi vérbőségről azt tartják, hogy befolyással van az appendicitis kifejlődésére és a terhesség hajlamosít a recidivára. *Pinard* eseteinek 56%-ában már megelőző rohamokat tudott kimutatni. Mások viszont *(König, Runge, Boye)* éppen ennek ellenkezőjét tapasztalva úgy vélekednek, hogy éppen az alhasi vérbőség az, ami terhességnél az infectio felszívódásának elősegítése által megakadályozhatja az appendicitis kifejlődését. *Kaeferlein* azt tartja, hogy a graviditas nem praedisponál appendicitisre, de a recidivát elősegíti.

A terhességi appendicitis kifejlődésében fontos aethyologiai momentum az *obstipatio*, úgyszintén minden táplálkozási ártalom, mellyel szemben a szervezet a terhesség alatt amúgy is kisebb ellenállást tanusít, a terhességgel járó mechanikai okok, mint olyanok (a növekedő uterus direct nyomása) alárendelt szerepűek. A terhesség alatt fellépő appendicitis ritkább *(Tedenat)* és ezek között is ritka a primaer roham, több a recidiva *(de Lee, Robert)*, az bizonyos, hogy visszafejlődésre kevesebb hajlandóságot mutat, gyakrabban fejlődik tályog, peritonitis *(Portes et Segny)*. A szülés alatti és utáni appendicitis még ritkább, diagnosisa még nehezebb, prognosisa még

súlyosabb *(Gucissaz)*, a gyermekágyban fellépett appendicitist *Portes et Segny* a terhesség alatt minden különösebb symptoma nélkül lezajlott appendicitis recidivájának tartja.

Differentiál diagnosticai szempontból fontos a tüzetes gynecologiai vizsgálat, puerperális sepsis, az adnexák különböző megbetegedései (salpingitis, perisalpingitis, a lig. latum phlegmonosus gyuladása, stb.) jönnek számításba, de ezeknél a fájdalom punctum maximuma mélyebben van, mint a gravid. uterus által feltolt lobos appendixé és rendszerint kétoldaliak. Az appendicitis és a genitáliák megbetegedéseinek kórképei, melyeket mindkét betegség a hashártya szomszédos részére való átterjedés folytán létrehozhat, egymáshoz nagy hasonlatosságot mutatnak, pedig a megkülönböztetésnek a korai stadiumban kell megtörténnie, mert féregnyulványgyuladásnál korán kell operálni, míg a salpingitis várakozó kezelést igényel. A bimanualis vizsgálat sohasem mulasztandó el, az elkerülendő hibaforrások miatt lehetőleg felületes bódulatban. A hasfali izomfeszülés, pláne a terhesség előrehaladottabb stadiumában az amúgy is rugalmas, feszes hasu primiparáknál nem sokat jelent, teljesen hiányozhat is, ha a terhes méh teljesen elfedi az appendix területét.

Ha most már keressük, hogy mi az oka a nagyon rossz eredményeknek, úgy azt a következőkben találjuk meg. Elsősorban számba veendő a diagnosis idejében való felállításának nehézsége, ami egyértelmű azzal a következménnyel, hogy a betegek a legtöbb esetben nem a legkoraibb időszakban kerülnek műtétre. Ennek oka egyrészt az, hogy a betegség gyakran igen enyhe, a terhességgel együtt járó panaszokkal (molimina *Rosenstein)* összetéveszthető tünetekkel, láztalanul vagy csak pár tizedet kitevő subfebrilitásokkal, esetleg hányás-, hányinger- és minden különösebb fájdalom nélkül kezdődik *(Pribram, Ewald)*, másrészt a topographicus viszonyok megváltozása nehezíti meg a kórisme felállítását, mivel a terhes méh a coecumot és vele együtt az appendixet már a terhesség kezdeti szakában is feltolja. Ezen mechanicai factorokhoz járul még valószínűleg a terhesek fertőzéssel szemben való ellenállóképességének bizonyos csökkenése, különösen akkor, ha a vetélésnél vagy koraszülésnél előállott vérveszteség következtében legyengültek. A jelentkező panaszok, mérsékelt fájdalmak, pláne ha láztalanul vagy subfebrilitásokkal kezdődnek, könnyen magyarázhatók egy megindulni készülő abortus vagy koraszülés jelenségeiként, sőt nem tartozik a ritkaságok közé az sem, amikor a fel nem ismert appendicitis okozta abortus befejeződése után lesz a féregnyulványgyuladás vagy már az esetleges peritonitis diagnosisa nyilvánvalóvá. Kétes esetekben a műtét indicatióját a leucocytaszám és a pulsus viselkedése fogják megadni.

A szerzők *(Cocke, Mason, Szenes, Gironcoli, Hoffmann, v. Amstel, Hermanns, Royston, Maortua, Duarte, Pevsner, Feiertag, Heineck, Paul,* stb.) egyértelműen megegyeznek abban, hogy minden kétes esetben, hacsak a *gyanúja* áll fenn appendicitisnek, operálni kell, mert ez tekintendő az egyetlen és legbiztosabb útnak. Nem szabad, hogy a diagnosis bizonytalansága alapot adjon az egyébként majdnem veszélytelen appendectomia elvégzésének elodázására s ezzel a legalkalmasabb idő elmulasztására addig, míg a diagnosis biztossá válik és az anya méhmagzatával együtt életveszedelembe kerül. *Royston* annyira kétségesnek itéli meg az appendicitises gravida sorsát, hogy a műtétet minden olyan esetben is feltétlenül ajánja, ha a — bár jelenleg panaszmentes — gravidánál terhessége előtt rohamok mentek előre. Tehát a rossz eredmények megjavításának első követelménye a *korai diagnosis*. Minden terhesnél, kinek bizonytalan alhasi panaszai vannak, végezzük fehérvérsejtszámlálást, ne kicsinyeljük le panaszait egyszerű „gyomorrontássá" és ha csak a legkisebb gyanú van appendicitisre vagy a bizonytalan diagnosis mellett az appendicitis nem zárható ki, úgy ne vesztegessük az időt a biztos diagnosis felállításának kisérletezésével, hanem azonnal operáljunk, mert a korai műtét úgy az anyára, mint a magzatra veszélyt alig jelent. Az első órákban végzett műtét mortalitása 0%, s a terhességet nem érinti. Ne idegenkedjünk a műtét gondolatától, az abortus vagy koraszülés veszélye a betegség ilyen kezdeti stadiumában igen kicsi. Ezen eljárás mellett lényegesen jobbak lesznek az eredmények, mert ezzel elvágjuk az útját az alábbiakban következő azon tényezőnek, melyek hozzájárulnak a rossz eredmény előállásához.

A terhesség IV. hónapjától kezdve a méh teljesen kitölti a kismedencét *(Füth)* s így a genyes folyamat az anatomiai viszonyok miatt vagy a hólyag és hasfal között folyik le, vagy pedig a bal alhasfél felé halad, a feltolt cseplesz nem tud letapadni a lobos területre, a folyamat nem localisalódik s az uterus expansiv növekedése és összehúzódása folytán a gyuladás felfelé vagy a kismedence felé terjed. Tapasztalati tény, hogy az előrehaladott gravidánál fejlődött appendicitisnél gyakori a perforatio, peritonitis, abortus vagy koraszülés *(Michel)*. A méh hirtelen kiürülése folytán annyira megváltoznak a hasban az anatomiai és nyomási viszonyok, hogy szétszakadnak a friss összetapadások és az infectio a has intact részére is rátérjed. Ha a gyuladás ráterjed az uterus falára és függelékeire, úgy az esetek 50%-ában kiürül a méh. A prognosis tehát annál jobb, mennél korábban operálunk és minél inkább megtartható a terhesség. Igaz, hogy terhesség alatt minden betegség és műtéti beavatkozás éppen amiatt a plus miatt, amit a terhesség a szervezet erejének igénybevétele tekintetében jelent, nagyobb jelentőséggel bír, de azért — pláne a terhesség kezdeti szakában (I—IV. hó) — a korai műtét az esetek legnagyobb százalékában abortus nélkül zavartalanul folyik le. A terhesség első felében gyakoribb az appendicitis, viszont mennél előrehaladottabb a terhesség, annál súlyosabb a kimenetele. A terhesség vége felé a diagnosis felállítása egyrészt nehezebb, pyelitist utánozhat, de egymás mellett is előfordulhatnak. *Liek* VII. hónapos terhesének appendicitise az egyidejűleg fennállott pyelitis miatt nem volt idejében diagnostizálható. Másrészt a műtétre is nehezebben határozza el magát úgy a sebész, mint a beteg, több az abortus, illetőleg koraszülés. A conservativ kezelés és az intervallum megvárása nem jogosult. Még megpróbálni sem szabad a folyamat megnyugvását várni, mert azok az anyák, akik így halnak meg, a műtéti idő elmulasztásának áldozatai.

Ami most már a műtét végrehajtásának mikéntjét illeti, erre vonatkozólag éppen a kedvezőtlen eredmények miatt igen eltérőek a nézetek, a szerzők jobb eredményt elérendő különféle eljárásokat ajánlanak és próbálnak. A behatolást illetőleg hol a pararectalis, hol a Lennander, hol pedig egyéb behatolási mód alkalmas a feltólt appendix helyének megfelelően. Egyesek a műtéti sebet magasabban a jobb lágyéktájéknál kezdődőleg harántmetszés alakjában ajánlják.

Előrehaladott graviditás mellett egyesek *(Heineck, Cocke, Mason)* a szülés forcirozott befejezésének szükségességét és az azt követő appendectomiát ajánlják, mivel nézetük szerint az appendixhez hozzáférni olykor lehetetlen és abban az esetben, ha drainezni kell, a valószínűleg meginduló fájdalmak szétszakítják a lobgátat és kipréselik a draint. Többszörszülőknél accouchement forcet, primaparáknál akár vaginalis, akár abdominalis császármetszést ajánlanak, esetleg az uterus amputatiójával. Mások *(Conrad, Pankow)* jobb eredményt attól az eljárástól láttak, hogy előbb elvégzik az apendectomiát a hasseb provisoricus zárásával, ezt követi a szülés befejezése és

azután újból kinyítják és drainczik a hasat. *Pribram* az appendectomia és vaginalis császármetszés után 200 gr. Pregel-oldatnak a hasba való öntése után teljesen zárja azt. Ismét mások az appendectomiával kapcsolatosan a gravid uterus amputatióját ajánlják főleg azokban az esetekben, ahol a gyuladás az uterusra és tubára is ráterjedt *(Rosthorn, Michel)*. *Heineck* ezt ellenzi. *Reder* a conservativ álláspont híve, csak a tályog megnyitására szoritkozik. *Curtis* nem végez császármetszést, *Ross* is kerülendőnek tartja főleg peritonealis infectiónál. *Phanent* peritonitisnél az appendectomia mellett a coecostomiát ajánlja és jó eredményekről számol be. *Pevsner* a terhesség első három hónapjában a művi megszakításnak indicatióját állítja fel, ha a beteg vonakodik a műtétnek alávetni magát.

Mindezekből tehát az következik, hogy a terhesség alatt fellépett appendicitis — éppen a várható szövődmények súlyosságára való tekintettel — igen korán operálandó, mert korai esetben *kíméletes* dolgozás mellett az abortus vagy koraszülés veszélye nem nagy, de még mindig kisebb, mint a perforatio vagy peritonitis következményeié. Nem lehetünk tekintettel a terhesség további sorsára, ami úgy sem számítható ki előre. Előrehaladott esetben *Henri* szerint a magzat halála septikaemiás tünetekkel néhány nap alatt be szokott következni. Egy esetében a köldökgyürű ereiből vett vér a coli bacillusok tiszta culturájának képét mutatta, melyből ő a méhbeli fertőzések haematogen lehetőségének bizonyítékát látta. *Szenesnek* lekötött tubájú terhes tengerimalacokon streptococcussal végzett kísérletei is a magzat haematogen fertőzését bizonyították.

Nem szabad sokat kísérletezni, hanem minél rövidebb idő alatt és a legnagyobb kímélettel az appendicitisnél követendő szabályok szerint el kell végezni a *legszükségesebbet*. A beteg további sorsán nem javít, ha uterusát előbb kiürítjük vagy pláne az újjnyi vastag venákkal ellátott emberfejnyi vagy nagyobb méhet eltávolítjuk *(embolia veszélye!)* annál kevésbbé, mert ez csak mediánlaparotomiás metszésből végezhető, fokozzuk a peritonitis veszélyét s az amúgyis megviselt szervezetre igen nagy feladatot rovunk. *V. Amstel* a terhesség szándékos megszakítását komoly műhibának tartja. A terhes méh nem üritendő ki *(Jerlov, Toldy)*, hanem nyugalomba helyezendő *(Girancoli)*, mely morphiummal, pantoponnal sok esetben sikerül. Az uterust csak akkor távolítsuk el, ha az meg nem tartható. A beteg meggyógyulása a fertőzés fokától, a bacteriumok virulentiájáról és a szervezet védekezőképességétől függ, melyet nagy beavatkozással nem szabad csökkenteni.

Osztályomon négy esetben fordult elő appendicitis terhesség mellett, mindegyik beteg műtéten ment keresztül gyógyulással. Kettő III., egy IV. hónapos terhes volt, abortus nélkül gyógyultak, rendes időben zavartalanul egészséges magzatot szültek. A negyedik beteg terhességének VII. hónapjában, betegségének második 24 órájában került műtétre, a műtét délutánján spontán abortus, két heti lázaskodás után meggyógyult.

Hogy tehát elkerülhessük az ijesztő statisztikai eredményt *(Füth* 25.3%, *v. Amstel* 19—38%, *Rosner* 59%, *Heten* 50%, *Abrahams* 53%, *Feiertag* 59%), *korán* operáljunk és csak *annyit* csináljunk, amennyit épen *kell*.

Irodalom: *Bumm*, Naturf. Vers. Königsberg 1910. — *Füth:* 15. Vers d. D. Ges. f. Gyn. Med. Kl. 1913. — *Hannes:* Erg. d. Chir. u. Orth. 1913. VI. — *Döderlein—Krönig:* Operative Gynecologie. — *Pankow:* Beitr. z. Geb. III., M. med. Woch. 1907. 30. sz. Ver. Naturf. Kongr. Königsberg 1916. — *Pribam:* Kl. Woch. 1922. 25. sz. — *Sattler* E. D. Zt. f. Chir. 1924. S. 347. — *Schroeder:* Naturf. Vers. Königsberg 1910. — *Thaler:* A. f. Gyn. XCIII. 3. — *Rosenstein M.:* Monatsch. f. Geb. u. Gyn. 1914. 39. köt. — *Hoffmann:* Arch. f. Gyn. 112. köt.. 1920. — *B. P. v. Amstel:* Samml. kl. Vort. N. F. 797 sz.—99. sz. Chirurg. 230-32. sz. 1920. — *Pribram, E. Ewald:* Klin. Wochenschr. Jg. I., 25. sz. — *Szenes A.:* Arch. f. kl. Chir. 120. köt. 1922. — *de Girancoli:* Dtsch. Zeitschr. f. Ch. 175. köt. 1922. — *Henry, Jean—Robert et M. Arnaud:* Marseille med. Jg. 60, 1923. — *Hermans A.:* G. J. Nederlandsch. tijdschr. v. geneesk. 1924. 8. sz. — *Royston* and *O. Fischer:* Americ. journ. of obstetr. agyn. II. köt. 2. sz. — *Schmid:* Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 40. köt. 1919. — *Maortua u. Duarte:* Anales de la acad. med. /uir. espanola, 12. köt. 1925. — *Pevsner:* Russkoja klin. Jg. 3, 5. köt. 1926. — *Feiertag:* Z. Org. f. Chir. — *Michel Fr.:* Zblt. f. Gyn. Jg. 51, 1927. — *Wilson, Robert:* A. Surg. gyn. a obstetr. 1927. 45. köt. — *Heineck, Aimé Paul:* New Orleans med. a surg. journ. 80 köt. 1928. — *Conrad:* Zblt. f. Gyn. Jg. 52, 1928. — *Toldy L.:* Orvosi Hetilap, 1928. 2. köt. — *Rosenthal M.:* Zblt. f. Gyn. Jg. 52, 7. sz. 1928. — *Heineck:* Med. Times, 55. köt. 12. sz. 1927 és *Kaeferlein W. Erland* gen: Diss (1927) 40 S.

A budapesti kir. magy Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. belklinikájának (igazgató: Herzog Ferenc dr., egyet. nyilv. rendes tanár) közleménye.

Az atropinnak a szívverésre való paradox hatásáról.

Irta: *Farkas József* dr.

Az atropinnak a szívverésre való paradox hatását igen ritkán észleljük.

Az alábbiakban egy idevonatkozó esetet közlök:

28 éves férfibeteg kereste fel a klinikát azzal a panasszal, hogy az utóbbi napokban két ízben volt heves szivdobogása. A szívdobogás elsőízben két óra hosszat, másodszor öt percig tartott, tartama alatt kellemetlen szívtáji nyomást érzett. A szibdobogás hirtelen támadt, azt nagyobb testi megerőltetés, avagy izgalom nem előzte meg. Azelőtt szívére semmiféle panasza nem volt, egyébként is tudomása szerint mindig egészséges volt, csak gyermekkorában volt diphteriája, 20 éves korában pedig gonorrhoeája. Lueses infectióról nem tud. A relativ szívtompulat rendes nagyságú; a szívcsúcson halk systoles zörej hallható. Röntgenvizsgálat szerint a szív rendes alakú és nagyságú. Tüdön, hasban kóros eltérés nincs. Igen élénk inreflexek, szemhéjtremor, neurastheniás viselkedés; idegrendszer egyébként ép. Vérnyomás R. R.: 115—70 Hg. mm. Vizeletben kóros alkatrész nincs. Wassermann, Sachs-Georgi és Kahn reactio a vérben negativ. Pulsusszám percenkint 130, ritmusos, elég telt, közepes hullámú. A szíven ugyanennyi kamrasystole számolható. A nyakon ugyanannyi nagy, egyenletes, a systoleval látszólag egybeeső vénahullám látható, úgy hogy már megtekintéskor arra kell gondolni, hogy a pitvar összehúzódása a kamrasystoleval egybeesik (Vorhofpropfung). Az azonnal felvett elektrocardiogrammon láttuk, hogy szabályos sinustachykardiáról van szó igen hosszú AV. intervallummal. A P hullám, amely mindhárom elvezetésben positiv, a T hullámra rakódik rá; az AV. intervallum 0.38". A QRS. complexum a normalistól eltérést nem mutat. A Frank-féle tükrösdobbal készült vénagörbén egyetlen egy nagy és széles hullám ismétlődik, amelyet az „a" és „c" hullámok alkotnak és a hozzáadódó „v" hullám szélesít ki (Propfungswelle).

A tachycardia fektetésre, megnyugtatásra, a szívre helyezett hütő és kis adag chinin-strychninre megszünt és a beteg teljesen panaszmentessé is vált; az ekkor készült elektrocardiogrammon szabályos, percenkint 70—74-es frekventiájú sinusritmus látható, P. hullám és a kamracomplexum a normalistól eltérést nem mutat, az AV. intervallum azonban most is hosszú, 0.36".

Húszszori térdhajlításra a szivmüködés kissé szaporább lett, 70-ről 92-re emelkedett; az AV. intervallum azonban változatlanul hosszú maradt, részleges blokk nem támadt.

A vezetési idő atropinnal való befolyásolhatóságának vizsgálata végett elektro-, polygraphiás ellenőrzés mellett 1 mgr. atropint adtunk subcután. A kísérlet eredményét az alábbi összeállításban közlöm:

	pulsusszám	AV. intervallum
atropin előtt	70	0,32"
atropin után 10 perc	70	0,32"
atropin után 20 perc	70	0,22"
atropin után 30 perc	58	0,20"

Több felvételt nem készítettünk, a pulsusszámot azonban továbbra is ellenőriztük, az két óra mulva is csak 60 volt és csak öt óra mulva szaporodott 76-ra.

Ismeretes, hogy az atropinhatás hasonló esetekben a vagusvégek bénítása útján abban szokott megnyilvánulni, hogy 1. a vezetés megjavul (az AV. intervallum megrövidül), 2. a sinus frekventiája növekszik. Mi tehát megrövidülő vezetési idő mellett szaporább szívműködést vártunk. Az atropin e kétféle hatásának különböző foka szerint másféle ritmus is alakulhat ki; ugyanis, ha az atropin tachycardiát okozó hatása kifejlődik és a vezetést nem javítja, úgy a szaporább szívműködés miatt a vezetés még jobban szenved és részleges blokk is fejlődhet.

Esetünkben az atropinhatásban a vezetés erősen javult (az AV. intervallum 0,32"-ről 0,20"-re rövidült), azonban a szokásos *tachycardia* helyett paradox módon *bradycardia* fejlődött ki.

Az atropinnak ezen a szívverésre való, a szokottól különböző hatását többen észlelték.

Dehio[1] sulyos, lázas betegségek után támadó és pár napig tartó bradycardia esetében végzett atropinkísérleteket. Azt tapasztalta, hogy ezen esetekben a pulsus atropin adása után csak alig, vagy egyáltalában nem válik szaporábbá. Ugy véli, hogy ezekben az esetekben a szívizom, ha csak átmenetileg is, de beteg, sérült, esetleg a kiállott súlyos betegséggel összefüggően és ezért reagál szokatlan módon atropinra.

Ezen tapasztalatát összevetve egyéb kísérleti eredményeivel, amelyeket az atropinnak az aritmiás szívműködésre való hatásának vizsgálatánál nyert, arra a felfogásra jut, hogy atropinkísérlettel eldönthető valamely bradycardia cardiális (myocardiumbetegség) vagy extracardialis eredete. Amennyiben atropinra megszűnik a bradycardia, úgy fokozott vagustonus okozta, tehát extracardialis eredetű, ha atropinra nem válik a pulsus szaporábbá, akkor a bradycardia oka a myocardiumban van, cardialis eredetű és betegséget jelent.

A vegetativ idegrendszer vizsgálatakor többször is tapasztaltak paradox atropinhatást *Eppinger* és *Hess*[2] anélkül, hogy valami okát, magyarázatát tudták volna adni. Hasonló irányú vizsgálataikor észlelt *Bauer*[3] is paradox atropinhatást, de csak kis dosis (½mgr.) után. Nagy adag után sohasem észlelt pulsusszámgyérülést, hanem ilyenkor mindig csak a megszokott tachycardiát látta kifejlődni. Biztos magyarázatot ő sem tud adni; ezekben az esetekben „atropinimmunosság" lehetőségére gondol.

Részletesen foglalkoztak a paradox atropinhatással *Kaufmann* és *Donath*[4]. Figyelmüket a kérdésre egyik szívbetegünknél végzett atropinkísérlet hívta fel. A betegnek myocarditise volt, ami az ingervezető rendszert is úgy látszik sértette, mert szaporábbá váló szívműködés esetén részleges blokk lépett fel. A végzett atropinkísérletkor tapasztalták, hogy előbb bradycardiássá vált a beteg (10—20 perc mulva) és csak azután következett be a tachycardia. A kérdés tisztázására más betegeknél is végeztek atropinkísérletet, olyanoknál, akik atropint therapiás célzattal amúgyis kaptak (hyperaciditás, ulcus ventr. et duodeni). Látták, hogy sok esetben jelnetkezik az atropinhatás kezdetén átmenetileg bradycardia és ezért a paradox atropinhatást a kezdetben felszívódó kis gyógyszermennyiség vagusizgató hatásával gondolják magyarázhatónak.

Hasonlóképen vélekedik *Edens*[6] is, de megjegyzi, hogy felléphet invers atropinhatás csökkent atropinérzékenység következtében is.

Wenkebach[5] könyvének 1914-es kiadásában ismertet egy esetet, akin paradox atropin és digitalishatást észlelt. Magyarázattal nem szolgál, hanem utal *Kaufmann—Donáth* ismertetett cikkére.

A mi esetünkben a paradox atropinhatás markánsabban jelentkezett, mint az említett szerzők eseteiben. Nem kis, hanem nagy adag után lépett fel, nem csak a gyógyszerhetás kezdetén és átmenetileg volt észlelhető, hanem órákon át tartott. Megjegyzem, hogy az atropin egyéb hatása, torokszárazság, pupillatágulás a szokott módon és mértékben jelentkezett.

Az invers atropinhatás magyarázata ebben az esetben is igen nehéz.

Az ilyenfokban megnyult vezetést (AV. intervallum 0,30" fölött) kórosnak kell tekinteni, amely nagymértékben szól a szívizomzat organicus megbetegedése mellett. Az AV. intervallum értékét égészségesnél *Lewis* és *Gilder* 0,13"-tól 0,21"-ig találták. *Schrumpf* már a 0,15"-nél hosszabb vezetést kórosnak mondja; *Wenckebach* szerint 0,18" egészségesnél még igen gyakori, 0,24" vagy ennél hosszabb intervallum azonban már biztosan pathologiás. Az atropin a kórosan megnyult vezetést vagusbénító hatása folytán javítja és ma már számos tapasztalat bizonyítja, hogy ez bekövetkezik sokszor myocarditises szíven is, ahol pedig az ingervezető rendszer szervi megbetegedése feltehető. Ezért az atropinnak ilyen irányú kedvező hatása esetemben sem szólhat organicus szívizombetegség ellen. Legvalószínűbb tehát az a feltevés, hogy ebben az esetben is a szívizom beteg, az atropin paradox hatása nem ép, hanem beteg szíven fejlődött ki; így a magyarázatot illetően *Dehio* már ismertetett felfogását gondolom a legvalószínűbbnek.

Irodalom: 1. *Dehio:* Deutsche Archiv f. klin. Medizin, 1894. 52. kötet. — 2. *Eppinger—Hess:* Zeitschrift f. klin. Medizin 1909. 67. köt. — 3. *Bauer:* Deutsches Archiv. f. klin. Medizin 1912. 107. kötet. — 4. *Kaufmann—Donath:* Wiener klin. Wochenschrift 1913. 1193. o. — 5. *Wenckebach:* Die unregelmässige Herztätigkeit 1914. és 1927. — 6. *Edens:* Die Krankheiten des Herzens u. der Gefässe 1929.

RÖVID KÖZLÉSEK A TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSI GYAKORLATBÓL.

A budapesti Törvényszéki Orvostani Intézet közleménye.

Gyanus vérzések hirtelen elhalt nő nyaki lágyrészében.

Az előrehaladt korú, régóta szívbajban szenvedő nő halála napján, konyhájában bekapcsolva a villanyvasalót, vasaláshoz fogott. Este felé a házfelügyelő észre vette, hogy a konyha ajtaján füst szivárog. Az ajtót feltörték s elhaltat a földön fekve, mozdulatlanul találták, egy feldőlt szék mellett. A villanyvasaló áttüzesedve az asztallapjának szélén állott s az alatta levő fa erősen füstölve parázslott. Elhalton mesterséges lélekzést végeztek, közben orvost hivtak, aki a halál bekövetkezését állapította meg.

Minthogy az illető régi szívbaja következtében már előbb is többször rosszul lett, hozzátartozói azt tételezték fel, hogy halála szívhűdés következtében állott elő. Minthogy pedig a szívbajt orvosi bizonyítvány is beigazolta, szóba jött a boncolás mellőzése is, úgy hogy a hozzátartozók már a temetés iránt is intézkedtek. Később azonban, mivel az eset megnyugtató módon tisztázottnak még sem látszott, elrendeltetett a rendőri boncolás.

A boncolás alkalmával a nyak lágyrészeiben kiterjedt véres beszűrődések találtattak s ezek miatt a boncolást, a nyomozás kiegészítésének kérésével abba kellett hagyni.

A vérbeszűrődések a nyak felső részének mindkét oldalán, az áll alatti mirigyek alsó szélétől a szakcsont két nagy szarva mentén lefelé és befelé húzódva, mintegy 3 cm.-nyi hosszú és 2 cm. széles, egész 1 cm. vastagságú feketevörös, nedvdús alvadékos foltokban jelentkeztek. Minthogy a nyak bőrén sérülésnek legkisebb nyoma sem mutatkozott, a vérbeszűrődéseknek fojtogatásból való eredése nem volt valószínű, mindazonáltal mivel a rendelkezésünkre álló adatok azok keletkezését nem magyarázták, eredésüket további vizsgálattal kellett kutatni. A pótnyomozás megállapította egyrészt, hogy az elhalt oly módon feküdt a földön, hogy az asztal lábának támaszkodó feje erősen meghajlítva, állával a mellkasra erősen reá volt szorítva, megállapította továbbá azt is, hogy az elhalthoz odahívott orvos, annak torkából hamis fogsort távolított el, amely ebbe úgy bele volt szorulva, hogy eltávolítása csak nehezen sikerült.

A boncolás folytatásakor a nyak lágyrészeiben talált fennebb leírt vérbeszürődéseken kívül, a nyelv hátsó részének közepe táján jelentéktelen hámhorzsolás is található volt, amely mögött feltünt a nyelv-gyök sötét szederjes színe.

A boncolási leletre a fogsor beszorulása megadta a magyarázatot. Villanyáram hatásának nyoma a holttesten nem mutatkozott s a vasalón sem volt áramzárlatnak nyoma megállapítható. Szénoxydot az elhaltnak vére nem tartalmazott.

A fennebbieknek megfelelően a halál bekövetkezését oly módon kellett magyarázni, hogy az elhalt szívbaja következtében hirtelen összeesve halt meg. Halála bekövetkezését, a torkában megakadt fogsor, a lélekzés korlátozása mellett szintén befolyásolhatta.

Az eset újabb példája annak, hogy a nyak lágyrészei között milyen módon jöhetnek létre gyanút keltő vérbeszűrődések. *Wietrich Antal* dr., egyet. tanársegéd.

Megtévesztés céljából elcserélt lőfegyver.

Lövési sérülés esetén a kellő érdeklődéssel rendelkező szakértő rendszerint a tárgyi bizonyítékok nagy tömegét lelheti fel de ennek dacára gyakran történnek hibák és fordulnak elő következményeiben súlyos tévedések. *Nem ritka a szándékos félrevezetés sem.* Az öngyilkosok hozátartozói néha szégyenérzésből, néha egyéb okból a cselekményt leplezni — tehát végeredményben a halottszemle végzőit félrevezetni igyekeznek. Az alább ismertetett eset az öngyilkos fegyverének különös, noha súlyosabb megítélés alá nem eső kicserélése révén válik közlésre érdemessé.

A közelmúltban egy 19 éves nő holtteste került boncolásra, melynek bal mellkasán lövéstől eredő sebzés volt látható. A nyomozati iratok tanusága szerint elhaltat nagyszülei megpirongatták, majd midőn a leány a szomszéd helyiségbe távozott, kis idő mulva lövés dörrent el s odarohanva, látták, hogy a nő összeesik s mellette egy 6 mm kaliberű Flobert-puska fekszik, melyet a rendőrség lefoglalt. A nagyszülők továbbá még azt is előadták, hogy a puskát — melynek tartására engedélyük volt — elhalt a szekrényből vette elő és szekrény tetején levő tölténnyel tölthette meg. Minthogy szerintük az öngyilkosság nyilvánvaló és ennek fennforgását a nyomozás sem tudta megcáfolni, kérik a holttest boncolásának mellőzését. A hatóság kérésüket azonban nem teljesítette.

A halottvizsgálat alkalmával kétség merült fel, illetve egyenesen kizárhattuk, hogy a sérülés 6 mm-es Flobert-rendszerű puskával ejtetett, mivel a holttest baloldali mellkasfelén lévő sérülés 8 mm átmérőjű, olyan anyagány alakjában jelentkezett, amely 15 mm széles, feketé színű, füstös udvarral volt körülvéve. A füstös szegélyben még néhány közönséges fekete lőportól eredő szemcsét is sikerült felfedeznünk. Flobert-fegyver szereplése esetén egyenletes, szemcsenélküli sötét szürke, kenőcsszerű udvarnak kellett volna a bemeneti nyílás körül mutatkozni, azonfelül maga az anyaghiány is nagyobb kaliberű fegyver szereplésére utalt. Feltevésünket a megejtett boncolás be is igazolta, amennyiben megállapítást nyert, hogy a lövedék a mellkas baloldalán behatolva, roncsolta a bal tüdő alsó lebenyét, áthaladt a rekeszizmon, lépen és a máj bal lebenyén, majd a gerincoszlop X-ik háti csigolyájának baloldalán benyomulva megakadt, 9 mm átmérőjű, kúpalakú, 13 mm hosszú ólomlövedék volt.

Minthogy a nyomozás adata ellentétben állott a boncolás eredményével, mert 6 mm-es Flobertpuskából 9 mm-es lövedéket kilőni lehetetlen, az esetet a hatóságok újabb vizsgálat megejtése végett bejelentettük. A pótnyomozás során megállapítást nyert, hogy elhalt az öngyilkosságot tényleg 9 mm-es forgópisztollyal követte el, a pisztolyt a takaréktűzhely mellett a cselekmény elkövetésekor meg is találták. A hat lövetű forgópisztolyban 5 éles töltény és egy kilőtt töltényhüvely volt feltalálható. Megállapítást nyert továbbá, hogy a forgópisztoly engedély nélkül volt birtokukban s attól félve, hogy ebből kellemetlenség származhatik az engedéllyel biró Flobert-puskát jelölték meg az öngyilkosság eszközének és adták át az eljáró hatósági közegnek.

Ez az eset is bizonyítja, hogy az igazságszolgáltatást érdeklő rendkívüli halálesetek tisztázásakor nyert felvilágosítások és vallomások a tanúk érdekeltsége és egyéb okok miatt ellenőrzésre szorul, amelyet csak tárgyilagos bizonyitékkal való egyeztetéssel érhetünk el.

Wietrich Antal dr., tanársegéd.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az agranulocytosishoz. *Wolfgang Nipperdky.* (Kl. W. 1930. 47. sz.)

A szerző 38 éves férfi kórtörténetét közli, ki gyakori anginákban szenvedett. Első anginájával kapcsolatban septicus gócok léptek fel, amelyekből teljesen kigyógyult. A vérkép a betegségnek megfelelt. A kigyógyulás után öt évre egy anginával kapcsolatos súlyos kórkép keletkezett nála, melyben a vérkép kifejezett leukopeniát mutat. Röntgen besugárzásra a fehérvérsejtek száma a normalisra emelkedett. A beteg gyógyulása után bizonyos idő múlva hasonló betegségbe esett, hasonló vérképpel, mely ismételt röntgen besugárzásra meggyógyult.

Szerző szerint itt a csontvelő anaphylaxiájával állunk szembe. Az első angina sensibilisalta a csontvelőt, a második anginára már anaphylaxiával válaszolt, mely agranulocytosisban nyilvánult. Kiváltó okok: angina, ízületi gyuladás, endocarditis, erysipelas ismételt fellépése. Therapia: fajidegen fehérje, röntgen besugárzás. *Rámeszdorfer László dr.*

Az insulin és az adrenalin kölcsönhatása a szervezetben. *B. Kugelmann.* (Klin. Wochenschr. 1931. 2. sz.)

Közismert tény, hogy az insulinbefecskendés által kiváltott hypoglycaemia bizonyos idő mulva minden beavatkozás nélkül szünik, sőt később egy kisfokú hyperglycaemiának ad helyet. Valószínünek látszott az a feltevés, hogy a vércukorszintnek ezt az automaticus szabályozását az adrenalin közvetíti, mely tudvalevőleg antagonistája az insulinnak. A szerzőnek ezt a feltevést kisérletileg sikerült igazolnia, éspedig a következő módon: 30 egység insulinnak intravenás befecskendése után a vércukor concentratióját félóránként és a vérképet tízpercenként vizsgálta és regisztrálta. Kitünt, hogy míg a vércukor szint süllyedése el nem érte a 60 mg%-et a vérnyomás állandó maradt, amint azonban a vércukor concentratiója 60 mg % alá esett, a vérnyomás hirtelen emelkedni kezdett és ugyanekkor megjelentek a typusos hypoglycaemiás tünetek, a remegés, a szívdobogás és az éhség. A vérnyomás emelkedésével egyidőben constatálható volt a vérképnek egy olyan eltolódása, mely jellemző az adrenalinaemiára: kifejezett leukocytosis és relativ lymphocytosis jelentkezett. Egy léptumoros betegnél végezve a

kísérletet a hypoglycaemia beálltakor megállapítható volt a lép tetemes megkisebbedése. Mindezen tünetek megjelenése egyértelműleg azt bizonyítja, hogy a hypoglycaemiás attakkal egyidöben nagyobb mennyiségü adrenalin jut a vérbe. Tehát a vércukorszint süllyedése reflectoricusan az adrenalin mobilisatiójához vezet és ez viszont a máj glycogénjének mobilisatiója által megszünteti a hypoglycaemiát. A szerző azt gondolja, hogy a hypoglycaemiás tünetek egy része nem is (reszketés, szivdobogás) a hypoglycaemiától, hanem a kisérö adrenalinaemiától származik. *Czoniczer dr.*

Keringési zavarok a hypophysis elülső lebenyének insuffitientiájánál. *F. Schellong.* (Klin. Wchschr. 1931. 3. sz.)

Régen ismeretes, hogy a hypophysaer kahexiában szenvedö betegeken gyakran észlelhetök ájulási rohamok, bizonyos collapsusszerü állapotok. Bár ezeket az attakokat biztosan magyarázni nem tudták, mégis a legvalószinübbnek látszott, hogy agyi eredetüek. A szerző kimutatta, hogy a collapsusszerü attakok a keringés insuffitientiájával kapcsolatosak: az ilyen betegek vérnyomása nyugalomban normalis, de mozgáskor paradox reactiót mutat, amennyiben testi munka végzésekor nem emelkedik, mint az egészséges emberé, hanem süllyed. A vérnyomásnak ez a paradox süllyedése oly nagyfokú lehet, hogy a pulsus esetleg tapinthatatlanná válik és ilyenkor előáll a collapsusszerü, ájulásos állapot. A vérnyomás csökkenése, tehát az ájulás néha már a legcsekélyebb mozgásra, pl. ágyból való felkelésre is bekövetkezik, de lefekvéskor a tensio csakhamar ismét normalis értékre emelkedik és ilyenkor az ájulás megszünik. A rohamoknak a hypophysissel való összefüggését mutatja, hogy a betegeket elülső lebeny kivonatával kezelve, az ájulási attakok csakhamar ritkábbakká válnak. *Czoniczer dr.*

Sebészet.

A normalis bokavilla helyreállitása. Prof. *Ludloff.* (Deutsche Zeitschr. Chir. 1930. 225. köt.)

Minden bokatáji törésnél a legfontosabb a bokavilla normalis viszonyainak pontos helyreállitása. A törvégeket lehetöleg azonnal helyre kell tenni és nem kell arra várni, hogy fektetéssel a vérömlény felszivódjék, mert a várakozási idő alatt igen könnyen lágyrészt zsugorodások állanak elö. A helyretevést először vértelenül kiséreljük meg és gipskötéssel rögzitjük az elért eredményt. Ha a két irányban készitett ellenörző röntgenfelvétel azt mutatja, hogy a törvégek pontosan fekszenek egymáshoz, akkor ugyanaz a gipskötés marad a lábon, annak ellenére, hogy a tapasztalat azt mutatja, hogy a hosszas rögzítés mindenesetben bizonyos fokú merevséget és lágyrész zsugorodást idéz elö. Ez az ízületi merevség azonban szorgalmas utókezeléssel megszüntethető s igy mindenesetre jobbak az eredmények, mint olyan esetekben, amikor az úgynevezett functionalis kezelés módozatai szerint rövidebb ideig rögzitik a bokaízületet gipszkötéssel. A rövid ideig tartó rögzités után t. i. nagy a bokavilla megszélesedésének veszélye. Ha a röntgen kép azt mutatja, hogy a helyretevés nem sikerült tökéletesen, akkor rövid idön belül mütéti úton kell a pontos összeillesztésről gondoskodni. Nagyon jó eredményeket ért el avval a methodussal, mely szerint a törvégeket pontos repositio után hosszú csavarok segitségével rögzíti. Evvel t. i. el lehet kerülni azt, hogy a törvégek pontos összeilleszkedését csak a legerőszakoltabb lábfej állások segitségével lehessen biztositani. *Dupuytren* például erőszakolt equinovarus helyzetet tartott a legcélszerübbnek a bokavilla tágulásának megelőzésére. A bokavilla rugalmas müködését az elülső és hátsó bokaszalagok biztositják. Ha ezek elszakadtak, akkor átültetett fasciacsikkal kell öket pótolni. A sipcsont és szárkapocs közötti alsó ízesülés szintén fontos szereppel bir a rugalmas járást illetöleg. A két csont synostosia jelentékeny müködési zavart idéz elö, mert a járást merevvé és rugalmatlanná teszi.

Horváth Boldizsár dr.

A féregnyúlványloh aetiologiájára vonatkozó kisérletek eredményei. *Eichhoff* és *Pfannenstiel.* (Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie. 151., 2.)

1. 39 heveny, 36 idülten gyulladt és 6 egészséges féregnyúlványon végzett bacteriologiai vizsgálat azt eredményezte, hogy a bacteriumflorát legnagyobbrészt colibacilusok, enterococusok és *Fraenkel*-féle gázbacillusok képezik.

2. Azonban az idült, a hevenyen gyuladt, valamint egészséges féregnyúlvány bacteriumflóráját összehasonlítva, kitünt, hogy az emlitett három bacteriumfaj között mennyiségi és minöségi különbségek lehetők fel:

a) A hevenyen gyulladt féregnyúlványban a tejcukrot erősebben erjesztő colibacillusok a gyengébben erjesztőkkel szemben számbeli fölényben voltak anélkül, hogy egyik fajnak a másikká való átalakulását tenyészetben ki lehetett volna mutatni.

b) A hevenyen gyulladt féregnyúlványban kimutatható enterococcusok élettani sajátságait (haemolysis, hövel szemben való ellenállás hiánya stb.) megvizsgálva, azt találták, hogy azok a genykeltö streptococcusokhoz közel állnak.

Azonban a hevenyen gyulladt féregnyulványban található „streptococcusok"at mesterséges táptalajon tovább tenyésztve, azok enterococcusokra jellemző sajátságaikat visszanyerték. Valódi genykeltő sterptococcusokat vagy pneumococcusokat hevenyen gyulladt féregnyúlványban nem találtak.

c) A hevenyen gyulladt féregnyúlványban gyakrabban és tömegesebben (73%) voltak a *Fraenkel*-féle gázbacillusok kimutathatók, mint az idülten gyulladt vagy egészséges féregnyulványban.

3. A hevenyen gyulladt emberi féregnyulványból kitenyésztett colibacillusokat, enterococcusokat, *Fraenkel*-féle bacillusokat, valamint másnemü emberi megbetegedésekből elkülönített pneumococusokat és genyketlö streptococcusokat, tisztán vagy kevert törzsekben a házinyúl nem elzárt féregnyúlványába behelyezve, ott még akkor sem okoztak gyulladásos elváltozásokat, ha a nyálkahártyát elözetesen durván megsértették.

4. A házinyúl féregnyúlványának teljes elzárása után, a lekötéstől periferiásan levő, bélsarat tartalmazó részletében néha oly elváltozások voltak kimutathatók, melyek igen hasonlóak az emberi appendicitis elváltozásaihoz. Legtöbbször azonban csak erös pangás és nyákgyülem lépett fel, másodlagos gyulladással és necrosisszal.

5. Ugyanez volt fellelhető akkor is, midön a bélsár eltávolitása és a féregnyulvány lekötése után colibacillusok, enterococusok vagy pneumococcusok tiszta tenyészetét fecskendezték a féregnyúlványba. Ezek szerinti a kisérleti appendicitis létrehozásában emlitett 3 bacteriumfajnak látszólagosan nincs szerepe.

6. Virulens, másnemü emberi phlegbonosus folyamatokból eredő valódi genykeltö streptococcusok a kiürített és lekötött kisérleti féregnyúlványban mindig súlyos hevenygyulladást okoztak, mely spontán átfúródás után fibrines hashártyagyulladáshoz vagy letokolt tályog képzéséhez vezetett.

7. Heveny emberi appendicitisből elkülönített tiszta *Fraenkel*-féle bacillusok tiszta tenyészete avagy azoknak colibacillussal, vagy entero- és genykeltö streptococcusokkal való kevert törzsei, ha a lekötés tökéletesen tartott, a féregnyúlványfal súlyos phlegmoneját idézték elö. Az emberi appendicitisből kitenyésztett 3 főbacteriumfaj, ú. m. colibacillus, enterococcus és gázbacillus közül, csak a *Fraenkel*-féle bacillus okozott mindig halálosan végződő hashártyagyulladást, de csak tökéletesen lekötött féregnyúlvány mellett.

8. A „primaer affectus", amely a nyálkahártya phlegmone keletkezéséhez okvetlen szükséges, ezek szerint a tökéletesen lezárt féregnyúlványban nem annyira erjedéses termékek, mint inkább bizonyos genykeltő vagy necrosist okozó fajok (gázbacillusok, genykeltö-streptococcusok), illetve azok toxinjainak következménye; a házi nyúlnál előidézett mesterséges appendicitis előidézésében a durva nyálkahártyainsultusnak aetiologiailag semmi szerepe nincs. *Demjanovich K.*

Szülészet és nőgyógyászat.

Az anaerob streptococcusok által okozott gyermekágyi fertőzésekről. *T. K. Brown,* St. Louis. (Amer. Journ. of obstretr. a. gyn. 1930.)

Az anaerob streptococusok szerepét a gyermekágyi fertözések létrehozásában számos vizsgálat bizonytija. Vizsgálataik alkalmával többnyire γ nem haemolisáló streptococcust találtak, amelynek pathogenitása a proteolyticus képességével állott arányban. Mig az aerob bacteriumok okozta fertözés többnyire exogen, addig az anaerob sterptococcusok endogen eredetüek. Klinikailag csak egyetlen esetben állapitották meg az anaerob streptococcus fertözést, de boncolás alkalmával gyakran találták meg a méhürben talált törzset más szervekben is. Ezek tehát nem a vérben tenyésznek, hanem egy meglevő gócból alkalomadtán disseminálódnak. A fertözés megakadályozására prophylacticusan hüvelyi instillatiókat végeztek a következő szerrel:

15 gr. mercurochrom kristály, 5 cm³ kétszeresére higitott jódtinctura, 500 cm³ glycerin. Ebből a szülés megindulásától kezdve 12 óránként 7 cm³-t fecskendeztek a hüvelybe. Idöelötti burokrepedés esetén a fenti szert a fájások megindulásáig naponta alkalmazták. Ezen kezelés mellett a gyermekágyi mortalitás 0.261%-ról 0.089%-ra, a morbiditás 22.2%-ról 16.4%-ra esett. Ezért ezt az eljárást nagyon ajánlják az anaerob sterptococcus fertözés elkerülésére.

Miklós László dr.

A symphysiotomiával szerzett tapasztalatok. *M. Santos,* Rio de Janeiro. (Bull. de la Soc. d'obst. et de Gyn. 1930. júl.)

Nyolc esetben végezte a *Zarate*-féle symphysiotomiát.

Ennek a technikája nagyon egyszerű és a császármetszéssel szemben az az előnye, hogy a szülés alatt hosszabb várakozást enged meg. Véleménye szerint ez az eljárás kisebb térarány-talanság esetén (8—8.5 cm. conj. vera) különösen a késői császármetszés legtöbb indicatiójtá elveszi. Nagyon alkalmasnak tartja olyan esetben, ha medencevégű fekvés esetén az utoljára jövő fej nem tud a bemeneten áthaladni. Minden esetben episiotomiát végzett. Egyszer fordult elő, hogy a vulva a symphysisnek megfelelő helyen szétrepedt, ezért kiadósabb episiotomia végzését ajánlja. A fej minden esetében vagy spontán, vagy enyhe expressióra beilleszkedett. A magzat 10—30 perc alatt született meg. Ha a magzat veszélyben forgott, kimeneti fogómütétet végzett. A porcvégek 4—5 cm-nél nagyobb eltávolodására soha sem volt szükség. A gyógyulás mindig zavartalan volt. *Miklós László dr.*

Sterilitas és a spermatozóonok. *Laffont et H. Fulconis*, Alger. *(Bull.* de la Soc. d'obst. et de Gyn. 1930. szept.)

Sterilitas eseteiben az ondót tették vizsgálat tárgyává. Ilyenkor a spermiumok száma többnyire megkevesbedett (látóterenkint 60 helyett 10—5—0.5). A sürübb consistentiájú ondóban a spermiumok mozgása megszünik, de physiologiás konyhasó oldattal történt felhigitás után újra visszatér. Morphologiai eltéréseket nem találtak. Kisérleteikben a feleség hüvely és cervikális váladéka, vagy seruma elpusztította, néha agglutinálta a spermiumokat még pedig a vércsoporttól függetlenül. Vizsgálataikat olyan irányban folytatják, hogy nem volna-e lehetséges a meddőséget desensibilizálás útján gyógyitani. *Miklós László dr.*

A terhesség alatti menstruatioszerű vérzésekről. *Willibald.* (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. LXXXV. köt., 4. füz. 1930.)

2800 terhesség közül 20-ban talált terhesség alatt havibajszerű vérzéseket. Három esetben egyszeri, ötben kétszeri, hétben többszöri gyenge vérzés lépett fel, míg öt esetben rendes erősségü vérzések voltak. Négy — általa észlelt — esetből háromban erosiót és cervicalis catarhust talált, ezzel azonban a vérzéseket nem véli megmagyarázhatóknak. A többnyire kisfokú vérzés nem téveszthető össze valódi menstruatióval, de az általa is észlelt, néha rendes erősségü vérzés gyermektartási perekben tévedéshez vezethet.

Miklós László dr.

A kiviselt vagy túlhordott terhesség megállapítása. *J. Rosenblatt.* (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1930. 4. füz.)

Az irodalmi adatok felsorolása után saját eljárását ismerteti. Ez abból áll, hogy a terhesség várható végén kétóránként 0.1—0.125 cm^3 hypophysint fecskendez be. Túlhordás esetén erre fájások indulnak meg, míg ki nem viselt terhesség mellett ez egyáltalán nem következik be. Eljárását egyszerűsége miatt a gyakorlat részére ajánlja. *Miklós László dr.*

Fülgyógyászat.

Ritka gyöngydaganatképződés a sziklacsontban. *K. Grahe.* (Zeitschr. für. Ohrenhlk. 20. köt. 133. old. 1930.)

Betege 1917-ben puskagolyótól lövési sérülést szenvedett a sziklacsonton, a golyót akkor eltávolították. Állitólag negyed évig süket volt. 1922 óta nagyfokú fülzúgása támadt, a hallása lényegesen csökkent. A dobhártya heges, atrophiás volt, a beteg amb. kezelésben részesült, melynek folyamán jobboldali arcidegbénulás jelentkezett, továbbá vestibularis és cochlearis functiocsökkenés; szédülés, műtét végeztetett. A mütétnél teljesen ép csecsnyúlvány találtatott. A horizontalis ívjárat alatti cellákban nagy cholesteatoma volt található, amely a pyramis basisán a belső hallójáraton túlig terjedt. Röntgenképen a pyramis csúcsánál kisalmányi árnyékot adott a jodipin massa, mellyel az üreg ki volt töltve. A cholest.-val telt üreg a duráig terjedt és mivel a mütétkor sinus-vérzés lépett fel, a colest. teljes kitakaritása nem volt lehetséges. 1930-ban labyrinthectomia végeztetett. A kisagyi durán kis átfúródás és helyi elhalás mutatkozott, a beteg meningitisben elpusztult. Sectiónál a cholest. üregе jól feltalálható volt. Ép középfül mellett jelenlévő ily szokatlan cholesteatoma képződésre nézve két keletkezési mód lehetséges. Vagy a durával összefüggő primaer daganat volt, vagy a lövedék sodort be a mélybe hámrészleteket, melyek ott zárt helyen cholesteatomaképződéshez vezettek. Szerző ez utóbbi feltevést fogadta el és a kártalanitás kérdésében úgy nyilatkozott, hogy hadisérülés okozta következményekről van szó. *Zubriczky dr.*

Középfülből történt spontan vérzés gümös csontlobnál. *Weining.* (Zeitschr. 20. köt. 1931.)

Másfél éves, jól fejlett és táplált, tbc-ben elhalt szülők gyermeke. Kétoldali csecsnyulványlob miatt trepanatio. Mindkét csecsnyulványban sequesterképződéssel járó beolvadásos csontlob volt. A jobb fülből ismételten fellépő erős, csak compressióra szünő arteriás vérzés volt észlelhető, mely 11 nap alatt exitushoz vezetett. Sectiónál a belső szervekben gümös elváltozások nem voltak találhatók. A szövettani kép súlyos gümös csontlob képét adta, mely betört a labyrintusba, az art. carotis falát arrodálva elvérzéses halált okozott. Mivel egyéb gümös góc a szervezetben nem volt, a fül megbetegedést primaernek kell felvenni. *Zubriczky dr.*

Gyermekorvostan.

Vaccinatiós encephalitisre vonatkozó klinikai és experimentalis vizsgálatok. *A. Eckstein, H. Herzberg—Kremmer, K. Kremmer.* (Deutsche med. Wochenschr. 1930. 52. sz.)

A vaccinatio lefolyását vizsgálták 36 passage-ig vitt humanizált nyirok alkalmazásával, természetesen a gyermekek egészségi állapotát szigorúan controllálva. A pustulaképződés a 36. passage-ban is typicus volt, csak a későbbi passage-oknál gyorsabban állott be a pustulaképződés. Humanizált nyirok alkalmazása mellett a láz alacsonyabb volt, mint animalis nyiroknál és a passage-ok előrehladtával mindinkább csökkent.

Normális és kóros oltási reactio mellett összehasonlitották a virusnak a szervezetben való előfordulását. Az oltottak 75%-nál, az oltás utáni 3—10. nap között a virust a vérben kimutatták. Normalis lefolyású oltásnál a liquorban a virus nem volt kimutatható. Ugyancsak nem sikerült kimutatni — *Gins* és munkatársaival ellentétben— — a tonsillán sem a virust. Ezzel szemben zavart lefolyású oltási reactióknál — főleg idegrendszeri zavarok kapcsán — két izben a liquorban, háromszor a 10. nap után a vérben és kétszer a tonsillákon volt a virus kimutatható. Szerzők vizsgálták még a humanizált lymphát. A négy kiindulásul használt animális lympha titere 1:3000, illetve 1:300.000-ről a 3. humán passage után 1:2 millióra emelkedett. Ezen igen magas titerü humanizált lymphát használva, 70 gyermeknél semmi károsodást nem láttak, sőt a 8. passage-től kezdve jó pustula képződés mellett, a láz alacsonyabb volt, mint az 1:300.000 titerü animalis nyirok alkalmazása mellett. Ez azt bizonytianá, hogy a vaccina titerének a vaccinalis encephalitis létrejöttében nincs szerepe, inkább a *Netter* által jelzett állatpassage-nak és pedig főleg a nyúl-passage-nak. *Beck Rella dr.*

A Grünfelder-féle nagyujjreflex, mint a gyermekkori otitis media új tünete. *H. Rothe.* (D. M. W. 1930. 43.)

A reflex lényege az, hogy gyermokkori otitis mediánál a hátsó koponya egy bizonyos helyére gyakarolt nyomásra, a láb nagyujj dorsalflexiója és a többi ujjak legyezőszerü szétterpesztése jön jétre. Ez a hely megfelel annak a pontnak, ahol a lambdavarrat a sutura mastoidea occipitalis és a sutura mostoidea parietalis találkoznak; ill. a proc. mastoideustól húzott függőleges vonal a fülkagyló felső részén átvonuló horizontalis vonalat metszi.

A reflex keresztezett, vagyis a beteg fül oldalán gyakorolt nyomásra az ellenkező oldali nagyujjreflex váltható ki, viszont az egészséges oldalra gyakorolt nyomásra azonos oldali lép fel.

Az esetek nagy részében a reflex spontan is fellép, nyomásra ilyenkor mindig kiváltható. Szerző 150 egészséges és ugyanannyi fülbeteg gyermeknél vizsgálta a reflex viselkedését, akiknek életkora két hónap és 12 év között váltakozott. Kezdödö otitis medianá], ha még nem volt perforatio, a reflex majdnem minden esetben kiváltható volt, fülfolyásnál hiányzott, illet. positivitása a csontos fül megbetegedésére utalt. Egészséges gyermekeknél a reflex nem volt kiváltható.

Életkor szerint két éven aluli gyermekeknél 103 eset közül 81 esetben, 2—5 év között 25 eset közül 13 esetben, 5 éven felül pedig 22 eset közül 3 esetben volt positiv a reflex.

Sonnauer Péter dr.

Gégészet.

Gégerák kezelése. Hosp. *Ramos Mejias*, Buenos Aires. (Rev. cub. Oftalm. etc. 1, 151—157. (1929) Spanisch. Zambrini A. R.)

Négy typusos gégerák esetet ír le röviden (behatolás per vias naturales, pharyngotomia, laryngofissio, laryngectomia). Eredmények nem oly rosszak, mint gyakran hangoztatják. Szerző egyedül radium vagy röntgen kezeléstől Cc.-t meggyógyulni még nem látott. A besugárzás csak mint mütét-utáni segédeszköz használható. *Soós Dezső dr.*

Heveny szükületes laryngitis. Amer. J. Dis. Childr. 40. 298—304. (1930.) *Bradford, W. L., and A. D. Leahy.*

Szerzők saját tapasztalatuk alapján 38 diphtheriás és 28 heveny nem diphtheriás, szükületet okozó laryngitises gyermek esetét közlik, azok a klinikai és bacterológiai sajátságaival. Differentialdiagnosis tekintetében legfontosabb a

diphtheriás álhártya jelenléte, mely a heveny catarrh. alaknál, szabályszerűen hiányzik. A diphtheriás esetekben a diagnosist természetesen a diphtheria bac. kimutatása erősíti meg, míg a nem diphtheriás esetekben a streptococcus haem., pneumococc. catarrh., staphylococc. aur. és alb. és bac. influenzae mellett főképen a streptococc. virid. játszik a betegség előidézésében nagy szerepet. A nem diphtheriás szükületes heveny laryngitisek is, amelyek tünetei a valódi diphtheria esetektől alig különböztethető meg — igen súlyos formában jelentkezhetnek, úgy hogy a szerzők által leírt esetek 50%-án felül intubatióhoz és 25%-ban következményes tracheotomiához vezetett; az intubáltak, ill. a tracheotomisaltak egyharmada exitált. *Soós Dezső dr.*

Sebészeti esetek a tabeses gégekrisiseknél. *Schiff Leo.* Dtsch. Z. Chir. 226, 66—80. 1930.

Szerző a tabesnél jelentkező gégekrisis definitióját *(Semon)*, mely szerint ez lassan képződő, tartós állapot és amely mindkét oldali posticusbénuláson alapszik és mint egy laryngospasmust fogja fel, mint nem teljesen megfelelőt elveti és a larynxkrisis gyüjtőfogalma alá vonja mindazon hirtelen, relative rövid és átmeneti, sőt sokszor visszatérő légzési zavarokat, melyek épúgy bénulásal, de anélkül is, sőt laryngospasmus nélkül is előállhatnak. Ennek az ellenkezője az olyan légzési zavar, mely a gégében fellépő bénuláson, tehát kiesési tüneten alapszik, amelynél szintén lehet egy inger larynxkrisisnek a következménye. Ezek az esetek nem csak tabeseseknél jellegzetesek, de más megbetegedéseknél is, sőt egészségeseknél is előfordulnak. A gégekrisist az idegen testek izgalma is kiváltja és a tabeses erre még sokkal hajlamosabb, mert az érző idegrendszere (gondoljunk a lancináló fájdalmakra) tartósan túlfeszített állapotban van. Továbbá psychicus momentuma is lehet (féleleméreés a légzés zavaroknál) aethiologicus oka a larynxkrisiseknek. *Schiff* megkülönböztett tabeses larynxkrisiseknél mechanicus akadályok nélküli és mechanicus akadályokkal való légzést (itt mindkét oldali bénulás vagy a m. cricoarytaen. post. paresise vezet a legkönnyebben glottisgörcshöz). Az elsőnél a gégenyálkahártyájának fokozott érzékenységet, a reflex ingerlékenységet gyógyszeres kezeléssel legyőzhetjük: az utóbbinál, mint souverén beavatkozás tracheotomia jöhet szóba, míg az intubatio a nyálkahártyára gyakorolt állandó inger miatt elvetendő. Tabeseseknél, kiknél ki van mutatva, hogy mechanicus légzési zavarok következtében laryngospasmusos larynxkrisisekre hajlamosak már prophylacticus a tracheotomiát kell végrehajtani. *Soós Dezső* dr.

Urologia.

Kőképződés a szervezetben. (A vitaminhiány és a kőképződés.) *A. Gasparjan és N. Owtschinnikow.* (Zeitschr. für Urol. 30. köt. 5—6. sz.)

Az „A" vitamin hiánya fiatal állatoknál kőképződésre vezet. 90 patkányt használt kísérleteihez, melyeket „A" vitaminmentes diaetan tartott és 28 patkányt controllképen rendes táplálékon. 30 patkányt előzőleg röntgennel köre vizsgált, negativ eredménnyel. 3½—4 hét mulva a patkányok lesoványodtak, szőrüket vesztették és a kisérleti idő alatt 66 elpusztult. 10 esetben a vesék helyének a meghatározása céljából cystopyelogrammot végzett: a vesék helyzete megváltozott, melynek az eltünt zsírpárna az oka. 12 esetben talált követ (10 esetben phosphat és 2 esetben phosphat-oxalat). A többi esetben is böven voltak a hólyag nyálkahártyán kristályok. A kövek nagysága lencse és ¼ gombostűfej között váltakozott. 4 esetben csak a vesékben volt kő, 2 esetben a vesében és a hólyagban, a többi esetben csak a hólyagban. 5½ hét volt a legrövidebb idő, amikor már követ talált. A kőképződésnek az „A" vitamin hiánya az egyik tényezője, ezt a statisztika is megerősíti, amennyiben köves vidékeken, ha a gazdasági viszonyok javulnak, a köves esetek csökkennek.

Czaykowski dr.

A hólyagvarratról. *M. G. Prives.* (Zeitschr. f. Urol. Chir. Bd. 30. H. 1—2.)

Szerző beszámol a hólyagvarrat eljárásokról, a transperitoneális hólyagmetszésről és a hólyag falának újraképződéséről az egysoros cat-gut és egysoros selyem varratnál.

Szerző szerint a transperitoneális hólyagmetszésnél a hólyagseb per primam gyógyul. Mütéti sérülés után a hólyagfal minden rétegének teljes regeneratiója figyelhető meg, mely az egysoros varratnál a harmadik hét végén fejeződik be.

Az első hét folyamán a sebvonal mentén a varróanyag körül és a vérömleny helyének megfelelően erős sejtes beszürődés indul meg, minek folytán a varróanyag felszívódik, véralvadékok szétesnek és a seb szélei összetapadnak.

Második hét folyamán a sebvonalak megfelelően fiatal sarjszövet képződését lehet megfigyelni.

Harmadik héten az újonnan képződött kötőszövet hegszövetbe megy át. Ezezl egyidejűleg az izom és serosa regeneratiója és a nyálkahártya hámosodása is befejeződik.

A jód-catgut felszívódása másfél-két hónapig tart és óriás sejtek részvétele nélkül, csupán a leucocyták által történik. A selyem a leucocyták és óriássejtek phagociter hatása következtében szétesik s egyes darabjai kötőszövetesen befejeződik.

Sectio vesicalis transperitoneálisnál akár selymet, akár catgut-öt alkalmazunk a seb egyformán jól gyógyul. Kétsoros varrat alkalmazása szükségtelen.

Szerző egysoros varrat mellett szövődményeket (vizeletszivárgás, seb széjjelválás, sipolyképződést) sohasem észlelt. Előnye még egyszerűsége, az idő megtakarítás és a nagyobb hólyag térfogat.

Szerző a transperitonealisan végzett sectio altában látja a vizelet sipolyok elkerülésének a biztosítékát, miért is az összes hólyagmütétekre ezt az eljárást ajánlja.

Rohlitz dr.

Az uroselectan chemiája. *A. Binz.* (The British Journ. of Urol. II. köt. 4. sz.)

Bactericid szerek előállítására irányuló törekvései közben, a szerző megbízásából *Räth dr.* 73 különböző pyridinjódvegyületet synthetisált. Ezek közül egyesek *Lichtwitz* megállapítása szerint a vizelettel történt kiürülésük közben azt contrastossá teszik s ezért az uropoeticus rendszer röntgenvizsgálatára használhatók fel. Ilyen irányú kisérleteknél a vegyületeknek két tulajdonságára és pedig a maximalis jódtartalomra és a maximalis oldódásra voltak tekintettel. A gyengén oldódó, de maximalis jódtartalmú vegyületek nem váltak be, mert kiürülésük túlnyomó részben a bélen át történt. A selectanneutralnak nevezett methylamido-jodopyridon (X. sz. készitmény), mely 54% jódot tartalmaz és 10%-os oldatot képez, szintén nem felelt meg és ezért a 35%-ban oldódó és 42% jódtartalmú uroselectant (IX. sz. készítmény) próbálták ki, melyet előbbi vegyületből úgy állítottak elő, hogy annak N.-hez kapcsolt methylgyökét natriumacetattal helyettesítették. A szer *Lichtenberg* és *Swick* kisérletei alapján a kiválasztásos röntgenvizsgálat céljaira megfelelőnek bizonyult. Nagy előnye, hogy az összes jód és pyradinvegyületek közül legkevésbbé mérgező. Patkányokon végzett kísérletek mutatták ki, hogy azonos jódtartalom mellett a jódnatriumnál négyszer és a yatrennál 49-szer gyengébben mérgező. Azonos pyridintartalom mellett a selectannál (IV. sz. készítmény) nyolcszor, a nicotinnál pedig 800-szor kisebb toxicitással rendelkezik. Az uroselectanmolekula N. tartalma a jódnak olyan erős kötést biztosít, hogy azt egyszerüen vegyi eljárásokkal, pl. nyolc órai hevítéssel 150°-on, leválasztani nem sikerült. *Sas Lóránt dr.*

KÖNYVISMERTETÉS

Die photographischen Grundlagen des Röntgenbildes. *R. Herz.* (G. Thieme kiadása. Lipcse. 222 oldal 154 ábrával. Ára 17 márka.)

Minden részletében kiváló gonddal és tudással megírt könyv, mely tömör rövidséggel és érthetően tárgyalja mindazokat photografiai eljárásokat és ismereteket, amelyre a röntgenologusnak szüksége van. A röntgenologusok a fotografiai eljárásokat általában lebecsülik, automaticus munkálatoknak tekintik, amelyeket elég egy kézfogásokban gyakorlott segédre bízni, akinek tudományos ismeretei nincsenek pedig a tapasztalat bizonyítja, hogy a technikai ismeretekben jártas selejtesebb eszközökkel is szebb, jobb és diagnosis felállítására alkalmasabb felvételeket tud készíteni, mint a pazar berendezéssel bíró, akinek azonban szakbeli ismeretei hiányoznak. Helyes röntgenképek készítéséhez nem elég a manuális gyakorlottság: elméleti ismeretekkel párosult szaktudás is kell hozzá. Ezeket az ismereteket tárgyalja a jelen könyv. Nem többet az elméleti részből, mint amennyire a gyakorlati rész megértéséhez szükséges. Tárgyalja a kép keletkezésének fizikai és chemiai tényezőit; a beállítás, az expositio és előhívás törvényeit, szól a lemezek, erősítő ernyők tulajdonságairól. Különösen hasznos a felvételi technikáról, a hibaforrásokról és azok kiküszöböléséről szóló fejezet. A munkát a stereoscopia és kinematografia tárgyalása zárja be. A könyv kiállítása a kiadót dicséri. A képek és grafikonok kifogástalanok. *Kelen prof.*

Synthetische Anatomie. *J. E. Cheesmann.* Fischers medizinische Buchhandlung kl. Kornfeld.

Az angol szerző ügyes módon iparkodott azt a nehéz problémát megfejteni, miként lehet az anatomia tanításában

a térbeliséget szemléltethetővé tenni. Az ábrák nem mint eddig volt, szokásos tömör papiron vannak nyomtatva, hanem zsírozott, átlátszó papiron és az egymás után következő lapokon úgy elhelyezve, hogy azok együtt egy egészet adjanak és az anatomiai rétegzettségnek valójában megfeleljenek.

A systematicus anatomia, tehát egy teljesen új szempontból iparkodik az anatomia tanítását tökéletesbíteni. A kiadó a mű előnyei között ezt az ötletes újítást is fölemlíti, hogy a tanuló a szükségnek megfelelően tussal saját maga rajzolhat az ábrákra képleteket, amelyeket azután tetszés szerint újból eltávolíthat.

A mű mindenesetre figyelmet érdemel és idők folyamán még tökéletesbíthető. *Annan dr.*

Photobiologie. *L. Pincussen.* (C. Thieme, Leipzig. 1930. 533. oldal. Ára 36 M.)

Hosszú évek kitartó kísérleteinek az eredményei vannak ebben a könyvben összefoglalva. *Pincussennek* a neve, mint egy jó és lelkiismeretes kutatónak a neve ismeretes; könyve ugyanilyen tulajdonságokkal rendelkezik. Ma, amikor a photobiologia mind nagyobb és fontosabb tért hódit és olyan váratlan eredményeket hozott, mint *Surwitsch* felfedezései, ez a könyv fontos és szinte nélkülözhetetlen.

Bevezető fejezetekben általános fizikai szemléletet ad, majd áttér a tulajdonképeni tárgyra.

Igen szép és fontos része a könyvnek a pigment physiologiai és chemiai tulajdonságainak az ismertetése. Ugy hiszem, hogy a kisérleti börgyógyászatban a könyv fontos hézagot tölt ki. *Annau dr.*

Diagnose und differentialdiagnose der Frauenkrankheiten. *Benthin.* (Königsberg). (1930. Urban u. Schwarzenberg. 365. old. Ára 50 márka.)

A gyakorlati szellemű írásairól jól ismert szerző jelen monographiájában szintén gyakorlati themával foglalkozik a töle megszokott könnyed és népszerű stilusban. A női betegségek általános diagnostikáját és elkülönítő diognosisát tárgyalja. Elsősorban a gyakorló orvos igényeire van tekintettel és sok helyt saját gyakorlatából vett példákkal illustrálja a bonyolultabb problemákat. 101 szövegközti ábrán kívül könyve végén 48 tabellán száznál több, színes, művészi kivitelü makroscopos és mikroskopos rajzban mutatja be azon elváltozásokat, anatomiai és histologiai képeket, melyek a gyakorlat szempontjából nélkülözhetetlenek.

Az általános részben a különböző vizsgáló eljárásokat ismerteti a használatos vizsgálati eszközökkel együtt. A részletes tárgyalások során a terhesség diagnosából kiindulva áttér a vetélés, molaterhesség és a méhenkivüli terhesség diagnosisára, a miközben nagy súlyt helyez az elkülönítő diagnosisra. Majd a méh és függelékek helyzetváltozásainak, valamint fejlődési rendellenességeinek ismertetése után a külső nemzőszervek megbetegedéseit taglálva, anatomiai sorrendben veszi a nemzőszervek egyéb részeinek betegségeit. Különcsoportosításban foglalkozik a nemzőszervek tuberculosisával és rosszindulatú daganataival, valamint külön fejezetet szentel a nőgyógyászat forensicus vonatkozásainak. Említésreméltó hogy fejtegetései során az emlő betegségeit, a bélrendszer fontosabb megbetegedéseit, amennyiben nőgyógyászati vonatkozásúak, szintén behatóan tárgyalja. Nagy fejezetet szentel a húgyivarszervek legkülönbözőbb betegségeinek, miközben a fontos urologiai vizsgáló módszerek methodikáját és alkalmazási körét ismerteti. A fluor diagnosisa után a különböző genitalis vérzések elkülönítő diagnosisát adja. E fejezetben nélkülözzük azon — ma már általánosan elfogadott — beosztást, amely *Schröder* munkáiban jutott kifejezésre. A metropathia haemorrhagica, a glandularis hyperplasia jelentősége nem domborodik ki a fejtegetésekből. Ujításnak tekinthetjük a könyv utolsó fejezetét, melyben a mütét közben nyerhető anatomiai képeket sorolja fel és megismertet azon szövődményekkel, melyek a mütét után szoktak kifejlődni.

A szerző világos okfejtése és különösen gyakorlatias felfogása élvezetessé teszi az olvasó számára a könyv tanulmányozását. Meggyőződésünk szernit nemcsak a gyakorló orvos, hanem a szakorvos is nagy haszonnal forgathatja és használhatja adott esetben nehezebb kérdések tisztázására is.

Batisweiler János.

Lehrbuch der Strahlentherapie IV. Gynäkologie. *Hans Meyer.* 1393. oldal, 415 kép, 17 szines tábla. (Urban és Schwarzenberg. Berlin—Wien. 1929. Ára: 98 M.)

Az utóbbi évek szakirodalmában mindig eseményt jelentett a Hans Meyer-féle tankönyv köteteinek megjelenése. 1925-ben nyitotta meg a sorozatot a sugaras kezelések általános részét tárgyaló kötet; ezt követte a sebészeti, majd a belgyógyászati sugártherapia kötete. A hatalmas mű negyedik része az előzőkhöz hasonló kitünő rendszerrel öleli fel a nőgyógyászat körébe vágó terjedelmes anyagot. Célul azt tűzi ki, hogy egyrészt tájékoztasson minden orvost a nőgyógyászati sugaras kezelési módszerek mai állásáról, másrészt megismertesse a gynäkologust a fejlődő tudomány legújabb eredményeivel; beavassa a radiologust a sugaras kezelések újabb indicatióiba; végül táborába gyüjtse azon nőorvosokat is, akik mindezideig elzárkóztak a sugaras kezelések alkalmazásától. A mű első kötetének négy évvel ezelőtt megjelent fizikai, technikai és biologiai fejezeteit e negyedik kötet hasonló tárgyról szóló részei célszerüen kiegészítik az utóbbi idők ezirányú vivmányaival. A radium fizikája, az atom és a quantum elmélet alapján nyert kellő méltatást. Elméletek fejtegetései azonban nem vonják el a figyelmet a legapróbb részletekig kidomborított gyakorlati elvektől: C. I. Gauss értekezik a myoma és metropathia haemorrhagica röntgen therapiájáról s behatóan mérlegeli az operativ és sugaras kezelés alkalmazását. A jóindulatú női megbetegedések radioaktiv anyagokkal való kezelése és a különleges indication alapuló sugártherapia fejezeteiben örömmel látjuk magyar szerzőink úttörő vizsgálatainak elismerését.

A kötet második része a rosszindulatú daganatok röntgen és radium therapiára helyezi a fősulyt. A genitalis és mamma carcinoma ellen való küzdelem minden momentuma felsorakozik, kezdve a szövettani vizsgálatoktól, az egyes iskolák kezelési módszerein át, a kellő dosis megválasztásáig. A radium alkalmazásának értékét kimerítő statisztika igazolja, hangsúlyozva az absolut indicatiókat röntgennel tartósan nem befolyásolható eseteknél. *R. Warnekros, H. Wintz, H. Holfelder* tollából kerültek ki a nagyértékü fejezetek, melyek a tumorok palliativ kezelésére is kiterjeszkednek. Igen tanulságos a sugaras kezelésből származható veszélyek és égések tünettana, számos színes tábla szemléltetésével. Végül a diathermiás és fénykezelések részletes ismertetése zárja be a müvet, mely valóságos gyüjtőmunkája minden haladni akaró orvosnak.

Végh dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület február 21-i ülése.

Bemutatások:

1. **Noszkay A.:** a) *Solitaer vese mellett beálló anuria különös oka.* 28 éves férfibetegnél egy év előtt baloldali nephrectomia történt vesetuberculosis miatt. Felvételkor tbc-s zsugorhólyagja van és jobboldalon reflux. A hólyag nyálkahártyája belövelt, több helyen fellazult. A beteg a gyakori vizelési ingerek csökkentésére 5% noviformanaesthesin paraffinolaj suspensióból 10 cm^3-t kap hetenként 1—2-szer. Hosszabb kezelés után a noviform a refluxx következtében feljutott az ureterbe és a vesemedencébe is, ahol megüllepedvén kis csomókká tapadt össze és obturálta az ureter lumenét, ami teljes anuriához vezetett. A Röntgen-felvétel a noviformot bismut tartalmánál fogva pontosan kimutatta, ezek az árnyékok köveknek imponáltak. Az anuriát egyszerü ureterkatheter felvezetésével meg lehet szüntetni, sőt a paraffines noviform is lassan eltávozott a vizelettel.

b) *Adat a vesekő feltünő gyors képződéséhez és növekedéséhez.* 32 éves férfibeteget j. o. ureterzárókő miatt megoperáltak (prof. *Rihmer*). Baloldalon a Röntgen követ nem mutatott, ellenben b. o. enyhe bact. coli pyelitise volt a betegnek. A mütét után a pyelitis nem javult, dacára a helyi mosásoknak és vaccinás kezelésnek. A betegnek az operált oldalon teljesen tiszta vizelete volt, távozásakor a b. o. pyelitis állandósult. Egyhónapi ambulans kezelés után újból felveszik, b. o. vesefájdalmak, láz miatt. Az újabb Röntgenfelvétel a b. o. vesemedencében diónyi intensiv kőárnyékot mutatott. Ez az árnyék tíz hét alatt, az utolsó negatív Röntgen-felvétel óta keletkezett. Pyelotomiával (prof. *Rihmer*) eltávolítják a követ. Azt demonstrálja, hogyha a kőképződés feltételei jelen vannak (infektio, pangás, phosphaturia), milyen hamarosan tud kő keletkezni a vesemedencében.

2. **Lax H.:** *Elektrokardiographikus felvételek a szív heterotop ingerképződésének befolyásolásáról.* Elektrokardiogrammokat mutat be, amelyeken sinusrithmus és alárendeltebb centrumokból kiinduló rithmus váltakozik. Szoros összefüggés állapítható meg a lélegzés fázisaival. A belégzés, mint vagustonuscsökkentő factor a sinusrithmusnak kedvez. A kilégzés az alárendelt centrumok müködését mozdítja elő. Más esetekben kamrai extrasystolék után lép fel hol egyik, hol másik centrum fölénye. Hangsúlyozza, hogy myocardiumlaesio mindezen esetekben nem volt kimutatható. A nodalis rithmussal járó egyidejü pitvar- és kamracontractio ép szívizom mellett keringési insufficientiához nem vezet.

3. **Polgár F.**: *Acranius (anencephalus) Röntgen-kórismézése szülés előtt.* Először gravid nő terhessége toxikus lefolyást mutatott, folytonos hányása és súlycsökkenése volt a terhesség utolsó hónapjaiban is. A röntgen-felvételen a magzati csigolyák sora mélyen benyomul a medence üregébe, a koponyaalap árnyéka megtalálható, de a koponyaboltozat hiányzik. A szülés spontán és simán, bár jelentős késéssel folyt le; az anencephal magzatról készült Röntgen-felvételeken demnostrálja a jellegzetes csontelváltozásokat. Hasonló röntgenlelet esetében jogos lehet a terhesség megszakítása.

Előadások:

1. **Göttche O.** és **Kellner B.**: *A magyar besugárzott ergosterin készítmények toxicitása.* Amikor *Kreitmair* és *Moll* vizsgálatai ismeretesek lettek, vagyis a nagy adagban adott vigantol toxikus hatása, akkor a legtöbb szerző azon az állásponton volt, hogy a túladagolási jelenség, ami a D-vitamin túladagolásának a következménye. Minél toxikusabb egy készítmény, annál nagyobb a gyógyító hatása is. Így keletkezett a „hypervitaminosis" fogalma. Ezt a nézetet legjobban *Windaus* nagyjelentőségű vizsgálatai egészen megingatták, *Windaus* ugyanis a toxicus és therapiás hatást el tudta egymástól különíteni chemiai úton. Szerzők 3 magyar gyár: Richter, Chinoin, Arnea photo-ergosterin készítményének vizsgálták meg a toxicitását, összehasonlítva őket a Merk és I. G. Pharma „Vigantol"-jával. Azt találták, hogy fehér (100—140 gr súlyú) patkányokon a különféle készítmények toxikus adagja más és más. *Waltner* standardszámait véve összehasonlítási alapul, feltünő eltérést találtak egyes készítmények gyógyító és toxikus adagja között, amiből azt a következtetést kellett levonniok, hogy itt tényleg nem D-vitasterin hatásról, de egy különálló toxikosisról van szó. Hogy a D-vitasterint a „toxosterin"-től teljesen isolálni lehetséges-e vagy sem, az kérdéses. Eddig exakte kimutatható atoxikus praeparatumot nem állítottak elö, hiszen még a közönséges csukamájolaj is toxikusnak bizonyult. A csecsemök és kisgyermekek eddigi therapiás adagjai eddig sem idéztek elő egy készítménynél sem kimutatható toxikus elváltozásokat. Az egész adagolás kérdését majd a photo-ergosterin pontosabb chemiai vizsgálata fogja tisztázni.

Pikler L.: Néhány évvel ezelött a Bródy-kórházban észlelte a renalis vigantol-károsítás egy esetét. E jelenség a magyar viosterin gyakori adagolásánál sohasem volt észlelhető. Az egyforma antirachitikus titerü, de különböző toxicitást mutató két készítmény az antirachitikus activ anyag és a toxikus factor anyagi különbözőségére utal s a hypervitaminosis elmélete ellen szól. A külföldi, német, angol, amerikai és francia irodalom részletes methodikai átvizsgálása alkalmával szerzönek feltünt, hogy a toxicitásról beszámoló német szerzök magas koncentrációjú vigantol-oldatokkal dolgoztak. Magas koncentrációjú ergosterinoldatok a provitamin túlsugárzása és a vitamin messzemenő molekuláris átalakítása nélkül nem állíthatók elö. A toxikus factor mindenesetre a photoproduktumban van. Az ergosterin oldékonysága a pastillák készítésénél nem fontos, ezek az ergosterin erösebb besugárzása nélkül is készíthetök. Ezért és az olajos oldatok egyéb hátrányai miatt a pastillák használatát az olajos oldatokénál célszerübbnek véli.

2. **Zárday I.**, **Razgha A.** és **Zilahy M.**: *Az aortanyomás klinikai meghatározása.* A vérnyomásmérés egyik alaptétele az, hogy a manchetta felfuvása alkalmával a pulsus eltünése az arteria elzáródását jelenti. Benczur kimutatta, hogy a pulsus eltünése után is jelentékeny nyomás van még jelen az ujjarteriákban, tehát a manchetta csak a pulsáló áramot alakította continussá. A szerzök *Rusznyák* és *Gönczy* vizsgálataira támaszkodva új methodust dolgoztak ki az aortaoldalnyomás klinikai meghatározására: Ha a felkarvenák teljes compressiója révén a kar érrendszerében álló véroszlopot hoztunk létre, akkor ez az art. subclavia (practice-aorta) piezometeréül szolgál. Ezen piezometer nyomása pedig leolvasható a vena cubitalisba szúrt canule-re szerelt manometeren. Az álló véroszlop létrehozására oly manchettabeli nyomással kell a felkart comprimálnunk, amely a vékonyfalu venákat teljesen elzárja, a vastagfalu arteriát azonban nem. Az arteria elzárását a venanyomás süllyedése (transsudatio etc.) jelzi. A süllyedés megindulása elötti pillanatban mért venanyomás egyenlő tehát a beteg aortanyomásával. Mindezen tényezöket állatkísérlettel igazolják. Az így megállapított aortanyomás (A. Ny.) a normalis esetekben megegyezik a RR-nyomással, „Hochdruckstauung"-nál (card. decompens.) nagyobb, arteriosclerosisnál stb. pedig kisebb annál (maximalis differentia 57 Hgmm). A venanyomás süllyedése (= az art. elzárása) az esetek nagy részében a beteg systolés nyomásánál lényegesen magasabb (105 mm max. differentia) manchettabeli nyomásnál következik be. Az RR-methodus segítségével nyert számadatok tehát nem arányosak a vérnyomás értékeivel, hanem csak azt az erőt jelzik, amelyik adott manchettaszélesség mellett a pulsáló áramot continuussá alakítja.

Közkórházi Orvostársulat február 18-i ülése.

Demjanovics E. üléselnök kegyeletes szavakban emlékezik meg *Keményffi Gyula*, a társulat régi tagjának elhúnytáról.

Bemutatások:

Horváth M.: *Egy orthopaediai esetből levonható tanulságok.* Egy az alsó végtag kiterjedt bénulása miatt más által operált beteget mutat be, akinél — dacára a technikailag kitünően végzett merevítő mütétnek — a végtag müködése még rosszabb lett, mert figyelmen kivül hagyták az alsó végtag mechanikáját.

Szilágyi J.: *Többszörös gumma esete.* 47 éves nőbeteg. Hat gyermeke él, egészséges. A hetedik 7 éves korában megbolondult és meghalt. A bal supra és infraclavi cularis árokban egy-egy diónyi fájdalmatlan képlet, melyek közül a felső kissé elődomborodik, kékesvörös színü, körülírt, centralis lágyulást mutat. Az alsó exulcerált. Itt pengősnyi meredekszélü, genyes, törmelékes alapú fekély látható, melynek szélei kissé infiltráltak, az alapja a környezettel nem összekapaszkodott. A jobb felkaron pengősnyi heg. Jól látható a gumma fejlődésének a második, harmadik és negyedik stadiuma.

Nagy A.: *Terhességi diabetes esete.* 31 éves nőbeteget diabetes mellinus kórjelzéssel küldtek be acetonuriával. A VI. hónapban levő gravidánál tényleg fennáll aglykosuria vegyes étrend mellett, amely azonban nem nagyfokú és acetonuria is megjelenik a szénhydratok megvonására, valamint bő fehérje étrend után. Azonban a vizelet mennyisége többnyire csekély, bár fajsúlya magas és a várcukorérték éhgyomorra mindég normalis. Az alkalitartalék sem fogyott meg diabetesre jellegzően. Per os adott szölöcukrot 6 óra alatt kiválaszt és utána a vizelet cukormentes lett. Azonban a per os adott 50 gr szölöcukor megterhelésre a vércukor meredeken felszáll és 2 óra mulva még a normalis fölött marad. Ez azonban a diabetes mellett még nem bizonyít, mert terheseknél így viselkedhet; azonfelül számos betegségben is vontatott lehet a görbe, amely inkább az acetonuriával együtt a máj laesiojára enged következtetni. A diabetes klinikai tünetei is hiányoztak, úgyhogy a megbetegedést terhességi glykosuriának kellett felvenni.

Torday A.: A bemutatott eset azért érdekes, mert nem lehet tisztán renalis glykosuriának felvenni és bizonyos tünetek a májpankreás functionalis zavara mellett hozhatók fel. Ezek: a glykosuria szénhydratmegszorítással befolyásolható, per os adott szölöcukorra a vizelet cukortartalma 4%-ra emelkedik, a vércukorgörbe pedig 2 óra után is még mindég 150 mgr. százalék. Ezért az anyagcsere mélyebb zavarára is gondolni lehet. Különösen a máj sérülése állapítható meg a vércukorgörbe és az acetonuria alapján. A valóságos diabetes ellen szól a klinikai tünetek hiánya, a csekély mennyiségü cukor olykor a teljes cukormentesség vegyes étrend mellett is és a vércukor normalis volta éhgyomorra. Az acetonuria a terhességgel összefüggő jelenség, amely kérdéssel hazánkban *Szarka Sándor* foglalkozott s azt találta, hogy a növekedés a szülés utáni állapothoz képest 40.9% fokozódott. Ennek okát *Schotter* a hiányos tápfelvételnek és a nagyobb anyagelhasználásnak tulajdonítja, *Stolz* a növekedő colostrumból történő zsírfelszívódásnak, *Novak* és *Porges*, *Ribi* és *Lichtmann* a táplálék szénhydrat szegénységének és hogy a tolerantia alacsonyabb színvonalra van beállítva, *Klesettel* szerint is több szénhydrat kell a terhesség alatt a zsírok elégéséhez.

Kramer P.: Nagyon nehéz eldönteni, hogy egy glykosuria insularis vagy extrainsularis-e. Néha hónapokon át folytatott rendszeres vizsgálatokkal is lehetetlen. Analóg terhességi glykosuriát észlelt 1½ éven át, hol a terhesség müvi megszakítása után jó tolerantia normoglykaemia és teljes aglykosuria mellett a megterhelési görbék teljesen pathologiás lefolyást mutattak még hónapokig. A glykosuria insularis jellege ellen volt már kezdetben is az állandó normaglykaemia és az insularis resistentia. Másfél év mulva az összes anyagcserevizsgálatok normalis eredményt adtak.

Scheitz L.: *A choledochus-kövekről.* Kézirat nem érkezett.

Rosenák I.: *A Kruckenberg-kéz.* Kézirat nem érkezett.

Az Apponyi Poliklinika Orvosai Tudományos Társulatának január 23-i ülése.

Bemutatások:

Engel S.: *Ostitis cystica humeri.* 15 éves tanuló tornázás alatt lezuhan és eszméletét veszti. Utána karja teljesen fájdalmatlan. Röntgenvizsgálat a trauma után két héttel: a bal felkarcsont fejében, az epiphysis vonal alatt tojásnyi csontcysta, a corticalis papírvékony és spiralisan el van törve, dislocatio nincsen. A törvégek consolidatiója után röntgentherapia. Bemutat egy ostitis cysticát a femur nyakban, mely három besugárzás után teljesen gyógyult.

2. *Multiplex diverticulumok a nyelőcső alsó szakaszában.* 50 éves férfinél a cardia felett két ujjal, négy gyufafejnyi borsónyi kis diverticulum volt található, melyek nagyságukat rendkívül szeszélyesen változtatták. (Functionalis diverticulumok). *Bársony* megfigyeléseivel egyezően a diverticulumok aboralisan a béltractusban organicus elváltozást találtak.

3. **Epstein T.:** *Máltaláz esete.* 28 éves beteg megbetegedése előtt két hónappal tért vissza Malta szigetéről. Intermittáló láz, kemény léptumor, bradycardia, leukopenia lympho- és monocystosissal, aneosinophilia, a lázas állapot mellett jó közérzet és jól megtartott erőbeli és tápláltsági állapot. Complicatióképen ízületi duzzanatok mellett perisplenitis lépett fel. *Bang* agglutinatio 3200-as higításig positiv volt, két ízben kitenyésztették a micrococus melitensist *(Gozony).* A beteg egy hetes megszakítással nyolc hétig volt lázas, collargol, pyramidon és autovaccina kezelés után öt hete láztalan.

Előadások:

1. **Epstein T.:** *A higanyos húgyhajtók rectalis alkalmazásáról.* A higanyos diureticumok hatásmechanismusát kutató vizsgálataik közben kísérelték meg a novurit, salyrgan enteralis alkalmazását. A gyomorba és duodeumba vitt higanyos húgyhajtó híg oldatban is hányingert, hányást vált ki és a gyomor- és duodeumnedv hatására elbomlik, diureticus hatást nem fejt ki. Rectalis mikroklysmaban 100 cm^3 vízben 4—6 cm. novuritot vagy salyrgant alkalmaztak. A végbélnyálkahártya izgalmát, tenesmust, gyulladást, sorozatos adagolás után sem láttak. A diuresis foka megközelíti az injectiós formában bevitt higany diureticus hatását. A diuresis egyenletes, gyakran másnapra is elhúzódik, nem oly gyors lefolyású, mint injectiós alkalmazás után. Miután a clysmákat a beteg önmagának is beadhatja, alkalmazása célszerű decompensatióknál a víz retentio meggátlására, hydrophil adipositásnál soványításra. Refractaer esetekben ammonium chloratumos előkezeléssel sikerül megfelelő hatást elérni.

2. **Lazarovits L.:** *A constitutio szerepe a késői syphilises megbetegedések, elsősorban az aortitis syphilitica keletkezésében.* A syphilis lefolyása az emberi szervezetben három főtényezőtől függ: 1. a constitutiótól; 2. a spirocheta virulentiájától; 3. a gyógykezeléstől. Előadó a constitutio szerepét vizsgálta. *Kretschmer* beosztása alapján három főtypust vesz fel a leptosom, picnicus és atléta typust. Olyan 200 férfi és 100 nőbeteget vizsgált, akiknek lueticus fertőzése óta legalább 10 év telt el. A méréseket *R. Martins* anthropometriai előírása szerint végezte. Az eredmények mindkét nemnél egybehangzóan azt mutatták, hogy az atléta typusnál 45, 5%-ban a betegség évtizedek után is latens marad vagy meggyógyult. Prognosis szempontjából a legrosszabb eredményt a picnicus typus mutatta, hol mindössze 25% maradt latens. Az aortitis előfordulását vizsgálva azt találta, hogy a picnicus typus nagyon hajlamosít syphilis jelenlétében aortitisre. Picnicus typusú betegeinek 50%-a kapott aortitist, ami kétszerese az atlétáknál előforduló aortitisnek és háromszorosa a leptoson typusnál előfordultaknak. 100 aortitises férfi és nő közül 57% került ki a picnicus, viszont mindössze 10% a leptosom typusból. Mindezek az adatok arra mutatnak, hogy a késői lueticus elváltozások kifejlődésében legnagyobb szerepe az egyén constitutiójának van.

Józsa J.: Régebbi vizsgálatainak eredményei nagyjában megegyeznek az előadottakkal. Véleménye szerint azonban a tárgyalt megbetegedések pathogenesisében az alkati dispositio mellett lényeges szerep jut conditionalis tényezőknek is.

Magyar Urológiai Társaság január 26-i ülése.

Előadás.

1. **Schmidt A.:** *Vesegümőkór és vesekő együttes előfordulása.* Két esetet ismertet, egyiknél kétoldali vesegümőkór mellett beékelt ureterkövet távolított el, a másiknál pedig korallköves gümös vesét. Mindkettő simán gyógyult. Esetei s irodalmi adatok kapcsán méltatja a két megbetegedés együttes előfordulását és az ezeknél követendő eljárásokat. Gümőkóros köves vese a másik ép vese mellett eltávolítandó. Ha a két megbetegedés külön van a két szervben, előbb a köves vese operálandó. Kétoldali gümőkórnál a követ csak feltétlen szükség mellett (kőbeékelődés) távolítjuk el.

Dózsa J.: Az urologiai klinikán operált 800 vesegümőkór eset kapcsán a gümőkórnak kővel való szövődését csak néhány esetben észlelték, ami a két megbetegedés együttes előfordulásának ritkasága mellett szól. Négy esetet ismertet: 1.-nél a kő cavernás gümös vese felső kelyhében foglalt helyet, a 2. esetben a beteg solitaer gümös veséjével volt két kis kő, a 3.-nál a kő, a gümös vese ureterének legalsó szakaszában volt beékelődve, a 4. esetben pedig az egyik vese degeneratio massivája mellett a kő a másik vesében volt megtalálható. Az ismertetett eseteken kívül több olyan röntgenképet demonstrál, hol a gümös vesében köre gyanús árnyék volt látható s hol a vese elzáródása következtében a hólyag elváltozásai nem voltak gümőgórra jellegzetesek.

Rihmer B.: 20 év előtt, elmeszesedett caverna röntgenképét mutatta be. Az eset nephrectomiára került, a vesében regressiv elváltozások voltak. Mastixos vesében is találunk carbonatos kicsapódást. Vesegümőkór és kő együttes esetében phosphat-carbonat köveket találtunk.. A gümös vizelet savi vegyhatású, ennek dacára regressiv elváltozásokhoz phosphat-carbonatos kiválasztás és ugyanilyen vegyalkatú kőképződés társulhat, ami ugyanazon folyamatnak tekintendő. A mészkiválasztás gyógyulási folyamat, a gümös góc termeli, mely többször ennek elmeszedéséhez, máskor kőképződéshez vezet.

2. **Hentz L.:** *Medencetöréshez társult húgycsőszakadás, symphisisvarrathoz társuló húgycsőkővel és teljes incontinentiával. Műtét és annak eredménye.* 38 éves nőnél szemérem és farcsonttöréshez társuló húgycsőszakadás állott fenn, a húgycsövet usuráló symphisisvarrat körül képződött húgycsőkővel. A húgycső symphisis alatti részének felső fala rupturalt és heggel gyógyult. A sebészeti osztályon laparatomiát végeztek, mert állandó vizelet-csepegése volt. A varrat és kő eltávolítása után a beteg, teljesen incontinens maradt. *Rihmer* prof. a húgycső egész hosszában urethroplicatiót, illetve Albarran-féle sarkanytú-képzést végzett. A beteg 3 hó mulva vizeletét 3 óráig tudja tartani, 300 grm-os continentia mellett.

Herman J.: A húgycsőszakadás tünetei annyira kézenfekvők és egyértelműek, hogy ilyen irányú röntgen-vizsgálatra rendszeresen nincsen szükség. Az urologiai klinikán egy sokáig panaszmentes gátsérülés után fellépő húgycsősipoly localizálása alkalmával a contrast-anyag egészben az urethran kívül sugárszerűen terült szét a gát szövetei között. A jellegzetes kép csak ritkán kerül észlelésre.

3. **Faragó Zs.:** *A reflectoricus anuria kérdéséről több eset kapcsán.* 4 esete kapcsán foglalkozik a reflectoricus anuria keletkezésével és mechanismusával. Két esetben nephrectomia után lépett fel anuria, olyan egyéneknél, kiknél a visszamaradt vese normalis működésű volt. 3.-ik esetben egyoldali ureterkő-elzáródás, — a 4.-ik esetben gynecologiai műtétnél történt ureter-lekötés váltott ki a másik vesében anuriát. Azokkal szemben, kik állatkísérletekre támaszkodva a reflectoricus anuriát tagadják, esetei pontos klinikai észlelése alapján, a reflectoricus anuris lehetősége mellett foglal állást. Foglalkozik a vese beidegzésével és reflectoricus befolyásolhatóságával s a reno-renalis reflexxel. Eseteiben az anuriát contralateralis reflex hatással magyarázza.

Farkas I.: 3 észlelt esete kapcsán arra a következtetésre jut, hogy a reflectoricus anuriák többségében, az egészségesnek tartott vesében is vannak kóros elváltozások, amelyek azonban functiós vizsgálati eljárásainkkal nem mutathatók ki. A beidegzés azonban kétségtelenül nagy jelentősége van. Felhívja a figyelmet az 5—10%-os szőllőcukor-infusiók jótékony hatására.

Egyedi D.: Esetében egyik ureternek véralvadékkal történt elzáródása okozott 72 órás anuriát. Salyrgannal előidézett polyuria a véralvadék kilöködéséhez és a diuresis megindulásához vezetett.

Mező B.: Kiss Ferenc anatomiai tanulmányaira utal, melyek szerint a vese beidegzésében csupán sympaticus idegrostok szerepelnek. A reno-renalis reflex pályáját illetőleg, ennek útja nem csupán a gerincvelőn keresztül, hanem a dús hasúri fonatokon, ill. a ganglion coeliacumon keresztül is elképzelhető. A műtétek utáni reflectoricus olyguria, ill. anuria keletkezését a sympaticus rostok izgalmában látja.

Illyés G.: A reflectoricus anuriának csak két esetét kívánja itt felemlíteni, ezekről röviden referál. Az első esetben 47 éves férfit hoztak hozzá 48 órás anuriával. A jobb

oldalon ureter-catheterrel 10 cm-re akadályt tapintott, a másik oldalon azonban 26 cm-re fel tudott menni. A diuresis azonnal megindult. Az életveszély megoldása után kiderült, hogy a jobb uretert kő zárta el. Egy év mulva ismét 3 napos anuriába került a beteg. Jobb oldali ureterotomiával eltávolította a követ. 1924-ben újabb anuria, majd 1925-ben eltávolította a rossz vesét és azóta, tehát már több mint 5 év óta, a beteg teljesen rendben van. A másik esetben 62 éves férfi 48 órás anuriával jelentkezett. Az ureter-katheterezés és röntgen jobb oldali köves elzáródást mutatott. Bal oldalt simán fel lehetett hatolni, a diuresis megindult és a kő később spontán távozott. A reflectoricus anuria kérdésének megítélésében igen rigorozusnak kell lenni. Igy az első esetben is esetleg arra lehet gondolni, hogy az összeálló urathomok, vagy az emiatt beálló ureterspasmus váltotta ki az anuriát. Ez ellen szólt az, hogy mióta a betegnek csak egy veséje van, anuria nem állott be, holott a homok-képződésnek még inkább meg lett volna a feltétele. *Faragó* tagtárs szép és értékes előadásában két esetét nem látja tisztázottnak. A vese-tbc.-nél a másik vesében toxicus nephritis állhatott fenn. A másik esetben pedig csak macroscopicus sectio történt és így, mint az előadó maga is megemlítette, nem lehetett kizárni a vesében microscopicus elváltozásokat. *Farkas* esete nem tartozik ide, minthogy az egyik beteg a műtét után lassan kifejlődő uraemiában pusztult el. A kérdés épen azért olyan zavaros, mert sok ide nem tartozó esete hoznak össze.

Hogy reflex létezik, azt bizonyítja a kétségtelenül kimutatható a renorenalis és renovesicalis reflex jelenléte; ismerjük a veseköves kólikához csatlakozó ileust is. *Neuwirtnek* sikerült splanchnicusanaesthesiával a spasmust és az anuriát megszüntetni, hogy *Farkasnak* ez nem sikerült, ez is azt bizonyítja hogy esete nem volt reflectoricus anuria. Tény, hogy a splanchnicus átvágása a vesében hyperaemiát, izgatása ischaemiát okoz, tehát áttevődés a ganglion coeliacumon keresztül létezik. Tény továbbá az is, hogy teljesen egészséges vesénél reflex-anuria nem fordul elő.

Faragó Zs.: A toxicus nephritisre vonatkozólag megjegyzi, hogy sem a műtét előtt, sem utána nem lehetett semmiféle elváltozást kimutatni és így a toxicus nephritis felvételére támpont nem merült fel.

Királyi Orvosegyesület orr- és gégeszakosztályának január 27-iki ülése.

Elnök köszönetet mond a tisztikarnak ügybuzgó támogatásáért, amellyel nagyban elősegítették a szakosztály eredményes működését. Ajánlja, hogy a nagyobb érdeklődés felkeltése és a tudományos munkásság előmozdítása érdekében egyes themákról a jövőben összefoglaló előadások tartassanak. Kéri a titkárt beszámolójának megtartására.

Dörner titkár jelentésében beszámol a szakosztály működéséről.

Jelentős esemény, hogy a nemzetközi rhinoscleroma társaság felhívására magyar bizottság alakult, melynek magyarországi elnökei *Lénárt* és *Neuber* professorok. A szakosztály *Lénárt* prof. indítványára bizottsági tagokul rajta kívül *Paunz, Safranek, Pollacsek, Kelemen* és *Laub* tagtársakat választotta meg.

Jelenti, hogy az Orvosi Hetilap, amely eddig a szakosztály tudományos üléseinek jegyzőkönyveit díjtalanul közölte, a jövőben ezen közlésekért hasábonként 20 pengőt kér. Miután a jegyzőkönyvek közlése a szakosztály tudományos működésének igen lényeges kiegészítő részét képezi, a szakosztály úgy határozott, hogy az anyagi áldozatot meghozza és a költségek fedezését a tagdíjakból befolyt összegekből teremti elő.

Végül megemlékezik *Lichtneckert István* tagtárs elhunytáról.

Hohenburger pénztárosi jelentése után. az elnök a maga és a tisztikar nevében beadja a lemondását.

Lipscher korelnök a régi tisztikarnak újabb két évre való megválasztását indítványozza.

A szakosztály az indítványt egyhangúlag elfogadja, mely szerint elnök: *Paunz M.*, titkár: *Dörner D.*, jegyző: *Campián A.*, pénztáros: *Hohenburger E.*

Jegyző felolvassa a V. d. ung. ärztl. Gesellsch. levelét, melyben 200 pengő segélyt kér. *Lipscher* hivatkozással a szakosztály súlyos anyagi helyzetére, a kérést nem tartja teljesíthetőnek. A szakosztály ilyen értelemben határoz.

Bemutatások:

1. **Laub L.:** *Megnagyobbodott thymus okozta stridor röntgen besugárzással gyógyult esete.* 28 hónapos fiúgyermek erős stridorral és fuldoklási rohamokkal jelentkezik. A gége vizsgálat negativ lévén, trachealis compressiót vesz fel. Intézeti elhelyezés. A röntgen felvétel megnagyobbodott thymust mutatott. A légcső compressiós tünetei röntgen besugárzásra 24 óra múlva teljesen megszüntek. Életveszély esetén azonnali légcsőmetszés, a thymus resectiója vagy ektopexiája válhatik szükségessé.

Paunz M.: A bemutatott esetet ismeri. Nem valószínű, hogy csak a thymus okozta az észlelt tüneteket, hanem inkább a tracheo-bronchialis nyirokmirigyek hyperplasiája. Emellett szól az, hogy a thymus leginkább csak az első életévben okozza a trachea compressióját és az, hogy a tünetek pneumonia után fejlődtek. A röntgen kezelés úgy a thymus, mint a tracho-bronchialis mirigyek hyperplasiájára egyaránt jó hatással van.

2. **Stamberger I.:** *Beékelődött idegen test esete kilenc hónapos csecsemő gégéjében.* A csecsemőt croup laryngis kórismével szállították be. Intubálásnál akadály volt érezhető a gégében. Tracheotomia. Direct laryngoscopiával, melyet a Jackson-féle directoscoppal végzett, egy lapjával felfelé néző és a hangszalagok alatt beékelődött csontdarab volt látható. A Jackson-féle directoskop segítségével a csontot eltávolította. Az eszköz kis gyermekek vizsgálatára és kisebb mütéti beavatkozásokra a gégében igen alkalmas.

Paunz M.: Kilenc esetben végzett direct laryngoscopiát kis gyermekeknél a gégében megakadt idegen testek (vaskapocs, csont, tojáshéj, stb.) eltávolítására, minden egyes esetben előzetes tracheotomia nélkül, teljes eredménnyel. A beavatkozás nyugodt és biztos elvégzéséhez mély chloroform narcosisra van szükség.

A Magyar Orvosok Röntgenegyesületének január 28-i ülése.

Előadás.

1. **Herman J.:** *Cellophan használata röntgen vázlatrajzokhoz.*

A cellophan olyan átlátszó, mint az üveglap s az átvilágító ernyőre helyezve a röntgen képet tökéletesen átereszti. Dermographal, töltőtollal lehet rá rajzolni. Orthoröntgenogrammok, gyomort-tüdő vázlatok készítésére igen alkalmas. Segítségével még nedves filmekről is jó vázlatot készíthetünk, a fotoanyag sérülése nélkül. Ajánlja e módszert a gyakorlatban való kipróbálásra, mivel használatával sok időt nyerhetünk.

2. **Gaál A.:** *Pericarditis calcarificata.*

A bemutató egy rendkívüli nagykiterjedésű mészlerkodással járó pericarditisről számol be, amelynek keletkezése egy 35 évvel ezelőtt fennállott tüdőgyulladás és az ahhoz társult pericarditisben keresendő. A szívnek a környezettel való összenövése és a szivet páncélszerűen körülfogó mészlerakódás a szívizom munkáját nagymértékben akadályozza, amely munkamegterhelés az ugyancsak valószínűleg a régi tüdőgyulladással összefüggő billentyűhibával együtt jelenleg a szív decompensatiójához vezetett. A diagnosis nem volt kétes, a differentiálás azonban már nagyobb körültekintést igényelhet olyan esetekben, ahol az elváltozás nem annyira kifejezett, annál is inkább, mert ezen a környéken egyéb helyeken is létrejöhet mészlerakódás. Ennek demonstrálására szolgál a bemutatott baloldali interlobárisan székelő mészlerakódás is, amely úgy elhelyezkedésénél, mint kiterjedséénél fogva könnyen kelthette azt a feltevést, mintha a pericardiummal összefüggő mészlerakódásról lett volna szó.

3. **Ollé I.:** Egyszerű mód nyelőcsőbe szorult pénzérem eltávolítására. Irodalmi közlések, de saját tapasztalata szerint is oesophagoskopia útján ritkán sikerül a lenyult és a nyelőcsőben megrekedt pénzérméket kiemelni, mert azok túlnyomó részben letolatnak a gyomorba. A röntgen átvilágítás lehetővé teszi a régi *Gräfe-* és *Kirmisson*-féle pénzfogóknak a szemellenőrzése melletti alkalmazását. Az átvilágító ernyőn a lenyelt pénzérmét élre állítjuk a kiemelővel párvonalosan, ezáltal kockázat nélkül azt a pénz mögé tolhatjuk, és beakasztás után kihúzhatjuk. A *Gräfe*-féle eszköz elavult, mert na egyszer a pénz mögé került, már csak azzal együtt húzható ki. *Kirmisson*-féle visszatolás és átforgatás útján ki nem emelhető pénzérem visszahagyásával is eltávolítható. Ily módon 10 nap előtt lenyelt és kardia felett fennakadt 20 fillérest a legnagyobb könnyedtséggel távolított el, holott a gyermeknél előzőleg három helyen is eredménytelen oesophagoskopiát végeztek, a lenyelt pénzdarabot sem kiemelni, sem a gyomorba letolni nem tudták.

Jakob M.: A nürnbergi ollóhoz hasonló hajlékony eszközzel sok esetben vett ki pénzdarabokat a nyelőcsőből.

4. **Györgyi G.:** *A colon reliefvizsgálatának diagnostikai jelentősége.* A vastagbél nyálkahártyaredőzetének tanulmányozása fontos kiegészítője a tápcsatorna modern röntgendiagnostikájának. A passage-vizsgálat alkalmával, a helyzetváltozásoktól és a passagezavart okozó akadályoktól eltekintve, csupán a vastagbélnek a muscularis propriához kötött functionalis sajátságai figyelhetők meg; a bél contourjait tanulmányozó contrastbeöntéses vizsgálat segítségével pedig csak durva, nagy kiterjedésű elváltozások állapíthatók meg, anélkül, hogy ezek közelebbi meghatározásához e vizsgálat minden esetben biztos támpontot nyujtana. A reliefvizsgálat alkalmazását legfőképpen a tumorok korai felismerésének kizárólag e módszer által való lehetősége indokolja. A bemutatott esetek egy részénél a vastagbél nyálkahártyaredőzete kórosnak tekinthető elváltozást nem mutatott. A klinikailag hasmenéses colitisnek megfelelő esetekben a nyálkahártya rajzolata igen változatos képet ad: a redőzet az esetek egy részében a normalisnál sürübb, más részénél a normalisnál ritkább; a redők lefutásának iránya is megváltozhat. A descendens rajzolata vagy hosszirányú rajzolatból áll, vagy pedig teljesen eltünik, amikor is a descendens sima falú cső képét adja; más esetekben méhsejtrendszerre emlékeztető rajzolatot mutat. Az ascendens területén a redőzetes rajzolat helyét — a gyulladásos pseudopolyposisra utaló — szemcsézettség válthatja fel. Az obstipatiós esetek túlnyomó többségére a descendens és a sigma, esetleg a transversum kifejezetten harántirányú redőzete jellemző. E harántirányú redők önmagukban is jelentékeny akadályai lehetnek a bélbennék tovahaladásának, a muscularis propria hozzájáruló spasmusaival együtt a bél lumenét átmenetileg el is zárhatják. Mélyen ülő functionalis akadálynál a muscularis propria contraháló képessége — a proximalis bélszakaszon — csökkent lehet. E kissé tágult vastagbeleknek a pép lebocsátása után collabáló, azonban gyengén contraháló falai között megtapadó contrasanyag a normalis redőzet képét igen demonstrativan tünteti elő. A tumorok kiterjedésének meghatározására, valamint a tumorok functionalis eredetü árnyékkiesésektől való elkülönítésére a reliefvizsgálat a legcélravezetőbb eljárás.

Gaál A.: Nagyon jól tudjuk, hogy a vastagbelek megbetegedéseinél mily nehézséggel küzdünk a röntgendiagnosis felállításánál és éppen ezért minden olyan irányú próbálkozást, ami ezen nehézségeken segit, csak örömmel kell fogadni. A belek nyálkahártyarelief vizsgálatával Németországban és másutt is már több év óta foglalkoznak, az eddigi próbálkozásoknak azonban, amint tudjuk, föleg technikai nehézségek miatt nem volt meg a kielégitő eredményük. Az előadó által kidolgozott eljárás ezen technikai nehézségek legnagyobb részét kiküszöböli és ezért alkalmas arra, hogy ennek segitségével a vastagbelek röntgendiagnostikáját eredményesebben müvelhessük.

Ratkóczi N.: Klinikai osztályán folyó reliefvizsgálatok célja az új módszer felismerése s bőséges tapasztalatok gyüjtése diagnosticai értékére vonatkozólag. A colon carcinomák korai felismerésére máris kitünően bevált. Reméli, hogy a reliefvizsgálatok sok problémát fognak megoldani, a colon diagnostikájában.

A Magyar Szemorvostársaság január 30-i ülése.

Bemutatások:

1 **Rötth A.:** *Molluscum-conjunctivitis.* Fiatal leány alsó szemhéjszélén egy molluscum, a beszüremkedett kötőhártyán sok csomó mindkét áthajlásban és a plicán, typicus trachomás kép. A molluscum eltávolítása után két hónappal kezelés nélkül csaknem gyógyult. Az irodalmi adatokkal egyező eset. Lehetőségére a trachoma diagnosisánál gondolni kell. A kaparékban záradéktestek nem voltak.

2. **Fejér Gy.:** *Haemangioma palpebrae gyógyitott esete.* 21 éves leány szemhéjangiomáját kétszeri alkoholinjectióval (80%) meggyógyitotta. Az angioma helyén normalis kinézésü megvastagodott börrészlet maradt vissza.

3. **Nónay T.:** *Angiopathia traumatica retinae ad maculam.* 40. éves bányásznak egy kb. 10 kg-os fatuskó esett a feje tetejére. Eszméletét nem vesztette el, egy órával később észrevette, hogy jobb szemén alig lát. A hatodik napon került az Állami Szemkórházba, amikor szemlelete ez volt: Jobb szemfenék: papilla ép, az élénk piros fovea centralis körül kb. 10 papillányi területen a retina fehér, oedemás, kiemelkedő. Bal szem ép. Látása: j. sz.: 1.5 m. ujj olvasás, b. sz.: 5/5. A szemfenéki elváltozások kezelés nélkül két hónap alatt teljesen eltüntek, látás 5/40-re javult. Az eset lényegében hasonlit a bemutató által 3 év előtt közölt esettel. Két esetének tanulságai alapján *Purt—Scher*-rel és *Vogt*-tal együtt a szemfenéken talált fehér mezőket az intracranialis nyomás hirtelen fokozódása folytán előállott lymphorrhagiáknak tartja.

Előadások:

1. **Csapody I.:** *A szemzug szallag megereszkedése, blepharophimosis medialis senilis.*

A belső szemzúgi szallag megereszkedése is okozhat blepharophimosist. Ezzel is ectropium jár, amely azonban ellentétben a külső zúg megereszkedését követő kifordulással — nem a belső, hanem a külső oldalon kezdődik. A két szemzúg felfüggesztésében a szemhéj-mechanismust illetőleg nincs lényeges, csak fokozati különbség. A belső szemzúgi szallag megrövidítése megszüntette a szemhéj elállását és a szemhéj hossza is normalis lett.

2. **Schneider K.:** *Saját serummal való kezelés szemtuberculosis ellen.*

Jancsó Istvánnak az O. H.-ban közölt cikke nyomán próbálta ki a II. sz. szemklinikán a saját serum-kezelést 21 esetben. A kezelés menete: első héten 3—4 intramuscularis véreinjectiót ad. A II. héten 100 ccm vérvétel útján nyert 30—40 ccm savót fecskendezi vissza a venába 10 ccm-es adagokban másodnaponkint. A III. hét pihenés. A IV. héten megismétli a három savó injectiót, ötödik héten szünet. VI. héten újabb vérvétel és 3—4 savóinjectio. Az eseteknek kb. 50%-ban gyógyulást, ill. javulást észlelt. A betegek más kezelést nem kaptak. Hogy a hatás specificus vagy nem specificus ingertherapiára vezetendő-e vissza, efelett dönteni még korai volna.

vitéz Jancsó I. (mint vendég): Ajánlott kezelésének lényege, hogy csak 3—4 vérinjectio után térjünk át a serumozásra. Ezáltal kikerülhetünk esetleges nagy lázreactiókat. A serumozáshoz 8—10 naponkint 10—100 ccm vért veszünk és 24 órai állás után a nyert serumból a kezelést tmásodnaponkint intravenásan végezzük. A kezelés tartamát nem az injectiók száma, hanem a kóros elváltozás viselkedése határozza meg. Belbetegek kezelési ideje néha a 6 hónapot is meghaladja. Valószinü, hogy a szem tbc-s betegségeinél sem lehet minden esetben 12 injectióval a kezelést befejezni. *Schneider* kezelésének értékét emeli az, hogy a gyógyult esetek között olyanok is vannak, melyek az eddig használatos gyógyító eljárásokra nem reagáltak. Majd néhány mellkasfelvételen demonstrálja kezelésének eredményességét és módszerét elfogadásra ajánlja.

Rötth A.: A szemészet tuberculosis rendszerint jóindulatú másodlagos tuberculosishoz társul. Ezek a betegek rendszerint jó erőben vannak, jó reagáló képességüek és ezért biztosan specificus szerekkel kezelhetők. Az ajánlott eljárást azonban további kipróbálásra ajánlja.

3. **Weinstein P.:** *Adatok a conjunctivitis vernalis aetiologiájához és therapiájához.* 30 conjunctivitis vernalisos betegen allergiás, idegrendszeri és physicalis-chemiai vizsgálatokat végzett. 8 betegnél positiv allergiás reactiót kapott zab, rozs, buza, dahlia, százszorszép pollenextractumaival, a desensibilisatio azonban nem sikerült. Az autonom idegrendszer dysfunctióját észlelte (*Aschner*-reflex, *Löwi*-reactio). A szervezet ion-egyensúlyának eltolódását találta. A therapiában ajánlja localisan 2%-os calcium chloratum cseppeknek az alkalmazását, belsőleg pedig d-vitamint, továbbá belső secretiós készitményeket (parathyreoideát, adrenalint, ovariumot, ill. testist).

A budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. sebészeti klinikájának (igazgató: Bakay Lajos dr., egyet. ny. r. tanár) közleménye.

A thrombosis-elmélet kialakulásának történelmi áttekintése.

Irta: *Kubányi Endre dr.*, egyet. magántanár, adjunctus.

A XIX. század legelejére vezetnek vissza azok a tanulmányok, amelyek a vér halmazállapot-változásainak okait kezdik kutatni. Legelsősorban a véralvadás folyamatának megismerése foglalkoztatja ezen kor anatomusait és sebészeit. Felfedező momentumot jelent annak az irányzatnak a kialakulása, amely a thrombusképződést magától a véralvadástól lényegében eltérőnek mondja ki. Ez az idő-

pont a thrombosis tanának kezdete. *Virchow*[1] nevéhez fűződik ennek a theoriának az első körülírása, aki 1847-ben kezdi meg erre vonatkozó tanulmányait és 1862-ben megállapításait már pontosan körvonalozott formában hirdeti. „Ich wählte die Bezeugung der *Thrombosis* und der Erfolg hat gezeigt, dass ich damit einem Bedürfnis der medizinischen Sprache genügt habe." ... „Meine Früheren Untersuchungen ... haben zunächst in dieses Gebiet eine neue Lehre Mitgebracht, die von der *Embolie*." *Virchow* „a vér intravitalis megalvadását" azokra az okokra vezeti vissza, amik a vér áramlásának meglassubbodását eredményezik. Mechanikai elméletének könnyen érthetősége évtizedeken át e kérdés legtöbb tanulmányozójának felfogását uralja.

Másik — de csak később felkarolt — irány alapját veti meg 1857-ben *Brücke*[2] az érfal intimájának jelentőségéről írt munkájával. *Brücke* ad kifejezést legelőször anak a gondolatnak, hogy az *ép intima* akadályozza meg a vérpályán belül a thrombusképződést, mert nem ad lehetőséget arra nézve, hogy thrombokinase juthasson a vérbe. Az egész véralvadás problémáját és vele összefügésben a thrombosis kérdését ebből a szempontból tárgyalja.

Kísérleti nézőpontok érvényesülését jelenti *Zahn*[3] 1872-ben ismertetett vizsgálat-sorozata, aki béka mesenteriumán mechanikai és chemiai ingerek hatására kifejlődött thrombusok létrejöttét tanulmányozza: „... lokale Verlätzung, lokale Thrombosierung zur Folge hat." Kísérletei alapján a thrombusokat ő osztályozza legelőször fehér, kevert és vörös thrombusokra. Bizonyítja, hogy képződésüknél a fehér vérsejtek felsorakozása az elsődleges, s a vörösvértestek csak járulékosan csatlakoznak. A thrombusképződés előfeltétele: „vorhandensein rauher Oberflächen."

1876-ban *A. Schmitnek*[4] a véralvadás mechanismusáról írt összefoglaló munkája nagy hatással van ezen egész kérdés-complexum fejlődésére. Állásfoglalása szerint thrombosis képződhetik a véráramlás meglassubodása és az endothel sérülése nélkül is, a véráramban szabaddá váló fibrinferment hatására. A véralvadás megindulását a fehér vérsejtek szétesése előzi meg, illetve ezeknek productuma indítja meg. *Schmit* felfogásának hatása alatt fejtegeti a thrombosis problémáját *Weigert*.[5]

Egészen új álláspont kialakulását indítja meg *Ponfick*[6] és *Landois*[7] észlelése, akik bárányvér transfusiója után nagymérvű thrombusképződést constatáltak. Ezek a megállapítások egy egész új iránynak: a vérösszetétel megváltozásának jelentőségére hívják fel a figyelmet.

A thrombusképződéssel kapcsolatban ezen irányzatnak sokkal közelebbi vonatkozását jelenti 1882-ben *I. Bizzazero*[8] és vele majdnem egyidőben *Hayem*[9] felfedezése, akik a vérlemezkék szerepét írják le. *Bizzazero* az első, aki folyóvérben kimutatja a thrombocythákat és a thrombusképződésnél szerepükre a figyelmet felhívja. A vérlemezkék jelentőségét alátámasztja 1880-ban *Ebberth* és *Schimmelbusch*[10] kísérletsorozata. „Wir überzeugen uns, dass in der Tat der Blutplättchen eine Hauptrolle bei der Thrombose zukommt." Az utóbbi két szerző kritikája annál figyelemreméltóbb, minthogy a véralvadás és a thrombusképződésről az ismeretek náluk találhatók meg a legvilágosabban. Ugyanezt a határozott állásfoglalást találjuk *Baumgarten*[11] munkájában: „Also die Blutplättchen, nicht die weissen Blutkörperchen sind es, welche nach *Bizzazero, Ebbert* und *Schimmelbusch* den weissen Thrombus zusammensetzen."

A vázolt nevek álláspontjai a sok szerző között a történelmi fejlődés határköveit jelenti. Ezen határállomások tulajdonképen nem egyebek, mint azon tanubizonyságoknak a felismerése, amelyeknek a thrombusképződésnél még ma is elsőrendű fontosságot tulajdonítunk. A továbbiakban — mondhatni — egész a világháborúig főleg kórbonctani feldolgozás uralja e kérdés lényegét. Több vezér neve emelkedik ki, akik közül *Aschoff* és *Ribbert* jelentenek ellentétes véleményeket. Az irodalmi vita tárgyát főleg az képezi, hogy vajjon a véráramlás meglassubbodásának, avagy az érfal laesiójának van-e döntő szerepe. Ezenkívül sokan a két ellentétes vélemény összeegyeztetését vallja magáénak. A régi *Virchow*-féle mechanicus theoriát *Aschoff* képviseli, kívüle *Beck, De la Camp, Krönig, Schweiniger, Jaschke, Sanes* stb. kiépítői ennek a felfogásnak. A mechanikai elmélet szerint az indító momentum a véráram meglassubbodása, ennek folyományaképen indul meg az érfal mentén a vérlemezkék agglutinatiója.

A régi *Brücke*-féle elméletnek *Ribbert* a szószólója: „Die wichtigste Bedingung für die Thrombose in Veränderung der Gefässwand gegeben ist, und das charakteristische Aufbau des Thrombus nicht von bestimmten primären Circulationstörungen abhängt, sondern eine secundäre Erscheinung ist." Az érfal laesiójának primär jelentőségét *Snoo*, fontosságát *Wagner, Brys, Burgham* hirdetik.

A középutat *Lubarsch* jelöli meg, aki a thrombosis pathogenesisét classicus triassal írja körül: *véráramlás meglassúbbodása; érfalsérülés; vérösszetétel megváltozás.*

A három factor közül az első általánosan elfogadott jelentőségű; az érfal megváltozásának fontossága még ma sem tisztázott; a vérösszetétel-megváltozása az a terület, amely emelkedő erővel áll az érdeklődés előterében.

A vérösszetétel megváltozásának okaként a nagy általánosságban két körülmény jelölhető meg. Az egyik az infectio; a másik fogalma alá pedig mindaz sorolható, ami a szervezetben steril szövetzúzódást, szövetszétesést produkál.

Az infectio jelentőségének elbírálása a thromboembolia elméletének történelmében egész külön fejezetet képez. A francia felfogás pl. egészen a legújabb időkig nem is ismer el más lehetőséget, mint az infectiót. A legelső utalás egész 1834-ig *Cruveilhier* munkáihoz vezethető vissza, aki szerint az érfal gyuladásos betegségénél következményes szövődmény az ér eldugulása. A *Cruveilhier*-féle régi theoriát *Vasques* és *Cornil* hirdeti tovább. *Mayet*

---

[1] *Virchow:* Über die akute Entzündung der Arterie. Virchow Archiv 1847. — Gesammelte Abhandlungen zur wissenschaftlichen Medizin. 1862., 462. és 460. l.

[2] *Brücke:* Über die Ursachen der Gerinnung des Blutes. Virchow Archiv 1957.

[3] *W. Zahn:* Zentralbl. f. med. Wissenschaften 1872. — Virchow Archiv 1875.

[4] *A. Schmit:* Die Lehre von der fermentativer Gerinnungserscheinungen. Dorpat 1877. — Zur Blutlehre, Leipzig 1892.

[5] *Weigert:* Thrombose Eulenburgs Realenzyklopädie 1889.

[6] *Ponfick:* Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Transfusion. Virchow's Archiv 62. köt.

[7] *Landois:* Die Transfusion des Blutes. Leipzig, 1885.

[8] *Bizzazero:* Über einen neuen Formbestandteil des Blutes und dessen Rolle bei der Thrombose und Blutgerinnung. Virchow Arch. 1882. 90. köt.

[9] *Hayem:* Des Globules rouges a noyeau. Arch. de Physiol. norm. et path. 1883.

[10] *Ebberth u. Schimmelbusch:* Archiw f. klin. Chirurgie, 1880. — Die Thrombose nach Versuchen und Leichenbefunden, Stuttgart, 1888.

[11] *Baumgarten:* Berliner klin. Wochenchr. 1886.

[12] *Ribbert:* Deutsche medizinische Wochenschrift 1912. és 14.

[13] *Vasquez:* La thrombose cacectique. These Paris 1890. — *Vasquez* és *Meyet:* Pathogenie de coagulations sanguines inrtavasculaires. Nancy 1896.

a trhombosis szempontjából az infectiónak kétféle hatást tulajdonít: a microbák egyrészt felsértik a vena falát, másrészt vércoagulatiót idézhetnek elő.

A francia felfogásban az infectio jelentőségét élénken bizonyítja az a törekvés, amely a vaccinatiónak itt is szerepet kíván juttatni. A praeoperativ vaccinationak célja a műtét előtt intradermalis reactióval felismerni, hogy vajjon van-e a szervezetben valamely rejtett góc és ha igen, úgy azt praeoperativ vaccinatio therapiájával immunissá igyekszik tenni. *Bazi* 1917-ben vezeti be ezen eljárást, *Lembert* és *Gernes* továbbfejlesztik ezt az irányt, *Gosset* és *Thalheimer* 1926-ban az eljárást még nem tartják megérettnek.

A német iskolák közül *Kretz* és részben *Lubarsch* szószólói az infectio jelentőségének. Amig az előbbi és követői benne látják a thrombosis egyetlen okát, addig *Lubarsch* csak, mint igen fontos momentumot jelöli meg. A sebészek közül *Kirschner* álláspontja az elfogadott; „a venák környezetében lefolyt infectio kétségetkizáróan igen fontos momentum, de igen sok thrombosis ismeretes, ahol az infectio teljesen ki van zárva."

A vérösszetételt megváltoztató körülmények vizsgálata képviseli e probléma modern irányzatát. Az idevágó munkálatokból főleg a sebészi thrombo-embolia várja ismereteinek kibővülését. A műtéti beavatkozás ép úgy, mint a testet ért bármely más trauma, zúzódás, stb. a vér chemismusában kimutatható eltolódásokat hoz létre. A modern irány fínom haemathologiai vizsgálatokkal arra a kérdésre kívánja megszerezni a feleletet, hogy a műtéti trauma milyen következményes elváltozása az, ami a szervezetben a thrombosis-készséget növeli. Ennek a válasznak a birtokában a védekezés kulcsa lenne megadva.

W. und *H. Löhr, Bürger* u. *Grauhan, Heuck* vizsgálatai mutatnak rá, hogy a műtét a vérserum fehérjéiben kifejezett eltolódást idéz elő. *Meyesima, Frischberg, Odinow, Bürger, Farhaeus* a vérserum viscositásának postoperativ emelkedését; *Farhaeus, W.* u. *H. Löhr, Deubel, Hueck, Heisser,* stb. a vörösvértestsülyedést találták megváltozottnak. *Boshammer* az antithrombinok megkevesbedését írja le. A szerzők egy külön csoportja *Bizzazero* nyomdokában a thrombocyták vizsgálatát folytatják. *Starlinger* és *Sammetnik* a fehérjeeltolódással párhuzamosan a thrombocythák electromostöltés megváltozását látják; *Baumgarten* fokozott viscositásukat, *Seeliger* és *Gecke* ledalásuk jelentőségét tartják fontosnak; *Normann* több esetet ismertet, ahol műtét előtt és után sorozatosan végzett thrombocythaszámolást oly esetekben is, ahol embolia következett be. Összehasonlító adatai különösen értékesek. *Heusser A. Gerlóczy*-plasmalabilitási reactio értékét írja le. Számos vizsgálat foglalkozik ezenkívül a műtét után a vérben vizsgált restnitrogen viselkedéséről. *Luigi, Boshammer* és *Grauhan.* Egészen új megvilágítást jelent *Stuber* és *Lang* a véralvadás és thrombusképződésről írt tanulmánya.

Ezen irányzatnak a szószólói *Starlinger* és *Sammatnik, Heusser, Stuber* és *Lang,* stb. a vérösszetétel megváltozását jelölik meg, mint a thrombosis létrejöttének legfontosabb momentumát. Az irodalom jelegleg napról-napra újabb és újabb idevágó adatokról tesz tanuságot. Ez az az út amelyen tudományunk a megoldást keresi.

A thrombo-embolia problémáját az utóbbi években észlelt *megszaporodása* helyezi az érdeklődés előterébe. Kórbonctani és klinikai statisztikák nagy számban sorakoznak fel ezen megállapítás alátámasztására. Mindenhol a megszaporodás okát keresik. Nehezen bizonyítható, hogy a háborúutáni állapotnak avagy az egymásután fellépő influenza járványoknak stb. milyen szerepük lehet. *Prochnow* meglátása szerint a megszaporodásnak egyszerű oka az, hogy a háború óta a sebészi technika és érzéstelenítés fejlődésével párhuzamosan mindinkább kiszélesedik a műtéti indicatio területe s nagyobb számban kerülnek magasabb korú egyének műtétre. Akár relativ, akár absolut a thromboemboliák megszaporodása, a sebészi szakmák egy megerősödött, orvul támadó ellenséggel állanak szemben, ami akkor szedi áldozatait, amikor a műtőkés, asepsis és utókezelés befejezte munkáját és a beteg a gyógyulás útján van.

A rövid történelmi vázlat azt mutatja, hogy a thrombosis pathogenesisét kutató okok közül bár több olyan ismeretes, melynek szerepe kétséget kizáróan megállapítást nyert, mégsem jelölhető meg egyetlen olyan characteristicus közös tényező, amely minden thrombosisnál kimutatható lenne. Mik tehát azok a factorok, amelyek a thrombosis létrejöttéhez az indító lökést megadják? Mik azok a körülmények, amelyek a thrombosis folyamatcomplexumában a kiváltó okot képezik? — Ezek azok a kérdések, amelyekre a feleletet ma is keressük.

14 *Bazi:* Bull. et mém. Soc. de Chirurgie t. 43., 1917.

A pécsi m. kir. Erzsébet Tudományegyetem közegészségtani intézetének (igazgató: Fenyvessy Béla dr., egy. ny. r. tanár közleménye.

A falu egészségügyének jelentősége.

(Magántanári próbaelőadás.)

Irta: *Kovácsics Sándor* dr.

„A falut őssejthez lehet hasonlítani, mely mindent magában foglal, ami az élet teljességéhez szükséges". Ennek az őssejtnek fontosságát a nemzet életében igazolja az, hogy a 8 és fél millios nemzetből 5 millió, tehát a nemzet kétharmada falun él. Ez képezi a magyarság ősi regeneráló erejét, ahonnét állandóan felfrissül a város munkástömege s a vezetésre hivatott intelligentia. Ez a lehetőség összefügg a nemzet fennmaradásával, haladásával. „Az olyan nemzeti társadalom, melynek felsőbb osztálya fel nem frissülhet, elveszti haladóképességét". *(Oettler).* Nemzeti létérdek tehát, hogy ennek az őssejtnek, a falunak boldogulásához, érvényesüléséhez szükséges *biológiai* feltételeket biztosítsuk. Az ország jóléte — kinai monda szerint — hasonló a fához: gyökere a földmívelés, ágai, levelei: az ipar, kereskedelem. Ha megsérül a gyökér, lehull a levél, az ág, elszárad a törzs. Ennek a gyökérnek, a födmivelő lakosságnak jelentőségét igazolják a népmozgalmi statisztikai adatok.

Az 1928—1929. évben ezer lélekre kiszámított természetes szaporodási index országos átlagban: 8.5, 6,7.

Ha pedig ezt a természetes szaporodási indexet felbontjuk componensekre, akkor a következő adatokat kapjuk:

thj. városokban	2.3	1.1
megyei városokban	5.6	4.1
10 ezernél nagyobb községben . .	10.4	7.4
10 ezernél kisebb községben . . .	12.0	8.7
1—5 ezer lakosú községekből álló járásban, mely kb. 34 ezer lelket számlál, homogen földmivelő lakosságnál	21.8	18.0

Ezek a természetes szaporodást feltüntető számok azt mutatják, hogy 1. a természetes szaporodás átlagosan és mindegyik componensnél az 1928-ról az 1929 évre csökkent, 2. az index a kisebb közigazgatási egységek felé

emelkedig, 3. legnagyobb index számot a földmivelő lakosságnál találjuk.

Kovács Alajos a „Magyar Statisztikai Szemle" 1930 évi második számában „Földmivelő népünk házassági termékenysége" simű cikkében kimutatta, hogy legtermékenyebb a gazdasági cseléd, azután a kisbirtokosok, végül a mezőgazdasági munkások házassága, ugyanezen sorrendben egy házasságra eső élő gyermekek száma 2.85, 2.47, 2.32. A többi foglalkozási ág szaporasága messze ezek után következik. Megállapítja *Kovács*, hogy a nemzet propagativ ereje, legnagyobb erőforrása a mezőgazdasági népességben van.

Az őssejtnek, a falunak érvényesülését azonban számos *endogén és exogén* factor akadályozza. Az endogen factorok között megemlítem a népnek egészségügyi dolgokban való nagy tudatlanságát, ataviszticus averzióját az orvosi beavatkozásoktól és babonás szokások incarnálódását;

az exogen factorok között: az emberi test, a ruházat, a közvetlenebb környezett, a szoba tisztátalanságát, a primitiv vízellátást, a táplálkozásban, a fejésben tisztátlan eljárást (kézmosás hiánya, közös tál, pohár használata, stb.);a talaj, a levegő szennyezését. E tényezőknek, mint primaer okoknak végső eredője a nagyfokú csecsemő és tuberculosis mortalitás és morbiditás.

Ez őssejt kifejlődését gátló endogen és exogen factorok assanálásával foglalkozik az agrárhygiene, mely különösebben a földmivelő nép egészségügyi viszonyait tárgyalja, míg a rurálhygiene kiterjed a falun élő összes lakosságra, mely magában foglalja épúgy a földmiveléssel foglalkozó elemeket, mint a falun élő lateinert, kisiparost, kereskedőt. Egészségügyi tekintetben ezeknek sok közös kapcsolatuk van, de egy más tekintetben mégis eltérő viszonyok között élnek. Közös a primitiv vízelátás, a klima a talaj, az utak, a por, a sár, a köztisztaság, az iskola befolyása, — de különböző a lakáshasználata, gondozása, a ruházkodás, a táplálkozás, az egyéni tisztaságra vonatkozó hygienicus szabályok megtartása, az egészségügyi ismeretek mennyisége, az egészség gondozása, a beteg gyógyítása, stb.

Már a hadvezérek figyelmét a falvakra irányították a háborús tapasztalatok és különösen értékelték lakosságát, a népmozgalmi adatok romlása pedig a socialhygienikusokot foglalkoztatta s intensivebb érdeklődéssel fordultak a productiv földmivelő lakosság felé; majd az egyre súlyosabbá váló gazdasági bajok az agrár politikusokat ösztönözték, hogy többet és alaposabban foglalkozzanak a falvak lakosságával, boldogulásának feltételeivel.

Az 1876. XIV. tc. és az 1908. XXXVIII. tc. egész helyesen a közegészségügyet állami feladatnak mondja, azonban kiesik a helyes conceptióból, mikor a végrehajtást a törvényhatóságokra bízza. A kitüzött célt teljes siker nem is követte, mert a végrehajtó szervek elhanyagolták a községek közegészségügyét.

Fodor, Markusowsky, Chyzer a közegészségügy javítását szolgáló munkásságukban a végek, főképen a községek egészségügyi viszonyait akarták jobbá tenni. A bajok orvoslásánál azonban a helyes vizsgálati módszer, az empiricus inductio (Bacon 1620. Novum Organum) nem érvényesült.

A tapasztalatokat a törvény megalkotásához, a beteg közegészségügy gyógyításához, nem itthon, nem a „betegágynál" szerezték az alkotók. Hisz ezek az állapotok községenkint ma sincsenek diagnostizálva. Itt paciens-csere történt. Más volt a beteg, akit megvizsgáltak és más volt a paciens, kinek rendeltek. Részben ezért is maradt el a kívánt eredmény. És tán nem tévedek, ha ugyanezt a helyzetet rögzítjük meg ma is, mikor a közegészségi viszonyok javítására irányuló cselekvéseinkben nem első sorban az orvos-kérdést oldjuk meg a maga teljes extensitásában és a megoldásnál nem támaszkodunk haza empiricus tényekre.

Nagy orvosaink közül *Korányi Frigyes* az 1885-ben megtartott „Országos Közegészségügyi congressuson" behatóan foglalkozott a községek egészségügyével. *Korányi* szerint a közegészségügy alapfeltétele a civilisatió és a kultura. *Korányi* azt mondja: a propagandába be kell vonni a társadalmat (pap, tanító); majd szól a lakásról, mintaházakról, betegápolónő kiképzésről, fertőtlenítésről és hangsúlyozza a fertőzőbetegség első eseteinek bejelentését, melyet Angliában 1—2 schillinggel jutalmaznak is.

„A községeknek kórházak kellenek, ilyen nélkül sikeres isolálás, isolálás nélkül pedig a fertőzések elterjedésének meggátlása nem képzelhető. Ha századok folytán odajutottunk, hogy minden községnek van temploma, miért ne jutnánk oda, hogy minden községnek meg legyen vagy a kis kórszobája, vagy kórháza, melyben a fertőző beteg ápolásban, gyógyításban részesül, az egészséges hozzátartozók pedig elvonatnak az életükre törő fertőzésektől." *Korányi* elgondolása ma is megállja a helyét, de javaslata — sajnos — papiron maradt.

Müller Kálmán, mint az „Országos Közegészségi Tanács" 30 éven át volt elnöke, különösebben a tuberculósis elleni védekezést szolgálja.

Az 1917. évi Népegészségügyi Országos Nagygyülésen mondott elnöki beszédében felsorolja, hogy 40 év alatt mily sok felterjesztés maradt a kormány részéről felelet nélkül. Javaslat történt a közegészségügy államosítása, egészségügyi miniszterium, járványtörvény, tápszertörvény ügyében, egy országos közegészségügyi intézet létesítése végett. Javaslat történt kórházépítés, járvány kórház typus, fertőtlenítés megszervezése, a közegészségügyi felügyelet, a tisztiorvosi vizsgák reformia, falusi iskolák, füstkérdés, ápoló-képesítés, bábaképzés és a halottkémlés ügyében, stb.

Ha *Müller Kálmán* tervei megvalósultak volna, akkor — mondja egy neves államférfiú —, Magyarország egészségügyi szekere ma nem döcögne, hanem a Nyugat modern egészségügyi szerveivel is kiállaná a versenyt. Megállapítja *Müller Kálmán*, hogy régi közegészségügyi törvénnyel új Magyarországot csinálni nem lehet.

Liebermann Leó 1912-ben végzett lakásvizsgálataiméról közölt cikkemmel kapcsolatban levéllel keresett fel, melyben aziránt érdeklődött: nem tudnám-e kimutatni, hogy azokban a házakban, ahol nagyobb a tuberculosis halálozás, lényegesen kedvezőtlenebbek, rosszabbak a lakásviszonyok? Sikerült megállapítanom, hogy abban a községben, amelyben a járás összes községei közt a legtöbb volt a tbc-s halálozás, gyakori a község lakosai közt az összeházasodás, adva van tehát az öröklött constitutionalis hajlam *(Fáy)*. A tuberculosissal fertőzött házak vizsgálata pedig azt mutatta, hogy azokban csak egyetlen szobát használnak, mégpedig 170 közül 120-ban négynél több ember lakik és hál — s a szoba köbtartalma 25 m^3, míg az egészséges emberek lakása többnyire 70 m^3; az ablakok nagysága félszer kisebb, az ablak és szoba terület közötti viszony kedvezőtlen, 1:17, a szoba fenék földes, fütő szerkezetül pedig sparhert szolgál, mely lehetővé teszi, hogy a szobában főzzenek. Ez a szoba levegőjét nedvessé, nyirkossá teszi. *Flügge* kísérletei szerint pedig a szoba levegő jósága a hőfoktól és a relativ nedvességtől függ. *Liebermann* az 1913. április 13-án megtartott tuberculosis nagygyülésen részletesen foglalkozott a tuberculosissal, mint lakásbetegséggel s ezzel kapcsolatban a falvak egészségügyével; majd 1918-ban az „Országos Orvosszövetség" hivatalos lapjában körkérdést intézett az ország összes orvosaihoz a közegészségügy javítása ügyében, 1921-ben a „Faluszövetség" két napos anketjén az

egészségügyi propagandával foglalkozott. A népegészségügy fejlődésének azonban mindig és mindenütt két nagy akadálya van: a vagyontalanság és a tudatlanság. Jelenleg ez utóbbi ellen való actiót tartja szükségesnek és lehetségesnek.

Korányi Sándor 1912-ben „A tuberculosis ellen való védekezés Országos Bizottsága" alakuló közgyülésén a falu tuberculosisával foglalkozik. Isolálás keresztül vitele céljából ajánlja, hogy a veszélyeztetett gyermekek, csecsemők egészséges családokhoz helyeztessenek el, nagyobb községekben pedig gyermekházak épüljenek. A falut kell először megmenteni, hisz a faluból táplálkozik a város, a faluból árad a fölös embermateria a városba és amíg a falusi lakosság körében nem sikerül elfojtani a gümőkórt, addig az a városban is gyakori.

Az 1917-ben megtartott Népegészségügyi Congressuson és az 1926. évi O. Közegészségügyi és Társadalompolitikai Értekezleten számos vonatkozásban tárgyaltatott a falvak egészségügye.

Az „Erzsébet Tudományegyetem" orvosi karának tanárai meleg szerettel ölelik magukhoz a falvak mostoha, elhanyagolt hygienejét. Bizottságot alakítanak és az egyetem programmjává teszik a vidék egészségügyi viszonyainak a megjavítását. És szavukra felfigyel a hatóság, a közvélemény. A falusi propaganda működéséről cikket írtak *Heim Pál* és *Fenyvessy Béla* professorok az Orvosi Hetilap 1925. évfolyamában. A falvakban végzett egészségügyi felvételeket pedig klassicus formában írja meg *Fenyvesy* és *Vidakovich*. „Szemelvények a falu hygiene köréből" címen. Ez a tanulmány megállapítja, hogy az egyes községek olyan heterogen vonásokat mutatnak, hogy sem a vármegye, sem a járás statisztikai adataiból nem lehet következtetni az egyes községek demografiai és közegészségügyi viszonyaira.

Actióba lépnek azonban a mezőgazdasági agrár-szocialpolitikusok is. *Rubinek Gyula* 1920-ban megalapítja a Faluszövetséget. Programmjából idézem a következőket: „Hány község van, melynek nincs orvosa, kórháza, gyermekotthona? Hánynak van rendes ivóvize? Nincs-e minden falú tele bacillustermő pocsolyákkal? stb. Mindezek a kérdések megoldhatók, csak legyen valaki, aki a helyes utat megmutatja nekik. A Faluszövetség éppen azt tűzte ki céljául, hogy mindenekelőtt a közegészségügy terén teremtsünk tűrhető állapotokat. Mentsük meg a jövő generatiót, mert ha nem lesz meg az alap, amelyre épithetünk, akkor hiábavaló minden ébrándozás, az ország újjá alakításáról." *Rubinek* és társai nagy energiával láttak komoly programmjuk megvalósításához. 1921-ben a Faluszövetség két napos ülésben foglalkozott a falvak egészségügyével. Az előadói tisztett *Steiner György* dr., v. államtitkár és e sorok írója töltötte be. Részvettek az ülésben a társadalom és az orvosi kar szellemi vezetői. Az ankét munkálatait a Népjóléti és Munkaügyi Miniszterhez terjesztettük fel. Meggyőződésem szerint ezek a munkálatok alkalmasak voltak arra, hogy a népegészségügyi miniszterium figyelmét a falvakra irányítsák. A két napos congressusnak realis eredménye nem jelölhető meg közelebbről, azonban a nyárból sem elég 1—2 nap a gyümölcs megérésére. Az emberiség javát szolgáló érett gyümölcs is csak a termelő természetes erők hosszabb hatásának végső eredménye lehet. Közegészségügy, kultura, jólét összefüggő láncsort képez. E láncsornak nem első, hanem utolsó szeme a — hygiene. Történeti fejlődés igazolja, hogy a közegészség lényegesen javult, amikor a lakosság anyagi jóléte, kulturértéke emelkedett (Anglia). Ha a magyar falvakban alapos közegészségi állapotot akarunk teremteni, akkor az előmunkálatokat a kultusz és földmivelésügyi miniszterrel kell megtanácskozni, mert a láncsornak utolsó szeme a — hygiene. Ki kell gyógyulnunk végre abból a szolgabírói ideologiából, mely az 1876. XIV. tc. és az idevonatkozó rendeletek alapján, rendészettel akarja a magyar falvak közegészségügyét elintézni. Kulturát, jólétet és egészségügyi intézményeket kell szorgalmaznunk a magyar falvak részére, hogy mint a magyarság fajfentartó forrása, regeneráló ereje, betölthesse hivatását.

VEGYES HÍREK

Személyi hírek. A vallás- és közoktatásügyi miniszter *Dózsa Jenő dr.* egyet. tanársegédnek „A nőgyógyászati urológia" című tárgykörből a budapesti tudományegyetem orvosi fakultásán magántanárrá történt képesítését jóváhagyólag tudomásul vette s öt e minőségben megerősítette.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület f. hó 28-iki ülésének napirendje: Bemutatások: 1. *Focher László: a)* Sclerosis tuberosa esete. *b)* Hyperthyreosissal szövődött hypothyreosis érdekes esete. *c)* Krepuska—Nonne-fogak. 2. *Révész Vidor: a)* Epekövek kimutatása cholecystographia nélkül. *b)* Elmeszesedett falú epehólyag (porcellán epehólyag). 3. *Friedrich László:* Gyomor-diverticulum esete. Előadás: *Schön Jenő:* Tüdőtuberculosis a gyermekkorban.

A Közkórházi Orvostársulat március 4-iki ülése. Bemutatások: *Varga Péter:* Leukaemiás vérelváltozások. *Bolla István:* Vékonybélből adnextumorba nyomuló idegentest esete. *Liteczky Andor:* Addison-kór esete. Előadás: *Baróti László György:* A vércukor változása a chromaffin-rendszer befolyásolásánál.

A Magyar Röntgentársaság március 2-án, hétfőn este 7 órakor tartja tudományos ülését a gróf Apponyi Albert Poliklinika tantermében VII., Szövetség-u. 14—16. Tárgysorozat: Bemutatások: *Weisz Márton dr.:* Az úgynevezett bursitis calcarearól. 2. *Scheiber Vilmos dr.* (vendég): Köhler-féle betegség operált esete. 3. *Zinner Nándor dr.:* Fontosabb és érdekesebb sportbalesetek. — Előadás: *Bársony Tivadar dr.* és *Schulhof Ödön dr.:* A keresztcsont csatornarendszerének röntgenologiája.

A törvényszéki orvosi vizsgálóbizottság elnöke közli, hogy a folyó évben április és október hónapokban tartanak törvényszéki orvosi vizsgákat.

A szabályszerűen felszerelt kérvényeket folyó évi március hó 15-éig, illetőleg szeptember hó 15-éig kell a m. kir. igazságügyminiszterium iktató hivatalában benyújtani.

Az orvosok továbbképzése. Az orvosi továbbképzés központi bizottsága 1931. év első felében orvosok számára a következő továbbképző tanfolyamokat rendezi: A budapesti, szegedi, debreceni s pécsi egyetemi klinikákon valamint *Budapest* székesfőváros közkórházaiban, az *izraelita hitközség* kórházaiban két-négyhetes tanfolyamokat egyes tárgyakból. Ezenkívül a Magy. Kir. Honvédség orvosai, a Magy. Kir. Államvasutak orvosai a tuberculosis dispensaire orvosai számára külön tanfolyamok lesznek. Végül az anya- és csecsemővédelemről, a tuberculosisról, a socialis egészségtanból, a fertőző betegségekből, a szülészetből lesz alkalma az orvosoknak továbbképzésre. A részletes programmot az érdeklődőknek az orvosi továbbképzés központi bizottsága irodája (VIII. ker., Mária-utca 39. szám, I. sz. egyetemi szemklinika) írásbeli megkeresésére készségesen megküldi.

Horváth Mihály dr. kérelme a testileg fogyatékosok országos összeírása tárgyában. Az O. O. Sz. 1930. 24-ik számában felhivtam kartársaim figyelmét arra, hogy a kormány parlamenti határozatra elrendelte, hogy a mostani népszámlálás keretében a testileg fogyatékosokat külön számlálják össze.

Az általános összeírás megtörtént s az országos statisztikai hivatal most azzal van elfoglalva, hogy a számlálólapok közül kiszedje azokat, amelyeken a 27-ik rovatban (testi fogyatékosság) feltett kérdésre igenlő bejegyzést talált és mindegyikről egy külön kérdőivet állit ki s az 1—8. és 13-ik (1. Név. — 2. Születési év. — 3. Lakás. — 4. Családi állapot. 5. Műveltség. — 6. Vallás. — 7. Foglalkozás. — 8. Szülője foglalkozása. — 13. Mely testrésze fogyatékos?) pontba átmásolja az eredeti számlálólap beirott adatait.

Üresen fognak tehát maradni a következő pontok: 9. Tagja-e az O. T. I.-nek? — 10. Eltartója tagja-e az O. T. I.-nek? — 11. A fogyatékosság keletkezése. — 12. A fogyatékosság rövid, pontos leirása. — 14. A fogyatékosság oka. — 15. Szellemileg ép-e? — 16. Van-e a 12. pont alatt megjelöltön kívül más fogyatékossága és milyen? — 17. Szüksége van-e? Beirandó a dátum, az orvos aláírása és lakcíme. A kitöltés nem okoz nehézséget, mert legnagyobb

részben a dült betükkel irott szavak aláhúzásából áll. A 11., 12. és a 14—17. pontokra kielégítő és használható választ *csak orvos tud adni*. Hogy orvostársaimat ne terheljük túlságosan, ez egyszeri adatgyüjtéssel ezért az illetékes hatóságokkal történt megbeszélés alapján a következőkben állapodtunk meg:

Az összes testileg fogyatékosokat 3 osztályba sorozzuk koruk szerint 0—6 éves, 6—14 (iskolaköteles) és 14-nél idősebbek csoportjába.

Budapesten az első, 0—6 évesek csoportjának kérdőíveit a Stefánia anya- és csecsemővédő-intézet orvosai töltik ki úgy, hogy az összeirandó gyermekeket a kerületi védőintézetbe hivják be a védőnők, amiben esetleg más socialis intézmény növérei is segédkeznek.

A vidéken lakó 0—6 évesek összeirását a hivatalos orvosok végzik ugyan, de a Stefánia-szövetség előre is felajánlja helyi szervezetének segitségét.

A 6—14 éves (iskolaköteles) gyermekek kérdőíveit (ideiglenes megállapodás) Budapesten az iskolanővérek segédkezésével az iskolaorvosok töltenék ki. A végleges megállapodást később közölni fogjuk. A 14 évnél idősebbek kérdőíveinek kitöltésére a hatósági orvosokat kérjük fel.

A kisebb vidéki városok, falvakban, ahol sem Stefánia, sem iskolaorvos vagy iskolanővér nincsen, az összes ivek kitöltése a hatósági orvosokra vár, akik a kérdőíveket a járási, illetőleg a tisztiorvosok útján kapják meg.

A testileg fogyatékosok közül azoknak az íveit, akik jó viszonyok között élnek s feltehető, hogy háziorvosuk vagy betegség esetén bizalmi orvosuk van, magánorvos is kitöltheti.

Az összes kitöltött kérdőívek a járási, illetőleg a tisztiorvosok útján kerülnek vissza az országos statisztikai hivatalhoz. A visszaküldés határideje *legfeljebb 6 hét*.

A testileg fogyatékosok socialis védelme érdekében folytatott propagandámnak eredménye, hogy sikerült a parlament, a ministerium, a hatóságokon kivül nagyon sok orvostársam és a társadalom széles rétegének érdeklődését felkeltenem. Ma már ott él a lelkekben a tudat, hogy a testileg fogyatékosok socialis védelme állami és társadalmi kötelesség. Egy országos szervezet megalapitásához azonban csak akkor lehet hozzáfogni, ha ismerjük ezek számát, mert csak igy határozhatjuk meg annak kereteit és költségeit.

Kérve kérem orvoskartársaimat, hogy támogassanak ebben az emberbaráti és nemzetgazdasági szempontból egyaránt fontos munkámban.

Horváth Mihály dr. egy. rk. tanár.

A második nemzetközi orvosi továbbképző tanfolyamot ez évben Locarnóban tartják ápr. 14—28. között. A megállapitott előadások a következők: *Abderhalden*, Halle. Neue Ergebnisse d. Forschung auf dem Gebiete d. Abwehrfermente. *Alexander*, Agra. 1. Reiztherapie der Lungentuberkulose, einschliesslich Ernährungsbehandlung. 2. Differentialdiagnostik der Lungentuberculose. *Asher*, Bern. Mineral- und Hormoneinfluss auf die Körperfunktionen. *Bertarelli*, Pavia. 1. Ereditarietà tuberculare. 2. Coefficienti tuberculari. *Blumenthal*, Berlin. 1. Ueber die Entstehung des Krebses, unter besonderer Berücksichtigung der Krebsdisposition. 2. Ueber die biologie der Krebsgeschwülste. 3. Krebstherapie. *Brauer*, Hamburg. 1. Ueber diet Bedeutung und das Wesen freier Forschungsinstitute. 2. Moderne Diätetik. *Brugsch*, Halle. 1. Ueber Ikterus. 2. Ueber Konstitutionsfragen in der inneren Medizin. 3. Ueber Angina pectoris und Herzinfarkte. *Bürgi*, Bern. Tonica und Atonica. *Calmette*, Paris. 1. La vaccination préventive contre la tuberculose par le BCG. 2. Le virus tuberculeux et ses éléments filtrablis. *Dustin*, Bruxelles. 1. Les grands mécanismes régulateurs de la division cellulaire et le cancer. 2. Les poisons caryoclasiques. Importance et applications en pathologie et en thérapeutique. 3. L'action des radiatons sur les cellules vivantes et la radiothérapie du cancer. *Erkeles*, Berlin. 1. Entstehnug und Wesen der Papageienkrankheit. Die Lehren der letzten Psittakosisepidemie. 2. Theorie und Praxis der Serodiagnostik der Lues. *Guggisberg*, Bern. Die Nierenerkrankungen in der Schwangerschaft. *Jadassohn*, Breslau. 1. Ekzemfragen. 2. Zur Hauttuberkulose. 3. Aktuelle Syphilisfragen. *báró Korányi*, Budapest. Grundlagen der functionellen Therapie (két előadás). *Leriche*, Strasbourg. 1. La chirurgie de la douleur. 2. Le traitement chirurgicale de l'angine de poitrine. *Levaditi*, Paris. 1. Les Ultravirus provocateurs des Ectodermoses neutropes. 2. Prophylaxie de la Syphilis. *Neufeld*, Berlin. 1. Einige neuere Ergebnisse der Tuberkuloseforschung. 2. Immunität und Immunisierung, — was der Praktiker davon wissen sollte. *Neumann*, Wien. 1. Aetiologische Diagnostik der Pleuritis. 2. Das Herz bei Tuberkulose. *Pasteur Vallery-Radot, Paris*. 1. L'anaphylaxie en médecine. 2. Les tests biologiques des hypersensibilités spécifiques observées en clinique. *Pautrier*, Strasbourg. 1. La conception actuelle de la tuberculose cutanée dans ses rapports avec le pathologie générale. 2. Le traitement actuel de la tuberculose cutanée. 3. Les échanges dermo-épidémiques. *Pezze*, Milano. 1. L'infarto miocardico. 2. Le Corovariti. *Pick*, Wien. 1. Die Bedeutung des venösen Rückflusses für die Herzarbeit und seine pharmakologische Beeinflussung. 2. Ueber die Beziehungen der Schilddrüse zum vegetativen Nervensystem. *de Quervain*, Bern. Neueres aus der Pathologie und Therapie der Schilddrüsenerkrankungen. *Regaud*, Paris. 1. Fondements radiophysiologiques du traitement des tumeurs malignes par les rayons X et le radium. 2. Vue d'ensemble sur l'état actuel des résultats de la radiothérapie des tumeurs malignes. 3. Fondemenst rationnels de la lutte contre le Cancer du col de l'utérus. *Silberstein*, Wien. 1. Neuere Ergebnisse der Krebsforschung. 2. Das Problem des Scharlachs im Lichte der neueren therapeutischen und prophylaktischen Massnahmen. *Sobernheim*, Bern. 1. Ziele und Methoden der Rassenhygiene (Eugenik). 2. Desinfektion und Sterilisation in Theorie und Praxis. *Tschirch*, Bern. Die Bedeutung der Drogen in der Medizin. *Uhlenhuth*, Freiburg i. Br. 1. Die Bedeutung des Tierexperiments für die Medizin mit besonderer Berücksichtigung der Erforschung des Wesens und der Bekämpfung der Infektionskrankheiten. 2. Entwicklung und praktische Ergebnisse der Chemotherapie und Infektionskrankheiten. *von den Valden*, Berlin. Probleme der Pneumoniebehandlung und Fortschritte in der Therapie von Blutkrankheiten. *Weichardt*, Wiesbaden. 1. Ueber sogenannte Gewebshormone. 2. Ueber unspezifische Therapie von Infektionskrankheiten. *Weinberg*, Paris. 1. Rôle des microbes anaérobies dans l'étiologie des maladies infectieuses. 2. Sérothérapie des infections polymicrobiennes. — Jelentkezni ápr. 1-ig lehet a Tomarkin Foundation titkárságánál, Locarno, 128-as postafiók. Bővebb felvilágositást ugyancsak a titkárság ad.

A Budapesti Orvosok Kamaraegyesülete IV. hangversenyét *március 6-án*, pénteken 8 órakor rendezi a Kir. Orvosegyesületben (Szentkirályi-u. 21.) Müsor: 1. *Elgar:* Szonáta hegedüre és zongorára. Előadják: *dr. Barcsay Ábrisné, Török Pál dr.* — 2. *Brahms, Reger, Strauss:* Dalok: Énekli: *Kiss Istvánné dr.*, kiséri *Herz Ottó dr.* — 3. *Kodály:* Marosszéki táncok. *Liszt:* Funeraille. Zongorán előadja: *Szatmári Tibor* zongoramüvész. — 4. *Mozart, Verdi, Leoncavallo:* Áriák: Énekli: *Fehér Elemér dr.*, kiséri: *Graff Kálmán.* — 5. *Haydn:* Vonósnégyes. Előadják: *Peregi István dr., Ittzés Jenő dr., Schäfer László dr., Rados Ottó.*

Az orvosi továbbképző tanfolyam programmjában sajnálatos sajtó hiba csúszott be. Ugy a 21., mint a 49. lapon ugyanis a magzatvédelmi tanfolyam cimében „A sepsises" helyett „Asepsises" olvasandó.

Az Orvosképzés folyóirat XXI. évfolyamának első száma *Grósz Emil dr.* egyetemi tanár és *Scholtz Kornél dr.* egyetemi tanár, államtitkár szerkesztésében megjelent. A folyóirat *Frigyesi József dr., Scipiades Elemér dr., Hainiss Elemér dr., Albrich Konrád dr., Hasenfeld Arthur dr.* egyetemi tanárok, *Hajós Károly dr., Zalka Ödön dr.* egyetemi magántanárok, *Steiger-Kazal Dezső dr.* kórházi főorvostól közöl cikkeket, ugyszintén *id. Imre József dr.* nyugalmazott egyetemi tanár beszédét, melyet arcképének leleplezésekor tartott.

Munkatársaink figyelmébe ajánljuk *Horváth Endre*, az Egyetemi-nyomda volt correctorának szerkesztésében és kiadásában megjelent „Helyesirási szótárt", egyben orvosi müszótárt. Kapható a szerzőnél, Kispest, Hunyadi-u. 126. 3 P bolti ár helyett 2 pengőért.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetemen február hó 21-én: *Bedő József, diósadi Elekes György Imre, Kiss-Orosz László, Péchy-Szilágyi Ferenc, Plesch Egon.* Üdvözöljük az új kartársakat!

Kiadványainkat olcsón kapják meg kiadóhivatalunktól hátralékban nem lévő előfizetőink. A pénz előre beküldése után azonnal bérmentve küldjük meg az alábbi igen hasznos könyveket:

Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra és 16 oldal mümelléklettel . . . 7.— P

Soós Aladár: Étrendi előirások. II. kiad. 195 oldal . . . . . 5.— P helyett 4.— P

Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal . . . . . 6.50 P helyett 5.50 P
Vászonba kötve (8 P h. 7.— P.)

Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala 86 oldal . . . . . 2.50 P helyett 2.— P

Az orvosi tudomány magyar mesterei. Kiadja a Markusovszky Társaság. 196 oldal . . . . . 4.— P helyett 3.50 P

22.— P

Ha valaki mind az ötöt egyszerre veszi meg, a 22.— P

kedvezményes ár helyett csak 20.— P-t fizet; illetőleg kotött fürdőkönyv rendelése esetén 23.50 P helyett csak 21.— P-t. A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel való rendelésnél a portóköltséget is felszámítjuk.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Lapunk mai számához az I. G. Farbenindustrie A. G. Leverkusen a Rh. *Grippe—Panflavin*-ról szóló prospektusa van mellékelve.

Huszonegyéves magánorvosi praxis
nagykörnyékkel biró nagyközségben orvosi felszereléssel, esetleg lakberendezéssel **átadó**. Cim: *Dr. Sándor Miklós, Garay-utca 44., I/8.* Este 7-9-ig. d. u. 1-24-ig telefon 848—88 hivandó.

PÁLYÁZAT

Magyar Királyi Államvasutak Budapesti Üzletvezetősége.

A Diósjenőtől—Romhányig terjedő pályaorvosi szakaszon a pályaorvosi állás felmentés folytán megüresedett.

Erre az állásra az „Orvosi Hetilap" legutóbbi számában hirdetett pályázatot akként módosítjuk, hogy a megüresedett pályaorvosi állásra az említett vonal mentén lévő Rétság és Romhány községekben lakó bármely orvos pályázhat.

Ezzel kapcsolatban a pályázat határidejét 1931. évi március hó 7-én, déli 12 óráig meghosszabbítjuk.

A pályázati kérvényeket a budapesti üzletvezetőségnél, VIII., Kerepesi-út 3. sz., I. emelet 124 ajtó, kell beadni.

Budapest, 1931. évi február hó 23-án.

4405—1931. I. szám. *Az Üzletvezetőség.*

Hódmezővásárhely th. város Polgármestere.

Hódmezővásárhely th. város közkórházánál a sebészeti osztályon lemondás folytán megüresedett alorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A betöltendő állás javadalma az állami rendszerű XI-ik fizetési osztály 3-ik fokozatának megfelelően megállapított havi illetmény, továbbá természetbeni lakás, fütés, világitás és első osztályú élelmezés. Az élelmezés önköltségének 50%-a havonként előre a javadalomból levonatik.

Az állás ideiglenes, a pályázók közül az alorvost két évi időtartamra Főispán úr nevezi ki s ezen idő elteltével a kórházigazgató javaslatára a kinevezés Főispán úr által egy évre meghosszabbítható. Az alorvos köteles a közkórházban lakni s magángyakorlatot nem folytathat.

Felhivom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, egészségi állapotukat és erkölcsi magaviseletüket, valamint eddigi működésüket és a román megszállás, valamint a kommun alatti maguktartását igazoló okmányokkal felszerelt, a város főispánjához címzett s 1 P 60 fillér értékü okmánybélyeggel ellátott pályázati kérelmüket a polgármesteri hivatalhoz 1931. év március hó 21-ik napjának délelőtti 12 óráig nyujtsák be, illetve küldjék meg.

Hódmezővásárhely, 1931 február hó 18.

663/1931. eln. sz. *Dr. Soós István* polgármester.

Borsod, Gömör és Kishont közig. egyelőre egyesített vármegyék alispánjától.

A Borsod vármegyei Erzsébet-kórháznál nyugdíjazás folytán megüresedett igazgató-főorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A képesitési kellékeket az 1876. XIV. tc. 63. §. és az 1883. I. tc. 1., illetőleg 9. §-a irja elő.

Ezek értelmében megfelelő kórházgyakorlat kimutatása mellett a magyar állampolgárság, illetőségi vagy honossági bizonyitvánnyal igazolandó s az 1883. I. tc. 1. §. a), b) pontjába részletesen felsoroltakra vonatkozó bizonyitvány a pályázati kérvényhez szintén mellékelendő.

Az 1926. évi 124.000 számú N. M. M. körrendelet értelmében a kinevezendő igazgató-főorvos az állami rendszerü VIII. fizetési osztály 3-ik fokozatának megfelelő javadalmazásban és természetbeni lakásban részesül, amely utóbbit köteles igénybe venni.

A pályázati kérvények legkésőbb 1931. évi március hó 20-ik napjának d. e. 12 óráig méltóságos és nemzetes *vitéz Borbély-Maczky Emil* Borsod, Gömör és Kishont közig. e. e. vármegyék főispánjához címezve, de a vármegye alispánjához nyujtandók be, és pedig a 125.000/1902. B. H. számú szabályrendelet 4. §-ában foglaltakhoz képest, a törvényhatósági szolgálatban állók által az illető törvényhatóság első tisztviselője, más közhivatali alkalmazásban állók által hivatalfőnökük, hivatásszerü katonai szolgálatban állók által előljáró parancsnokságuk útján, azok részéről pedig, akik szolgálatban nem állanak, azon törvényhatóság első tisztviselője útján, amely törvényhatóság területén állandóan laknak.

A pályázati kérvényekhez a minősitést igazoló okmányokon kivül a következők is csatolandók:

a) Születési anyakönyvi kivonat,

b) rövid életleirás (curriculum vitae), az abban előadottak lehető igazolásával,

c) törvényhatósági bizottságunk határozatából kifolyóan hiteles bizonyitvány a pályázónak az 1918. évi forradalom és 1919. évi kommunizmus ideje alatt tanusitott magatartásáról,

d) névaláirással ellátott nyilatkozat, amelyben a pályázó becsületszavára kijelenti, hogy szabadkőmüves társaságnak nem tagja és kórházi közszolgálatának ideje alatt ilyen társulásban részt nem vesz.

Miskolc, 1931. évi február hó 17-én.

3839/ai. 1931.

TABLETTAE FERRI PROTOXALATI Dr. DEÉR SINE ET CUM ARSENO

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

A vasat mint gyorsan felszívódó ferrooxalatot, az arsent a legracionalisabb formában tartalmazza. Adagolása kényelmes. Zavaró mellektünetek hiányzanak.

SZT. GELLÉRT

GYÓGYFÜRDŐ ÉS SZÁLLÓ BUDAPEST.

A fürdőt 47 C°-os rádiumdús, földes-meszes hőforrások táplálják.

A tökéletesen felszerelt gyógyintézet osztályai: Iszaposztály. Hőlégosztály. Vízgyógyintézet és napfürdő. Villanyozó-osztály és mesterséges napfényfürdő (kékfény). Gépgyógyászat (Zander) és svédtorna. Inhalatórium és pneumatikus kamra. Kémiai és bakteriológiai laboratórium. Röntgenlaboratórium. Szénsavas-, sós- és pezsgő fényőfürdők. Kádhabfürdők. Szakképzett gyógymasszőrök és ápolónők. Hullámzóvizű nyári uszoda.

A fürdővel közvetlen kapcsolatban van a **SZT. GELLÉRT SZÁLLÓ** mely tökéletes berendezésével, gyönyörű nagyméretű társashelyiségeivel, télikertjével és saját parkjával betegek és lábbadozók részére kiválóan alkalmas. Diétás konyha klin. képzett vezetővel.

Részletes prospektust díjtalanul küld az igazgatóság.

Diujodin PASTILLI THEOBROMINI JODATI

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. rk. tanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos

A vészes vérszegénység gyógykezelése gyomorkészítményekkel.

A vészes vérszegénység gyógykezelésére a régi időkben csupán a nagy adag arsen állott rendelkezésre. E therapia később a vér átömlesztéssel, majd a májkészítményekkel, újabban pedig a gyomorkészítményekkel is bővült. A tapasztalatok azt mutatták, hogy számos esetben a többször alkalmazott transfusiókkal tartós eredmény érhető el. Arsenre vagy májkészítményekre nem reagáló esetek transfusio után e szerekre többnyire szépen javulnak. *Spengler* és *Jagic* észleleteik alapján nem túlságosan előrehaladott esetekben a kezelés elején a transfusiót melegen ajánlják, mert azt tapasztalták, hogy utána a vérregeneratio megindul. Erre elsősorban a polychromásiás és a granulofilamentosus sejtek megszaporodásából lehet következtetni, amit csakhamar a vörös vérsejtek örvendetes és egyre fokozódó megszaporodása követ.

A májkészítmények adagolásának módja, az adag nagysága már meg van állapítva s annak hatása általánosan elismert. Itt is előfordulnak refraktaer esetek; kérdés azonban, hogy ennek oka nem az elégtelen adagolásban rejlik-e. Ezek legtöbbjében azután transfusióval vagy arsen és májkészítmény egyidejű alkalmazásával sikerül a vérképet megjavítani. Természetesen a recidiváló esetekben már sokkal nehezebb remissiót elérni. Ujabban *Gänsslen* intragluteálisan adható májkészítményt ajánl, amelynek napi adagja 2 cm^3, ami 5 gr friss májnak felel meg. Ezen csekély mennyiséggel, amely az eddig alkalmazott májmennyiség 50-ed részének felel meg, kiváló eredményeket ért el. A könnyebb esetekben 6—8 hét, súlyosabbakban 10—12 hét alatt az anaemia csaknem teljesen megszünt. Máj-resistens esetei nem voltak, viszont több olyan betegénél állott be tartós remissio, akiknél az eddigi májkészítmények vagy más eljárások nem hatottak. Sőt spinalis tünetekre is jó hatású volt a máj ezen alkalmazási módja, ha azt hosszabb időn keresztül folytatta. Hazánkban nemrég *Holló L.* számolt be a *Gänsslen*-féle készítménnyel kezelt 3 esetről, amelynek eredményével meg volt elégedve.

A májkészítmények után a vészes vérszegénység és egyúttal a másodlagos anaemiák gyógykezelésére néhány év óta a gyomorkészítményeket ajánlották. E gyógyeljárás *Castle* kísérletein alapszik, aki azon tény alapján, hogy az anaemia perniciosában szenvedőknél állandóan achylia gastrica található, arra következtetett, hogy bizonyos secretiós természetű hormonszerű anyag hiánya okozza a vérelváltozást. Kezdetben az anaemia perniciosában szenvedő betegeknek normalis gyomornedvet, majd 200 gr marhahúst adott, ami azonban nem bizonyult hatékonynak. Amidőn azután normalis egyénekkel megetetett húst a gyomorból kiemelve a váladékot szondán át adta a betegeknek, akkor a gyomornedv már hatásos volt. Ezek alapján arra következtetett, hogy a normalisan működő gyomorban a vérképző szervekre, a vér regeneratiójára elsődlegesen ható, antianaemiás anyag keletkezik. Ezekután disznógyomorból készült szárított porral kísérletezett és azt is hatékonynak találta. A gyomornak minden egyes része (úgy a cardia, mint a fundus) jól hatott, sőt *Wilkinson* a gyomor muscularis rétegét is hatékonynak találta. *Fettich* utánvizsgálatai szerint a gyomor muscularis rétege nem ad olyan jó eredményeket, mint a mucosa. *Henning* és *Stiegler* vizsgálatai szerint a gyomorkészítmények hatása független a fehérje emésztéstől. Ezek után számosan próbálták ki a gyomorkészítményeket (stomopson, ventreamin stb.) A készítményt, amely ételekben, így bouillonba és pürékbe keverhető, a legtöbben jól tűrik. Napi adagja 15—30 gr. száraz anyag, ami 300—600 gr. friss májnak felel meg. Számos külföldi szerző tapasztalatai szerint a gyomor-készítmények a nem kezelt esetekben majdnem olyan gyorsan javítják a vérképet, mint a májkészítmények, amivel párhuzamosan a klinikai tünetek is szépen megjavulnak. Remissiók is fentarthatók vele; recidivákban is számos esetben prompt hat. A gyomorkészítmények ezek szerint a májkészítményeket kiegészíthetik és pótolhatják, ami előnyösnek mondható már csak azért is, mert a májkészítmények tartós alkalmazásának egyik akadálya az, hogy drágák. *Fettich György* hét esetben alkalmazta a magyar provytholt (Chinoin) és a hatás valamennyiben a májkészítménnyel egyenrangú volt. Egy másik magyar készítmény a Richter-féle pernaemin. Az egyes közlések szerint a hatás nem minden esetben volt oly fokú, mint a májkészítményeké. Igy *Bertram* 11 esetben alkalmazta és 10-ben prompt hatott, 1 esetben hatástalan volt. 3 már előzetesen májkészítménnyel kezelt betege közül kettőnél olyan jól hatott, mint a máj, egynél kevésbbé jól. 3 esetben a stomopson csak vértransfusio alkalmazása után hatott, egy esetben, amelyben a gyomorkészítmény hatástalan volt, májkészítménnyel teljes sikert tudott elérni. A szer előnyére szolgál véleménye szerint az, hogy 3 spinalis tünetekkel járó esete közül egynél a tünetek elmúltak. Másodlagos anaemiánál 8 eset közül *Bertram* 5-nél látott eredményt. Magam eddig csak 3 esetben alkalmaztam. Ezek közül kettő nem jól tűrte és így két hét múlva adagolását abbahagytam, amely idő alatt a vérkép nem változott. Egy harmadik, remissióban levő esetben a szer adagolása után 10 nap múlva kezdett a hatás a granulofilamentosus sejtek felszaporodásában mutatkozni és a 3-ik hét után szaporodtak meg 600 ezerrel a piros vérsejtek is. A hetenkint végzett vérvizsgálati eredmények a következők: 1930 november 8. V. v. 2,470.000, Hb. 65%, granulofilocyta 2‰. November 14. V. v. 2,510.000, Hb. 66%, granulofilocyta 3‰. November 18. V. v. 2,450.000, Hb. 69%, granulofilocyta 6‰. December 1. V. v. 3,160.000. Hb. 82%, F. J. 1.3, granulofilocyta 30‰. A beteg subjectiv érzése szintén a negyedik héten javult. XII. 13. V. v. 3,020.000, Hb. 80%. F. c. 1.3, reticulocyta 10%. Ekkor a ventrocytholt kihagytuk. XII. 26. V. v. 3,100.000, Hb. 84%, F. J. 1.3, reticulocyta 6‰.

A további vizsgálatok hivatottak eldönteni azon kérdést, hogy a gyomorkészítmények súlyos vérszegénység minden esetében a májkészítményekkel egyenrangú hatást fejtenek-e ki, avagy az inkább a remissiós állapot fenntartására alkalmasak továbbá, hogy a recidiváló, tehát már nehezebben reagáló esetekben is e készítményt vagy inkább a májkészítményeket adjuk-e. A gyomor és a máj együttesen is alkalmazható. Ilyen készítmény a ventrepar. Bármiképpen is alakuljon a helyzet, mindenesetre a gyomor készítmények a vészes vérszegénység egy újabb therapiai gyarapodásának tekinthetők, amelyek egyes esetekben önállóan, máskor májkészítményekkel combinálva vagy arsenkészítmény és vértransfusióval kapcsolatban hozzák meg a kivánt sikert.

Torday Árpád dr., egyet. c. rk. tanár.

Az újabb helyi érzéstelenítő szerek értékéről.

Az újabb érzéstelenítő szerek használhatóságáról az irodalom áttekintése alapján véleményt mondani igen nehéz, sőt szinte lehetetlen.

Az egyes sebészi intézetekre hárul az a feladat, hogy az illető szert elfogulatlan bírálat tárgyává téve, arról a gyakorlat szempontjából véleményt mondjanak.

Az újabb érzéstelenítő szerek enemű bírálatait olvasva azonban, a legellentétesebb nézetek és tapasztalatok sorozatát találjuk egymással szemben, csalhatatlan jeléül annak, hogy a vélemények legtöbbje vagy egészében, vagy részleteiben nélkülözi a tárgyilagos bírálatot.

A *subjectiv* jó vélemények oka elsősorban talán a tiszteletreméltó lelkesedés, másrészről a tapasztalatok hibás értékelése.

A *subjectiv* rossz vélemények oka egyrészről az újítással szemben már eleve elfoglalt, bizalmatlan álláspont, másrészről az új szerrel való bánni nem tudás, hiszen minden gyógyeljárásnak meg vannak a maga apró fogásai, finomságai, melyeket csak hosszas használat és tapasztalat után sajátíthatunk el. Természetes tehát, hogy sem a kezdet esetleges sikereiből, sem azok sikertelenségeiből végleges következtetéseket levonnunk nem lehet.

Az újabb érzéstelenítő szerek előállításánál két célt kívántak elérni, a méreghatás lecsökkenését s az érzéstelenítő hatás fokozását, azaz az érzéstelenség kinyújtását.

A tutocain bírálatánál mindjárt két értékben nagyon eltérő véleménnyel találkozunk. A tutocain méreghatás a fele a cocainénak s kétszer mérgezőbb a novocainnál. Míg érzéstelenítő hatása *Braun* szerint négyszerese a novocainnak, addig *Wiedehopf* vizsgálatai szerint csak félszeresen múlja azt felül. Tehát éppen a gyakorlat szempontjából felmerülő legfontosabb kérdésben igen nagy a véleménykülönbség. S mit mutat a gyakorlat? Azt, hogy a befecskendéses érzéstelenítéshez ⅛—¼ százalékos oldat elegendő a ½—1% novocainnal szemben, s hogy a vezetéses érzéstelenítés céljaira ½% oldat elegendő a 2% novocainnal ellentétben. 5% oldatban, mint felületi érzéstelenítő szer pótolja a 10% cocaint. Hogy a tutocain szélesebb rétegben mégsem tudott elterjedni, annak oka ismeretlen.

A panthesin *Gessner* szerint 4½-szer, *Rotlin* szerint 2½-szer mérgezőbb, mint a novocain. *Gessner* súlyosan megtámadta *Rotlin* ezen véleményét, kimutatva azt is, hogy a panthesin az adrenalin hatását lecsökkenti s hogy 30-szor nagyobb a haemolyticus hatása, mint a novocainé s végül, hogy ennél 5-szörte nagyobb szívméreg. *Rotlin* ezen állításokat ugyancsak laboratóriumi kísérletek alapján megcáfolja, de a legsúlyosabb cáfolatot *Winterstein* adta meg, ki a Clairmont klinikájáról 4000 panthesin érzéstelenítésről számolt be, minden szövődmény nélkül. A szer ennek dacára sem tudott elterjedni.

A legellentétesebb nézetek azonban a percain körül vannak. A percain méreghatása kétségtelenül nagy, ötszörte nagyobb a cocainnál, érzéstelenítő hatása ellenben tízszerese ennek. Az érzéstelenség tartama 6—22 óra között váltakozik, tehát a szerzők többsége átlagos nyolc órás érzéstelenség mellett foglal állást, ami a novocain hatás négyszeresének felelne meg időben. Dacára ezen általánosan elfogadott és tapasztalt ténynek, legújabban *Pfefferkorn* csupán ¼ órával hosszabb hatást ír le. Szövet elhalást mindössze két szerző említ, egyik lágyék metszéseknél, a másik túl zsíros egyéneknél. Kérdés, hogy mivel a szert ismertetők igen nagy számából, csak ketten észleltek szövetelhalást, nem az oldat készítésnél voltak-e esetleges tévedések.

A halálesetek és mérgezések, egy esetet kivéve olyan érzéstelenítő eljárásoknál fordultak elő: cervicalis, lumbalis, splanchnicus, sacralis, paravertebralis érzéstelenítéseknél, hol ezen szövődményekre más érzéstelenítő szernél is el lehetünk készülve s bizonyosan elő is fordulnak csak nem szokták közölni. Kétségtelen, hogy a percain nagy méreghatása alkalmazásánál elővigyázatosságot és óvatosságot parancsol, az érzéstelenítés módozatát és az elhasználandó mennyiséget illetőleg.

Az említett három érzéstelenítő szer egyike sem fog oly általános elterjedtségnek örvendeni, mint a már bevált novocain.

Kétségtelen azonban, hogy megmutatták az utat, melyen tovább haladnunk kell, s hogy hosszabb érzéstelenítő hatásukkal máris konkurrensei lehetnek a novocainnak, mi sem bizonyítja jobban, mint, hogy a novocaint előállító IG. Farbenindustrie máris új szert dobott a piacra a novocain mellett, bár egyelőre csak kísérleti célokra, a „H" jelzésű készítményt.

A La Roche cég pedig a 1322 sz. kísérleti készítményével igyekszik eredményt elérni, melynek méreghatása bár kétszerese a novocainnak, időtartamban állítólag a percaint is felülmulja. Ha tehát az újabb érzéstelenítő szerek eredményeit két componensre bontva, azoknak gyakorlati és elméleti értékeit nézzük, megállapíthatjuk, hogy gyakorlati értékük számottevő, de nem teljes. Ezzel szemben elméleti értékük jóval nagyobb. Az újabb érzéstelenítő szerek elsőbbséget a novocain felett ez idő szerint még kivívni bár nem tudtak, mégis serkentőleg hatottak a kutatókra, miért is a vegyi laboratóriumok aránylag rövid idő alatt sok készítménnyel tudták a kitűzött célt, a kis méreghatást s a hosszú érzéstelenséget megközelítőleg elérni.

Scheitz László dr. sebész-szakorvos.

A mania kórképe és kezelése.

A régebbi psychiatria a maniát és melancholiát különálló kórképek gyanánt megkülönböztette a maniás és depressiós állapotok váltakozásából álló u. n. circularis elmezavartól. *Kraepelin* mutatott rá, hogy a két ellentétes hangulati elváltozás (mania-depressio) egymás mellett jól megfér és hogy fokozatos átmenetet találunk a még normalis határok között mozgó, labilis kedélyvilágu ú. n. cyklothym egyéntől az állandóan emelkedett hangulatú konstitucionalisan hypomaniás (ill. ennek megfordítottja, a konstitucionálisan depressiós) egyénen keresztül a kifejezetten maniás, ill. depressiósig. Ezen különböző fokozatok ugyanazon lelki alkat, a cyklothym constitutio talaján fejlődnek, mely lelki alkatnak a pyknikus testalkat a somaticus korrelatuma (Kretschmer).

A mania tulajdonképen kifejezett prodromalis tünetek nélkül lép fel. Gyakran a beteg maga keresi fel az orvost, különös belső izgatottságról, nyughatatlanságról, az egész kórképre jellemző álmatlanságról, sóvárgásról panaszkodva, máskor a környezet lesz a beteg nagyhangú kijelentései, könnyelmű cselekedetei alapján figyelmessé.

A kórképre magára rendkívül jellemző a hangulat állandó emelkedettsége, továbbá a psychomotoros izgalom, melynek következtében az összes psychés működések meggyorsulnak, de egyuttal felületessé is válnak. Az állandó hangulatemelkedettség a betegeket rendkívüli önbizalommal tölti el, a boldogságtól ragyogó arckifejezéssel, csillogó szemekkel, fiatalos, ruganyos lépésekkel, élénk taglejtésekkel járnak fel-alá, az egész világot rózsaszínben látják, minden gyöngyörű, tökéletes és ennek a gyönyörteljes világnak központjában az ő, ugyancsak tökéletes, erős, szép, nemes, okos, stb. egyéniségük áll, a legnehezebb feladatokra is képesnek érzik magukat. Ezen ártalmatlan állapot azonban pillanatok alatt átcsaphat — főleg a környezet meg nem értő viselkedése folytán — dühkitörésekbe, erőszakosságokba, természetesen csak a súlyos esetekben. A psychomotilitás gyorsult volta megnyilvánul elsősorban a gondolattársítás nagy mértékben gyorsult lefolyásában, az associatiók egymást követik (Ideenflucht), a normalis, logicus gondolattársítás alárendeltségi, értelmi törvényei érvényüket vesztik, az intellektualis gátlások megszünnek, az associatiók csapongóvá, felületessé válnak, egymáshoz sokszor csak külső, hangzásbeli összefüggések, hasonlóságok kapcsolják őket. Ugyancsak a gyorsult psychomotilitás hozza létre a folytonos cselekvésre való késztetést (Betätigungsdrang), a betegek állandóan tesznek-vesznek, ezer dologba belefognak, de az előbb említett felületesség, könnyű eltéríthetőség következtében semmit sem fejeznek be. Az akarati izgalom a beszédben is megnyilvánul, a betegek sokat fecsegnek, azonban — a fent említett associatiós zavar, a képzetek rendkívül gyors felmerülése miatt — könnyen elvesztik a fonalat. A figyelem szintén nagymértékben fokozódik, a beteg a legcsekélyebb dolgot is észreveszi, de azonnal el is ejti, a következő észrevétel kedvéért — újból csak a gyorsult psychomotilitás, felületesség, könnyen eltéríthetőség következtében. A gátlások megszünte különösen sexualis téren tapasztalható, a leggondosabban nevelt szemérmes fiatal leány maniás állapotában a legtrágárabb kifejezéseket használja, a libido fokozódása nemi excessusokra ragadhatja. Nemcsak a hangulat emelkedettsége, de a túlfűtött erotika kifejezője is a betegek önmagukat cicomázó hajlama. Az álmatlanság és a physikai fáradtság teljes hiánya fejezik be a legjellemzőbb tünetek sorozatát. Ezen cardinalis tünetek mellett néha nagyzásos téveseszmék, paranoidos vonatkozások is jelentkezhetnek — első a fokozott hangulat, önbizalom, utóbbi a gátláshiány, psychomotoros nyughatatlanság, izgágaság folytán a külvilággal beálló, elmaradhatatlan összeütközések eredményeképen. Azonban ezen téveseszmék soha olyan mélységet nem érnek el, az egyéniséggel annyira össze nem kapaszkodnak, mint az igazi paranoiás téveseszmék, sokszor úgy tetszik, mintha csak a hallgatót akarnák megtréfálni, gyakran az egész csak egy „jó vicc". Érzékcsalódások is előfordulhatnak, főleg a deliráns formánál, ahol kisebb-nagyobb öntudatzavarral párosulnak, látási, hallási hallucinatiók alakjában. Ezekre — leszámítva a deliráns formát — jellemző egy bizonyos játékszerűség, mintha a betegek önszántukból engednék át magukat az érzékcsalódásoknak, a schizophreniára jellemző ijesztő, kívülről rátörő idegenszerűség teljesen hiányzik.

A kórkép annyira karakterisztikus, hogy diagnostizálása nem okozhat különösebb nehézséget. A hozzá hasonló alkoholrészegség a gyorsabb lefolyás, a mindig fennálló kisebb-nagyobb fokú öntudatzavar alapján lesz elkülöníthető. A legnehezebb talán a differenciálás a katatoniások izgalmi állapotaival szemben, melyeknél a nehézséget még növelheti, hogy a maniásnál, mint említettük, lehetnek érzékcsalódások, téveseszmék. Az esetek legnagyobb részében valamely schizophren vonás (stereotypiák, bizarrság, impulsiv cselekedetek, stb.) mégis csak eldönti a diagnosist. Vezérelvünk legyen, hogy a schizophren gondolkodás psychologiailag teljesen érthetetlen, cselekedeteik kiszámíthatatlanok, emberileg megfoghatatlanok. A maniás eszmetolongás, cselekvésre való késztetés oly nagy fokot érhet el, hogy a sűrűn egymást váltogató impulsusok az effektuálódásig nem is juthatnak el, a beteg szinte megbénul, megnémul a reá szakadó, folytonos impulsusok hatása alatt és így elénk áll a maniás stupor képe, mely természetesen újra megnehezítheti a katatoniától való elkülönítést. Az expansiv paralyticus euphoriás hangulata, nagyzásos téveseszméi mellett sohasem hiányzanak a somaticus tünetek és a jellemző psychés kép: a kritikátlanság, a fokozódó elbutulás. Az epilepsiás beteget a maniással szemben a felfogás tompulása, az egész képben észlelhető lassúbb tempo, az erőszakos cselekedeteket jellemző elementaris brutalitás, a gyorsult associatio dacára fennálló megtapadások, stereotypiák, valamint az anamnesisben szereplő rohamok fogják megkülönböztetni. A késői korban fellépő mania és a dementia senilis között az utóbbi mellett szól az emlékezetzavar, a kritika csökkenése, accidentalis zavartság, a cselekvési késztetés éjjeli fokozódása, esetleg góctünetek. A hysteriás exaltatiónál szembetünik a külső okoktól, a „vágytendenciától" való függés, az egész állapot mesterkélt volta. A Basedowos hangulatemelkedettség, izgatottság a testi tünetek alapján lesz elkülöníthető. Az amentiát végül a lázas anamnesis, a zavartság, a hangulatnak gyerekesen vidám, majd sírós jellege fogja karakterizálni.

A mania önállóan néha csak egyszer, máskor meg periodusokban lép fel, csak ritkán válik chronikussá. Első fellépése leggyakrabban a pubertas körüli évekre esik, a 26—30 éves felső korhatárig, de előfordult már öregkori, elsőízben fellépett mania is. Szemben a melancholiával, itt átlag egyforma arányban betegszenek meg férfiak és nők. Az állapot megindításában exogén (kedélyi megrázkódtatás, egy esetben pl. a nászéjszaka) okok is szerepelhetnek, de ne feledjük, hogy az mindig egy endogen constitucio megnyilatkozása. A prognosist illetőleg a legnagyobb óvatosság ajánlatos, lehet, hogy az első roham egyben az utolsó is, de lehet, hogy periodusokban megismétlődik, vagy idővel chronikussá válik, vagy pedig egy maniás-depressiós elmezavar első fejezetét képezi. Az acut psychosis tartama néhány hét — néhány hónap, az egy évet ritkán haladja meg, minden esetben az intelligentia teljes épségbenhagyásával zajlik le; kivételt képeznek természetesen azon chronicus esetek, melyeknél vagy az alcohol, vagy az évtizedes internáltság hagy nyomot a betegek intelligenciáján. Általában a maniás könnyen válik alkoholistává, a lipsomania legtöbbször egy-egy enyhébb maniás periodus, mely alatt a beteget emelkedett hangulata, gátláshiánya alkoholexcessusokra ragadja.

A psychosis kezelése az oki momentumok ismeretlensége folytán tisztára tüneti. Intézeti elhelyezés csak a súlyosabb esetekben indokolt, a könnyen maniás beteget az intézet falai, a fegyelmi korlátok könnyen még izgatottabbá tehetik. Mértékadó a beteg socialis volta lesz, a pénzét elkótyavetyélő, esetleg erőszakosságokra hajlamos maniásnak intézetben a helye. A könnyebb esetek szanatóriumokban, sőt otthon is ápolhatók, figyelmeztetnünk kell azonban a környezetet a veszélyekre, melyek a maniás beteget az alcohol és a sexualis vigyázatlanság képében fenyegetik. Az izgatottság csökkentésére kiválóak

a protrahált langyos fürdők. Az álmatlanság leküzdésére alkalmazzunk — lehetőleg váltogatva — altatószereket. A bróm mértékletes adagolása szintén ajánlatos, csak a legsúlyosabb dühkitörések enyhítésére nyúljunk azonban scopolaminhoz.

Klimes Károly dr.

Gyermekek acetonaemiás hányása.

Az acetonaemiás hányás typusos gyermekkori megbetegedés, mely nem tartozik ugyan a mindennapi kórformák közé, de ismerete annál fontosabb. A betegség pontos kóroktanát nem ismerjük, de minden valószínűség szerint szénhydratanyagcsere-zavarról van szó. Elnevezése nem fedi egészen a valóságot, mert a vérben nincs aceton, csak sok ketonvegyület, de bőven van a kilégzett levegőben és a vizeletben. Mint tudjuk, ez diabetes mellitusnál is előfordul, ezért igen nagy valószínűséggel monhatjuk, hogy ez a megbetegedés is a szénhydratanyagforgalom zavara. *Knöpfelmacher* és *Hilliger* a szénhydratbevitel erős csökkentésével sikeresen váltották ki az acetonaemiás hányást arra hajlamos gyermekeknél.

Leginkább 3—10 éves korig lép fel neuropathiás gyermekeknél. Tünetei a következők: hirtelen kezdődő, kínző, csillapíthatatlan hányás, melynek száma elérheti a napi negyvenet—ötvenet. A gyermek táplálkozni nem tud, kihány minden lenyelt kortyot, sőt gyomor- és duodenumsecretumot, amiben vér is lehet. A beteg sápadt, szomjúság gyötri, nagyon kimerült. Szemei igen mélyen és sötéten aláárkoltak, első pillantásra a haldokló benyomását kelti. Láz mérsékelt, vagy nincs is. Pulsus szapora, percenkint 180—200, sőt ezen felül is lehet. A hasfal puha, az epigastrium tájéka néha fájdalmas. Ezen leírt súlyos formáján kívül gyakori a középsúlyos és enyhe alak (formes frustes).

A diagnosis felállításánál a legfontosabb, hogy kizárjuk az appendicitist és peritonitist, ami nem okoz nagy nehézséget. Szóba jöhet a meningitis tuberculosa. A has áttapintása, a lehellet aceton szaga, a vizelet erősen positiv acetonreactiója meg fognak óvni a diagnosticus tévedéstől.

A betegség prognosisa igen jó, bár leírtak halálos rohamot is. Amilyen hirtelen és hevesen lép fel, olyan gyors a reconvalescentia. Eltart nehány napig, a könnyű alakja esetleg nehány óráig. A gyermek óráról-órára javul, eltünik a szemek mély aláárkoltsága, az arc felderül, rohamosan csökken a hányások száma. A gyermek újra tud táplálékot felvenni, a vizelet és a lehellet acetonmentes lesz. Mint a betegség régi elnevezése — „cyklikus hányás" — is mutatja, időnkint ismétlődik, periodikusan visszatér. A közti idő lehet 1—2 hónap vagy esztendő. A pubertás meghozza a rohamok végleges elmaradását.

A kezelésben legfontosabb a szőlőcukor-nyújtás. Adhatjuk intravenásan, intramuscularisan (20%-os oldat), rectalisan (5—10%-os oldat) és subcutan (3%-os oldat). Ugyanakkor tanácsos insulint is adni. Mivel az anyagcsere savi irányban tolódott el, szódát is adagolunk, intravenásan vagy rectalisan (5%-os oldatból 30—40 ccm-t). Mint hányáscsillapító jó szolgálatot tehet az atropin subcutan, azonkívül novocain per os. Okvetlenül adjunk minden súlyos rohamnál cardiacumokat, mert a szapora pulsus miatt a szívizom kimerülése fenyeget. Ha a leírt beavatkozásokra semmi javulás sem áll be, *vértransfusiót* végzünk. A rohamok közti időközökben vegetabilis diaetát írunk elő, alkalit adunk és ne mulasszuk el a neuropathia kezelését.

Papp Gusztáv dr., kórházi alorvos.

KÉRDÉS — FELELET.

Kérdés: Egy 60 éven felüli tabeses betegem van, ki eddig klinikákon és egyebütt több ízben részesült neosalvarsan, bismuth, phlogetan, stb. kúrákban; állapota azonban minden egyes kúra után határozott rosszabbodást mutatott; a gastricus crisisek gyakoribbak, a lancinálások csaknem állandóak lettek. Utolsó phlogetan kúrát 1930. októberben végeztem nála. Jelenleg csak támogatással és két mankóval képes pár lépést tenni; kifejezett arthropathiája és genn recurvatuma van a jobb oldalon; lancináló fájdalmai és gastricus crisisei csaknem állandóan fennállanak és domatrinnal és antineuralgicumokkal alig befolyásolhatók.

Ajánlatos volna-e nála egy arsamynol kúrát végezni, annak veszélye nélkül, hogy állapotában ez újabb rosszabbodást idézne elő? *E. B.*

Felelet: Az esetből kiviláglik, hogy a beteg sajnos már oly súlyos állapotban van, hogy alig remélhető egy újabb kúrával lényegesebb enyhülést elérni; sőt semmi biztosíték, nem lesznek-e még súlyosabbak a tünetek. Ily kétségbeesett esetben igazán csakis *symptomaticus kezelésnek* van helye. A súlyos crisisek ellen meg lehetne kísérelni az endolumbalis bromnatrium kezelést, persze csakis kórházban, klinikán, vagy sanatóriumban. De alig hiszem, hogy ez az eset alkalmas lenne erre.

Kérdés: 27 éves férfibetegem egyszerre acquirált gonorrheát és primaer sclerosist. Fluorja közösülés utáni nehány napra jelentkezett, a fitymán levő sanker közösülés utáni 4-ik héten. Patiens kezelésre közösülés utáni hatodik héten jelent meg, mikor már nagy kemény fájdalmatlan nyirokcsomói is voltak a lágyéktájékán. A megkezdett antilueses kúrával egyidejüleg fluorja kezelésére 1:200-hoz protargolos fecskendezéseket, Foliorum uvae ursi theát és hexamethylentetramin porokat rendeltem. Fluorja már a második neosalvarsan injectio után (0.30 gr) teljesen megszünt, a sanker is halványodni kezdett, de csak az ötödik injectio után (0.15, 0.30, 0.45, 0.60) tünt el nyomtalanul. Én a kezelést főleg a lu. ellen igyekeztem abortiv módon lefolytatni és a go-s fertözés, mely pedig már öt hete fennállott, szinte prompt meggyógyult. Nem lehetséges-e, hogy a neosalvarsan esetleg az egyidejüleg adott bismosalvan injectiók hatottak a gonorrheára is abortive? Történt-e már kísérlet a go.-s fertözés kezelésére spirochaetás betegségek kezelésére használt gyógyszerekkel?

Felelet: A fenti kérdésre azt a választ adhatom, hogy ily fajta gyógyító kísérletek szétszórtan találhatók az irodalomban. Eltekintve, a *S. Gröss* által inaugurált intravenás neosalvarsan-therápiától, melyet a hólyag és a vesemedence gyulladásos betegségei ellen alkalmaznak, fölemlítem a legújabb irodalomból a következő nehány adatot. *Girald* és *Trigher* neosalvarsant és sulfarsenolt gonorrhoeás septicaemia ellen adott sikerrel. *Ikoma* 15 esetben salvarsan injectiókkal (2—3 inj.) kezelte jó eredménnyel a kankós epididymitist. *Mouradian* localisan, intraurethralisan kezelte a kankót salvarsan oldatokkal. Bismutra vonatkozóan fölemlítem, hogy *Da Costa* a heveny és idült kankót 14—48 bismuth-injectióval teljes sikerrel kezelte, összesen 18 esetben. Ő a bismuthan nevü készítményt használta. *Guszman.*

Felkérettünk a következő sorok közlésére:

Az O. H. mellékletének f. é. 2-ik számában *K. S.* dr. kérdésére adott feleletthez részemről még a következőket fűzném hozzá:

Akár lueses eredetü, akár luessel társult a szóban forgó (nephritis nélküli?) nephrosis, fontos az oedemák diuresis útján való levezetése. Jóllehet a már ajánlott bismuthnak bizonyos mértékü diuretikus hatása is van, mégis (ha az üledék vörös vérsejtektől mentes, a higany-diureticumok valamelyike (novurit, salyrgan) megkísérelhető, annál is inkább, mert a hg. specialis hatásának a kifejezésre jutására is lehet számítani. Nitrogenretentio hijján, intact szív esetén pajzsmirigy készítmények is igénybe vehetők, napi 10—15 gr. ureummal és calcium lacticummal együtt. Emellett szükség szerint cardiacumok is adagolhatók.* *Bajusz Mihály dr.*
(Kecel.)

---

* *Bajusz* kartársunk ajánlatát az általánosan ismert klinikai tapasztalatok alapján feltétlen helyeseljük. *(Szerk.)*

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. rk. tanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos

A sebészi kézdesinfectio kérdése.

A modern therapia *Siegfried*-hősének, a sebészetnek megmaradt egy sebezhető pontja, amelyet az asepsis sárkányvére nem vértezett fel a veszedelmek ellen: ez a sebész keze. Ma, amikor berendezkedéseink lehetővé teszik, hogy minden műtéti anyag és eszköz tökéletesen csírmentes állapotban kerül használatba, akkor a legfontosabb instrumentumnak, a sebész kezének sterilizálása csak tökéletlen formában nyer megoldást.

Pedig magának az asepsis tanának térhódítása is a kéz-desinfectio kérdésével kezdődött s legelső fejezete *Semmelweis* nevével s az *aqua chlorina*-ban való kézmosással indult. Azóta rengeteg kísérletezés, sőt a sebészeknek szinte fakirismus számba menő önfeláldozása sem tudott olyan eljárást produkálni, amely a problemát száz százalékosan megoldotta volna. Nincs semmiféle olyan chemiai csírtalanító eljárás, amellyel a kezünk asepsisét képesek volnánk létrehozni a bőr épségének veszélyeztetése nélkül. Az is bizonyos, hogy mechanicus eljárásokkal is csupán a bőrfelületről sikerül a kórokozó csírokat eltávolítani. Ez is csak rövid időtartamra korlátozott eredmény, mert a porusok mélyén meghúzódó bacteriumok rövid idő mulva a különböző mirígyváladékokkal ismét felszínre kerülnek. Ez a két megismerés hozta létre azt a compromissumos desinfectiós eljárást, amely *Fürbringer* neve alatt ismeretes, s amely 15 percig tartó folyó melegvízben, szappannal és kefével való kézmosást és további 5 percig tartó alcoholban és sublimatoldatban való ledörzsölést jelent. Ez az eljárás mechanicusan eltávolítja a bőrfelületen levő csírokat és cserzi a bőrt az alcohol segítségével abból a célból, hogy a pórusokat elzárja s így megakadályozza az azok mélyén rejtőző csíroknak a felszínre való jutását. Később a sublimat kiesett ebből a procedurából, mert amint a kísérletek bebizonyították, számottevő előnyt nem jelentett, viszont igen sok sebész keze kínos, évekre szóló eczemáknak esett általa áldozatul.

A fentiekből azonban kitünik, hogy ez az eljárás sem jelent tökéletes megoldást, mert hiszen minél megerőltetőbb műtét közben a kezek munkája, továbbá minél bővebb és gyorsabb individualisan, constitutionalis okokból a sebész bőrmirígyeinek a secretiója, annál hamarabb megy tönkre ez a pusztán a bőrfelületet illető kézsterilitás. Azért ehhez a módszerhez az is hozzátartozik, hogy a sebész a legaggódóbb figyelemmel vigyázzon a műtéti tevékenységen kívül is kezének tisztaságára, hogy legalább is a pathogen csírokkal való érintkezésbe kerülés lehetőségét a minimumra csökkentse.

Óriási haladást jelentett a kézdesinfectio terén a gummikeztyű használatának bevonulása. A tökéletesen sterilizálható gummikeztyű tényleg az ideális megoldást jelenti mindaddig, amíg a gummikeztyű ép. Abban a percben azonban, amikor a gummikeztyű műtét közben mechanicus vagy traumás insultus következtében a legkisebb mértékben is megsérül, akkor ugyanazokkal a veszélyekkel találjuk magunkat szemben, mint az előző eljárásoknál, sőt ezek a veszélyek egyenesen megsokszorozódottaknak tekinthetők. Ugyanis a hermetikusan lezárt bőrfelület légzésének páratartalma a keztyű belfelületén lecsapódik, a kézen egyenetlenül megfeszülő gummikeztyű egyes helyein uralkodó negativ nyomás a pórusokra egyenesen szívó hatást fejt ki, aminek következtében létrejön az úgynevezett „keztyűlé", amelynek mennyisége egyenes arányban van a műtét tartamával, a végzett munka intensitásával és a sebész kézbőrének exsudativ készségével. Annak ellenére, hogy kezünket a *Fürbringer*-eljárással — sőt ezen felül is „addig mosakodva, amíg lelkiismeretünket tisztára mostuk" — készítettük elő a gummikeztyű felhúzása előtt, mégis ez a keztyűlé tetemes mennyiségben tartalmaz pathogen és nem pathogen csírokat, amelyek a gummikeztyűnek akár csak tűszúrásnyi defectusán keresztül a sebbe kerülhetnek és a sebgyógyulási szövődmények egész sorát indíthatják meg. Pusztán a csírok minőségétől függő véletlen, hogy ezek a szövődmények egyszerű sebszélnecrosisban, fonálgenyedésben, könnyű lefolyású localis exsudativ jelenségekben, vagy pedig a legijesztőbb gyorsasággal lefolyó sepsisben nyilvánulnak-e meg.

A gummikeztyű épsége tehát a keztyű minden előnyének előfeltétele. Műtét közben az épséget veszélyeztető mechanicus insultusok ellen kielégítően véd a gummikeztyű fölé húzott száraz — vagy egyéb okokból nedves — cérnakeztyű. A traumás insultus ellen csak a kismozgású sima, könnyű elegáns technika véd, amely tehát nem pusztán a műtétet néző idegen számára való, de biztosítja a keztyű épségét is, sőt a „verejtékes" dolgozással szemben a keztyűlé-képződés mennyiségét is lecsökkenti. Nem véd meg azonban bennünket semmi sem azoktól a defectusoktól, amelyek láthatatlanok, s magának a gummikeztyű anyagának porozítása folytán jönnek létre. A porozítás foka függ a gummianyag minőségétől s rohamosan emelkedik minden egyes hősterilizálás alkalmával. A hősterilizálás a gummianyag legnagyobb ellensége. Vizsgálatok mutatják, hogy az egy ízben sterilizált gummikeztyű 8 kg víznyomásnak képes ellenállni, anélkül, hogy egyetlen cseppet keresztül engedne. Ezzel szemben egy tízszer sterilizált gummikeztyű már 3 kg nyomásnál sugárban engedi keresztül a vizet anélkül, hogy látható defectus volna rajta észrevehető. A porozitásból eredő veszélyeket csak úgy lehetne kiküszöbölni, ha minden műtéthez vadonatúj keztyűket használnánk. Ez azonban ma még a legjobban dotált intézetekben sem lehetséges. Mégis sokat tehetünk a veszélyek elhárítása érdekében, ha a gummikeztyűket úgy kezeljük, mint értékes műszerünket: tehát kíméletesen bánunk vele, műtét után még kezünkön folyóvízben lemossuk, levétel után pedig személyesen győződünk meg a keztyű épségéről azáltal, hogy a levegővel töltött keztyűt víz alá merítjük. A sérült keztyűt a sértetlenektől azonnal isolálnunk kell. Olyan intézetekben,

ahol minden egyes sebgyógyulási szövődmény esetén pontos oknyomozási eljárás indul meg, a vizsgálat leggyakrabban a lyukas, vagy porozussá vált gummikeztyűhöz érkezik meg. A legjobb statisztikák szerint is az asepticus műtéteknél még ma is mutatkozó 2—2½% sebfertőzés oka nagyrészt ebből magyarázható.

A gummikeztyű kímélésének szempontjából feltétlenül megfontolást érdemel *Demmer*nek legutóbb tett ajánlata, aki 12 éves tapasztalataira hivatkozva, a gummikeztyűk hideg úton való desinfectióját ajánlja. *Demmer* eljárása szerint a gummikeztyűket műtét után kívülről, belülről szappannal kell megmosni, tisztára öblíteni és 2%-os sublimatoldatban a steril műtétek után 15 percig, a septicus műtétek után 60 percig áztatni. A sublimát desinfectio után a keztyűket steril compressek között szárítja és steril talcummal beszórva tárolja a következő műtétig. Műtét előtt a műtő csak 1 percig mosakszik vízben és 1 percig alcoholban, kiindulva abból az álláspontból, hogy több eredmény a *Fürbringer*-féle mosakodástól sem várható. Ezután sterilkendővel leszárított és talcumozott kezére felhúzza a desinficiált gummikeztyűt, amelyet most már a kezén fél percig folyóvízben kefével mos, majd 2 perces 2‰-es sublimatfürdőbe merít. Az eljárás előnyét főleg abban látja, hogy a hősterilizálással nem bántalmazott gummianyag elasticitásában feltétlenül megbízhat. Ilyen eljárás mellett még a legpessimistikusabb számítással is csak 1.6% sebfertőzés fordult elő az osztályán az absolut sterilműtétek után. Emellett az eljárás gazdasági előnyei letagadhatatlanok: 1 pár keztyűt átlag 53 ízben használhatott, szemben a hősterilizálással, előkészítő eljárással, amelynél maximálisan 10 ízben marad a keztyű használható állapotban. A mosakodással eltöltött időn a sebész ezer műtétenként 213 órát, tehát több mint 8 napot takaríthat meg, nem is említve az anyagmegtakarítást, amely az összehasonlíthatatlanul kevesebb szappan-, kefe- és alcoholfogyasztásból ered.

Mészáros Károly dr., egyet. tanársegéd.

Mi a teendő spina bifida esetében?

A spina bifida elnevezést, mint gyűjtőnevet használjuk a csigolyaívek és a gerincvelő veleszületett hasadékainak megjelölésére. A gyakorló orvost ezen nem túlságosan ritka fejlődési rendellenességnek (1000 újszülöttre kb. egy sp. b. esik) főképen azon alakja érdekli, melyet spina bifida cysticának nevezünk. Ez a bántalom úgyszólván félreismerhetetlen és alig téveszthető össze más betegséggel. Ha újszülöttnél a hát középvonalában legtöbbször az ágyéktájon, félgömbalakban elődomborodó, gyakran heges, vagy kifekélyesedett bőrrel fedett, hullámzó daganatot találunk, a sp. b. kórismézét bizvást felállíthatjuk. Nem térhetek itt ki a sp. b. c. különböző alakjainak részletes ismertetésére és differentialdiagnosisára; a gyakorló orvos szempontjából teljesen elegendő, ha tudja, hogy van meningokele és myelokele s e kettő között különbséget tud tenni. A *meningokele* a sp. b. c. legenyhébb, de ritkán előforduló alakja, melynél a folyadékgyülem a gerincvelő burkai között foglal helyet, de maga a velő ép. Felismerhető arról, hogy a tömlő majdnem mindig a sacralis tájékon ül, ép bőrrel fedett és a gerinccsatornába vezető csontos gyűrű aránylag szűk. Idegkiesési tünetek enyhék, vagy teljesen hiányoznak.

Súlyosabb, de, sajnos, jóval gyakoribb fejlődési rendellenesség is a *myelokele*. Mint neve mutatja, a hasadék itt már a gerincvelőre is kiterjed s a tömlő falát a medulla spinalisnak folyadék által előboltosított mellső lemeze alkotja. Felismerését megkönnyíti, hogy 1. ennél az alaknál súlyosabb idegtünetek (alsó végtag-, hólyag- és végbélhűdés stb.) sohasem hiányoznak s hogy 2. bőrt csak a cysta periferiás részén találunk (zona dermatica), míg a cysta közepét az élénk vörös, nyálkahártyához hasonló zona medullo-vasculosa foglalja el. Ez nem más, mint a tömlő falában szabadon fekvő, sarjszövettel borított velőállomány.

A meningokele és myelokele között mintegy középhelyet foglal el a myelocystokele, mely lényegében a gerincvelő központi csatornáját cystikusan kitágító folyadékgyülem. Klinikailag a két előbbi alaktól csak nehezen különíthető el.

A mi már most a sp. b. kezelésének kérdését illeti, itt mindjárt le kell szögezni, hogy műtéti kezelésre az eseteknek csak kisebb része való. Ez a megállapítás azért fontos, mert gyakran tapasztaljuk, hogy kórházba, sürgős operációra küldenek olyan eseteket, melyek arra egyáltalában nem alkalmasak. Ennek az a lehangoló eredménye, hogy a műtét megtagadása után reményükben csalódott szülők a kórházból elkeseredetten, bizalmatlanul távoznak. Tudnivaló, hogy a spina bifidás csecsemők nagyrésze nemcsak az alapbántalom által okozott kiesési tünetekben, de egyéb súlyos, világrahozott fejlődési rendellenességekben is szenved, úgyhogy ezeknél a műtétnek semmi értelme sincs, sőt az eugeneticai szempontból határozottan elvetendő. A szülőknek meg kell magyarázni, hogy az ilyen csecsemő, ha az operatiót ki is bírja, világéletében szerencsétlen nyomorék marad. Tudni kell azt is, hogy műtéttel a már meglévő bénulásokat és egyéb idegtüneteket sem javítani, sem megszüntetni nem lehet, sőt nem ritkán éppen a műtét következtében a hűdések még kiterjedtebbekké válnak, hydrokephalus lép fel, vagy a már meglévő hydrokephalus súlyosbodik. A műtéttel mindössze annyit érhetünk el, hogy a tömlő kiirtása és a hasadék elzárása által az ilyen csecsemők életét állandóan fenyegető meningitis veszélyét elhárítjuk.

Az elmondottakból önként következik, hogy a műtéti kezelésből feltétlenül kizárandók mindazok a csecsemők, akik hydrokephalusban, súlyos motoricus bénulásokban és fejlődési rendellenességekben szenvednek, valamint azok is, akiknél a műtét a hasadék nagysága miatt technikailag kivihetetlen, vagy már oly rossz állapotban vannak, hogy a beavatkozást előreláthatólag nem bírják ki.

Természetes, hogy ott, ahol ezek az absolut ellenjavallatok hiányoznak, mint különösen az egyszerű meningokelenél és a myelokele némely enyhébb alakjánál, a műtét nemcsak teljesen jogosult, de szükséges is, mert különben a gyermek meningitisben vagy egyéb szövődmény folytán előbb-utóbb elpusztul. A közvetlen műtéti eredmények ezen enyhébb esetekben általában kedvezőek is, de sikerről csak akkor beszélhetünk, ha a végleges eredmény is jó. Sajnos, elég gyakran előfordul, hogy a közvetlen műtéti eredmény nagyon szépnek látszik, néhány hóval később pedig a csecsemőt már hatalmas hydrokephalussal, trophicus fekélyekkel, incontinentiával stb. látjuk viszont.

A mi a beavatkozás időpontját illeti, myelokelénél, ha az eset műtétre egyáltalán alkalmas, azt a meningitis fenyegető veszélye miatt lehetőleg sürgősen, akár a születés utáni első napokban kell elvégezni, míg meningokelénél, ahol ez a veszély nem imminens, jobb várni, néhány hónapig a műtéttel.

A műtétre alkalmatlan esetekben kizárólag arra szorítkozhatunk, hogy a csecsemő gondos ápolása és tisztántartása, mechanikai ártalmaknak a vékony tömlőtől való távoltartása, a nyitott vagy kifekélyesedett falú tömlő asepticus kötözése által a fertőzési lehetőségeket csökkentjük, bár az ilyen csecsemők minden iparkodásunk dacára hosszabb vagy rövidebb idő alatt úgyszólván kivétel nélkül elpusztulnak. Ha a cysta erősen feszül, úgyhogy áttöréstől kell tartani, megpróbálhatjuk tartalmát ismételt punctióval kiüríteni, de az így elért eredmények is csak ideiglenesek.

Mindent összevetve azt kell mondani, hogy a spina bifida cystica prognosisa conservativ kezelés mellett absolut rossz, a műtéti eredmények pedig még az operatióra alkalmas esetekben is nagyon szerények.

Milkó Vilmos dr., egyet. magántanár.

A pupillazavarok diagnosztikai jelentősége.

Egészséges viszonyok között a pupillák egyenlő nagyságúak (isocoria), körkörösek és úgy fény behatására, mint alkalmazkodásra és az ez utóbbival rendesen együttjáró convergentiára jól reagálnak. Az egyik szem megvilágítása a másik szem pupillájának is az összehúzódását vonja maga után (consensualis reactio). Kóros körülmények között megváltozhatik fél vagy mindkét oldalt a pupillák alakja (ovalis, csipkézett szélű pupillák stb.), helyzete (excentricus pupilla), nagysága (myosis, mydriasis), az egyik oldali lehet szűkebb, a másik tágabb (anisokoria) és végül különböző zavarok mutatkozhatnak a reactiókban is. Mindezeknek az egyes betegségek felismerésében igen nagy diagnosticai jelentőségük van. A gyakorlati szempontból fontosabb pupillazavarok a következők:

I. *Argyll—Robertson-tünet.* Nevezik reflectoricus pupillazavarnak, vagy fénymerevségnek is. Fényhatásra nincs reactio, azonban a convergentia reactio vagy normalis vagy fokozódott. Bevezetője rendesen a reflectoricus fény*renyheség*. A pupillák rendszerint szükek, myoticusak. Lehet fél- vagy mindkét-oldali. Az előbbi esetben anisocoria mutatkozik, amikor is a szűkebb pupilla a kóros. Féloldali reflectoricus pupillamerevség esetében a pupilla nem szűkül meg sem az ugyanazon oldali, sem a másik szem megvilágításakor, míg a másik pupilla úgy direct fényre, mint consensualisan reagál. A pupillát tágító szerek behatására, cocainra, adrenalinra csak csekély tágulás szokott bekövetkezni. Az Argyll—Robertson-tünet alapját valószínűleg az afferens pupillareflex-rostoknak a laesiója teszi.

A reflectoricus pupillazavar, mint tartós tünet leggyakrabban a metalueses betegségeknek, a paralysisnek és a tabesnek a jele. De előfordul alkalomadtán idült alcoholismusnál, sclerosis polyinsularisnál, fejet ért traumáknál és ritkán diabetes mellitusnál is. Többen észlelték az encephalitis epidemicánál. Éppen ennél a betegségnél az *inversus Argyll—Robertson* is előfordul, amikor a fényreactio megtartott, kialudt convergentia reactio mellett *(Kroll)*. A corpus quadrigeminumok tájékán székelő daganatok szintén okozhatnak Argyll—Robertsont; ilyenkor azonban tekintő bénulás is csatlakozik a kórképhez, a pupillák pedig nem szűkek, hanem középtágak. Az ú. n. *pseudoreflectoricus* pupillazavar magának a nervus oculomotoriusnak a laesiója folytán támad. Ugy látszik, a convergentia szolgálatában álló rostok ellentállóbbak, mint azok, amelyek a fényingert vezetik. Ezért különösen traumáknál (miért is a pseudoreflectoricus pupillazavart traumás pupillamerevségnek is hívják), de elég gyakran a középső koponyagödör daganatai esetében is felléphet a pupillaraflexeknek ez a dissociatioja: elmarad a fényreactio, míg a convergentiás szűkülés megtartott. Ellentétben a valódi fénymerevséggel, cocainra itt prompt reactio következik be.

2. Az *absolut pupillamerevségnél* a pupillák semmire sem reagálnak. A pupillák rendesen erősen tágultak. Az absolut pupillamerevségnek sokszor az *absolut pupillarenyheség* a bevezetője. Ebben az esetben a pupillák nagyfokú mydriasisa még nem észlelhető. Az absolut pupillamerevség oka a *Westphal—Edinger*-magnak, vagy magának az oculomotoriusnak a laesiója. Ha a szem erőltetett behunyása a pupilla megszükülését okozza *(Westhphal—Piltz-féle orbicularis tünet)*, a laesio supranuclearis helyére kell, hogy következtessünk.

Az absolut pupillamerevséget leggyakrabban a lues cerebrospinalisnál láthatjuk. Ritka a paralysisnél. *Behr* szerint leginkább még a juvenilis paralysisnél fordul elő. Észlelhetjük mindazoknál a bántalmaknál, amelyek a n. oculomotoriust alterálják, így meningitisek, daganatok és traumák esetében. Ha az egész oculomotorius elpusztul, teljes ophtalmoplegia támad. A dissociált oculomotorius bénulás, különösen az ophtalmoplegia interna rendesen centralis eredetű és a *Westhpal—Edinger*-magnak és a musculus ciliaris magcsoportjának a laesiójára hívja fel a figyelmet. Ha az oculomotorius nem bénult, hanem izgalomban van, a pupillák szükek és a reactiók is többékevésbé alteráltak (myosis spastica). Az absolut pupillamerevséget észlelhetjük még a botulismusnál és a chronicus alcoholmérgezésnél is. Az encephalitis epidemicanál az absolut pupillamerevség gyakoribb, mint az Argyll—Robertson. *Hudovernig* mindenesetre az extrapyramisos rendszer zavarával magyarázza éppen az encephalitis epidemicánál a pupilla merevséget. Valóban néhány esetében az absolut pupillamerevség atropin adagolására megszünt. Megemlítendő végül, hogy egyes gyógyszerek behatása szintén okozhat absolut pupillamerevséget, így egyfelől az atropin, scopolamin, cocain stb., másfelől az opium, morphium, eserin. Az előbbiek esetében a pupillák tágak, az utóbbiaknál szűkek és nem reagálnak. A duboisin, a filix mas és a chloroform narcosis behatására a pupillák szintén mydriaticusak és merevek. Ugyanígy van psychés izgalomnál, erős fájdalmak, félelmek, az epilepsiás és hysteriás rohamok esetében is. Itt kell megemlítenünk, hogy az öreg korban a pupillák rendesen szűkebbek és renyhébben reagálnak, mint a fiatalabb években, úgyhogy a pupilláknak ez a magatartása a seniumban élettaninak tartandó.

3. *Amaurosisos merevség.* A látóideg vagy a retina megbetegedései által okozott megvakulásnál a pupilla fénymerev, de az ép szem felől consensualis reactio kiváltható. Az alkalmazkodási reactio megtartott. Az agykérgi eredetű vakságnál a reactiók épek.

4. *Hemianopsiás (Wernicke-féle) pupillamerevség* a tractus opticusok laesiójára utal. Kimutatására különleges készülékek szükségesek. Rendes tünet az anisocoria és a tág szemrés a hemianopsia oldalán. *(Behr.)*

5. *Paradox pupilla reactiók.* A paradox fényreactio (fényre tágulnak, beárnyékolásra szükülnek a pupillák) és a paradox convergentia vagy másképen pervers pupilla reactio (alkalmazkodásnál a pupillák kitágulnak), nagyon ritkák. Épp oly kevés diagnosticai jelentőségük van, mint az ú. n. *pupillotoniának*. Legtöbbször hibaforrásból származó téves megítélésen alapulnak.

A nyaki sympathicusnak vagy a C 8—D 1 gerincvelői szelvényekben székelő centrum ciliospinalenak a megbetegedése, így syringomyelia, nyaki borda, struma, daganatok stb. esetében, a *Claude—Bernard—Horner*-féle tünetcsoportot idézi elő: myosis, sympathicus ptosis, enophtalmus, anhydrosis mutatkozik a bénulás oldalán. Ha a sympathicus izgalomban van, éppen ellenkező tüne-

tek lépnek fel. Mint reflectoricus sympaticus távolhatás a tüdő, máj, féregnyújtvány stb. megbetegedései szintén okozhatnak a homolateralis pupillán mydriasist és így anisocoriát tételezhetnek fel. Mellesleg megemlítve a szem localis betegségeinél, továbbá refractiós rendellenességeknél szintén láthatunk pupilla zavarokat. Enyhébb fokú anisocoria, ha a reactiók normalisak, különösebb jelentőséggel nem bír, mert neurastheniánál, psychopathiáknál elég gyakran előfordul.

Stief Sándor dr., egyet. magántanár (Szeged).

KÉRDÉS — FELELET.

Kérdés. *(K. B. dr.)* Melyek a pancreas-lithiasis tünetei? Van-e oly módszer (röntgen-, functiós-vizsgálat, szék- vagy vizeletben eltérés), ami a kórismét kétségtelenné teheti? Belsőleg kezelhető-e? Lehet-e a beteg hosszú ideig esetleg élete végéig tünetmentes? A műtéti eltávolítás miként történik? Mennyi a percentuális műtéti eredmény?

I. felelet: Klinikai tünet csak akkor keletkezik, ha a kővel kapcsolatosan infectio vagy a váladék elfolyásának akadálya áll fenn. Előbbi esetben az epekö-colicához hasonló roham jelentkezik, a fájdalom azonban inkább középütt vagy kissé baloldalt localisálódik. Olykor nyálfolyás, collapsus, ileusszerű tünetek kísérik a rohamot. E tünetekre természetesen még nem építhető fel a diagnosis, ami — még ha bizonyos, alább következő jelek alapján a pancreas részvétele a folyamatban valószínűnek is vehető — az elkülönítő kórisme szempontjából nemcsak egyéb pancreas betegségekkel (vérzés, heveny necrosis, gyulladás stb.), hanem az ezek pathologiájában oly nagyjelentőségű epekő, illetve a környező szervek (átfúródó gyomor-, duodenalis-fekély, összenövések stb.) rohamszerűleg megjelenő kórképeivel szemben is igen nagy nehézségekbe ütközik. Röntgennel a kő kimutatása csak kivételesen sikerül *(Pfösinger* közöl egy ily esetet). A kivezető cső elzáródásánál a steatorrhoea, kreatorrhoea, a vizeletben, vérben emelkedett, a székletben csökkent diastase mennyiségi viszonyaiból, vagy alkalmas intézetekben a fehérje-, zsíremésztés ú. n. kihasználási próbáinak eredményéből ceteris paribus felismerhető a pancreas laesio. Hosszabb ideig fennállott elzáródáshoz az idősült pancreatitis tünetei csatlakoznak. Ilyenkor az esetek közel 50%-ában glycosuria is található. Gyakorlatilag mindezek a jelenségek alig értékesíthetők; mire felismerjük őket, a beteg sorsa többnyire már megpecsételödött. Azokban a ritka esetekben, amikor a kő szerencsésen kiürült, az epekővel szemben differentiál-diagnostikai lelet az, hogy a kő sem bilirubint, sem cholesterint nem tartalmaz. Hosszú ideig fennálló tünetmentesség kő jelenléte ellen szól. Belorvosi kezelés biztos kórisme esetén céltalan, sőt mühibának tekintendő; csak észszerű sebészi beavatkozás segíthet. (V. ö. e rovat 1930. 27. sz.: *Paunz Lajos dr.*: „A pancreas betegségek functionalis diagnosticája" c. közleményét.)

Gerlóczy prof.

II. felelet: A pancreas kő a kivezetőcső elzáródása által okoz tüneteket. Kólikás fájdalmak lépnek fel a pangás következtében, melyek nehezen különíthetők el az epekö-kólikától, különösen akkor, ha a betegnek tényleg van is epeköve. A pancreasból kiinduló fájdalom inkább baloldali, s a has felső felébe és a vesetájra sugárzik ki. Tartama lehet rövid, pár órás, de napokig is eltarthat és bizonyos időközökben ismétlödhetik. A kólika ideje alatt a vizeletben rendesen cukrot találunk, s az ilyenkor esetleg fellépő nyálfolyás jellemző. Ha az elzáródás hosszabb ideig tart, a székletből kimutatható a pancreas emésztés kiesése. Néha a kő a Vater papillához közel fekve elzárhatja a choledochust s ilyenkor icterus lép fel. A röntgenfelvétellel a kő ritkán kórismézhető *(Schmieden* 20 esetében kétszer). Tünetmentes időszakban megkísérelhetjük fürdők, melegborogatások és pilocarpin injectiókkal a secretio fokozását és a kő elhajtását. Az eredmény azonban legtöbbször elmarad. A kólikák újból fellépnek, úgyhogy műtét válik szükségessé. A műtét módja a kő helyétől függ. A Vater papillához közel levő kövek a duodenum megnyitásával a papillán keresztül távolíthatók el. A pancreas testében vagy farkában levő kövekre reá kell metszeni. Ha genyedés nincs jelen, a pancreas sebét összevarhatjuk, genyedés esetében azonban tamponálnunk kell. A pancreas tehermentesítése céljából *Einhorn* az egyidejü cholecystostomia végzését ajánlja. A műtétnél meg kell néznünk az epehólyagot s ha abban követ találunk, úgy azt irtsuk ki. A közvetlen műtéti halálozás nem nagy (pl. *Schmieden* 11 operált betege közül egy sem halt meg). A végleges gyógyulás azonban attól függ, hogy a kő következtében fellépő idült pancreatitis folytán mennyiben pusztult el a mirígy állománya. Nagyfokú pusztulásnál ugyanis diabetes, cachexia léphet fel, mely hosszabb-rövidebb idő mulva elpusztítja a beteget.

Matolay György, egyet. magántanár.

Kérdés. *(G. J. dr.)* Jár-e a luminal állandó szedése valami utókövetkezménnyel? Hogyan fejti ki a hatását? Egyik hy.-ás betegem állandóan szedi s ha megvonják tőle, olyanféle kiesései vannak, mint a morphinistánál, ha hirtelen abbahagyjuk a morphiumot. Mi ennek a magyarázata?

Felelet. A luminal phenylaethyl-barbitursav s mint ilyen közeli rokona a veronálnak s ugyanúgy a tudatra hat, mint a veronál. Igy éri el altató hatását, amely célra 0.2—0.3 gm elégséges. Hatása kiterjed a motoros centrumokra is s ebben a minőségben kiváló antiepilepticum, mint ilyent epilepsiás betegeknek évekig szoktuk adni, anélkül, hogy bármi mellékhatást, vagy utókövetkezményt tapasztalnánk. Megvonása nem jár semmiféle abstinentiális tünettel, úgyhogy jelen esetben hysteriás reactio a betegnél a producált megvonási tünet.

Somogyi István dr., egyet. magántanár.

Kérdés. *(G. J. dr.)* Melyik a legjobb vérnyomáscsökkentő szer?

Felelet. A kérdésre felelni csak akkor lehet, ha precizirozzuk, hogy milyen eredetü vérnyomásemelkedésre vonatkozik az. Feltesszük, hogy a kérdés a genuin hypertoniára vonatkozik, amelynél a kiváltó ok nem a vese, vagy a szív megbetegedése és ezért a továbbiakban erről fogunk szólni.

A genuin hypertonia kezdeti szakában a vérnyomás spontán módon erősen ingadozik. Ebben a szakban, melyben valószínűleg a praecapillárisok görcse dominál, értágítószerek (natrium nitrosum, papaverin) hatásosak lehetnek. Ugyancsak, mert ilyenkor a vasomotor rendszer ingerlékenysége nagy, az idegrendszer megnyugtatása eredményes lehet (opium: *Korányi*, luminal). A későbbi szakban, midön a hypertonia — nyilván a praecapillárisok organicus elváltozásai folytán — stabilan fokozott, a fentemlített szerek csaknem hatástalanok. Az ilyen beteg vérnyomását a venapunctio is csak átmenetileg csökkenti. Tapasztalatok szerint tartósabb, kisfokú (30—40 Hg mm) csökkenést érhetünk el fektetés, só- és folyadékszegény diaeta által. Ujabban néhány vérnyomáscsökkentő szer került forgalomba, melyek használatuk ideje alatt talán csökkentik a tartósan nagy vérnyomást is, mindenesetre csak kisebb mértékben. Ilyen szerek a Pacyl (tabletta) és Kallikrein (injectio). Ez utóbbi pancreasból készült kivonat. Befecskendezése fájdalmas, lázat okoz (talán azért csökkenti átmenetileg a vérnyomást?). E szerre vonatkozó bövebb tapasztalatok még hiányzanak. A nagyfokú vérnyomáscsökkentés nem is volna kivánatos, mert a szív a fokozott perifériás akadályt csak akkor tudja legyözni, ha a vérnyomás nagyobb.

Boros József dr., egyet. magántanár.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. rk. tanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos

A májtherapia ujabb haladása.

A májdiaetának az anaemiák kezelésébe való bevezetése óta öt év telt el s az ezen idő alatt szerzett bőséges tapasztalatok arra az eredményre vezettek, hogy a májtherapia az anaemia perniciosánál minden más eddigi kezelési módot hatásosságában, gyorsaságában és tartósságában felülmúl. Secundaer anaemiáknál kevésbé kifejezett a hatása, aplasticus anaemiánál és haemolyticus icterusnál pedig hatástalannak bizonyult. Magának a hatásos anyagnak az izolálása ugyan mindmáig nem sikerült, mégis a praeparatumok tökéletesítésében és a therapia technikájában nagy a haladás.

A májtherapiában legfontosabb a betegség fokának és a beteg egyéni sajátságainak leginkább megfelelő formában és kielégítő mennyiségben való adagolás. A legtöbb májrefraktaernek minősített esetben a hatástalanság a helytelen dosirozásra vezethető vissza. Az átlagos 200—250 gr.-os kezdeti adag nem mindig hozza meg a várt eredményt, hanem sokszor csak 400—800 gr. napi májra lép fel a reticulocyta-krisis, mely a legbiztosabb jele a javulás megindulásának. Olyan súlyos esetekben, ahol a per os adagolás bármely okból kifolyólag nem vihető keresztül, az első napokban szondán át, vagy klizmában adjuk a higított nyers májpépet s az étvágy visszatérésével folytatjuk per os. Gyakran jó szolgálatot tesz az étvágy fokozására. Nagyon súlyos esetekben a májtherapia megkezdése előtt nem térhetünk ki egy vértransfusio elől. A javulás megindultával a kezdeti nagy adagot fokozatosan csökkenthetjük, de a teljes remissio eléréséhez rendesen továbbra is 200—250 gr. májra lesz szükségünk. Csak ha a vérkép már teljesen normálissá vált, csökkentjük tovább 100—150 gr-ig a napi mennyiséget s ha heteken át úgy objective, mint subjective változatlanul jó állapotban marad a beteg, térünk át a hetenként háromszori, esetleg kétszeri májnapra (100—200 gr.). Ebben a formában aztán a betegnek állandóan folytatnia kell a májtherapiát s így éveken át megóvható lesz a visszaeséstől.

A májtherapia eredményességének a másik legfontosabb feltétele, hogy milyen formában adjuk a májat. Az eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy a leghatásosbb a nyers máj, utána következik a főtt máj és azután a májpraeparatumok, melyek között szintén különbségek vannak. A nyers májnak a hátránya, hogy hosszú időn keresztül nem adható és sokszor a beteg ellenállása miatt per os egyáltalán nem alkalmazható. Szondán át vagy klizmában azonban mindig nyers májat adjunk, vízzel vagy tejjel felhigítva annak pépjét. A májdiaeta legkönnyebben főtt májjal, ill. az abból készült különböző májételekkel vihető keresztül s fokozhatjuk a hatást, ha ezekhez kevés nyers májpépet is keverünk. A kúra kezdetén a legcélszerűbb a szükséges májmennyiséget ilyen formában bevinni s csak az első hetek után, ha már kifejezett javulás mutatkozik és a beteg a májdiaetától idegenkedik, helyettesítsük a napi adag egy részét praeparatumokkal. A ma forgalomban levő májkészítmények között a magyar Procythol és Perhepar egyenértékű a külföldi Hepatopson, Hepatrat, Hepaquin, Exhepa, Martol, Leberextract Degewop, stb. nevű praeparatumokkal s így teljesen megfelelnek a kivánt célnak. Sokkal tökéletesebb és megbízhatóbb hatású ezeknél az állandó orvosi ellenőrzés alatt álló Lillyextract No. 343, melynek egy üvegcséje 100 gr. nyers máj hatóanyagának felel meg s így néhány köbcentimeterre lesz csak szükségünk a kivánt májmennyiség bejuttatásához. Nagy hátránya azonban a drágasága, ami különben a többi májkészítménynek, de még sokszor a májdiaetának is hosszú időn át való alkalmazhatóságát illuzoriussá teszi. Nagy könnyebbséget jelent ebből a szempontból *Castle* felfedezése, mely kiderítette, hogy a máj ismeretlen antianaemiás hatóanyagát a gyomor is tartalmazza. A disznógyomorból (muscularis + mucosa) készült szárított, zsírtalanított és porított készítmények kereskedelmi ára lényegesen olcsóbb és hatásuk az eddigi — bár még rövid idő alatt szerzett — tapasztalatok szerint a májéval teljesen azonos. Ilyen gyomorpraeparatumok a Venträmon Degewop, a Stomopson és a magyar Ventrocythol és Ventrhepar s adagjuk 30—40 gr. por, mely kb. 200—300 gr. nyersanyagnak felel meg. Ezekkel a gyomorkészítményekkel jól kombinálhatjuk a májdiaetát, sőt szükség esetén azt teljesen pótolhatjuk is velük. Utókúrának, tehát amikor a beteg már csak hetenként 2—3 májnapot tart, rendesen könnyen keresztülvihető a májnak étel formában való fogyasztása s úgy látszik ez is vezet a legjobb eredményekhez, mert májpraeparatumoknak hosszú időn át való állandó alkalmazása egyes megfigyelések szerint nem mindig menti meg a beteget a recidivától, sőt spinalis és psychicus tüneteket is okozhat. Hogy ebből a szempontból hogyan fognak beválni a gyomorpraeparatumok, azt az idő rövidsége miatt biztosan még nem tudhatjuk, de mindenesetre biztatóbbnak igérkeznek, mint a májkészítmények.

Rausch Zoltán dr., egy. tanársegéd.

Az essentiális hypotoniáról.

A hypotonia számos megbetegedés kísérő tünete. E tüneti formájától meg kell különböztetni essentialis alakját, amelyben a található elváltozások a hypotoniát nem magyarázzák meg. Ilyenkor a hypotonia annyira uralja a klinikai képet, hogy e miatt különálló kórképnek tekinthető. Egyesek, mint *Curschmann* létjogosultságát tagadják, míg *Kylin* a hypertonia előfutárjának és ugyanazon kórcsoport különböző szakának tekinti. A klinikai tünetek ugyanis szerinte mindkét bántalomban egymáshoz hasonlítanak, úgyhogy sokszor csak a vérnyomás alapján lehet köztük különbséget tenni. E felfogás ellen szól azonban azon körülmény, hogy a hypotonia inkább a fiatalabb korban, a vérnyomásemelkedésre való hajlam pedig az idősebb korban okoz tüneteket, továbbá, hogy a hypotonia prognosisa a hypertoniával szemben általában véve kedvező. A hypotonia állapot egyébbként teljesen egészséges egyéneknél is előfordulhat s különösen a gyermekkorban elég gyakori. A skandináv nép és a chinai diákok vérnyomása általában alacsonyabb *(Cadburg, Faber)*. Hypotoniáról akkor beszélhetünk, ha a vérnyomás 35 éven aluli férfiaknál 100 mm Hg és ennél idősebbeknél 115 mm Hg alatt van. Nőknél 95 és 105 mm Hg a megfelelő értékek;51 éven felülieknél még a 120 mm Hg is annak tekinthető, ha a vérnyomáscsökkenés tartós.

A hypotonia kísérő tünet lehet mindazon állapotokban, amelyekben a szív ereje gyengült, a vér mennyisége csökkent vagy a véredények tonusa megváltozott. A szervi szívbántalmak közül főleg a bal viszeres szájadék szűkületével és a kéthegyű billentyű elégtelenségével kapcsolatban észlelhető hypotonia, míg az aortabillentyűk bántalmait inkább hypertonia szokta kísérni, de ez is járhat csökkent vérnyomással. Tekintetbe jön a szívizomzat állapota és az inger vezetés is; *Eppinger* szerint a

hypotonia olykor a szívizomzat myxoedémás átivódásával áll kapcsolatban. Idősebb korban az arterisoclerosis vagy vesebántalom miatt fennálló hypertonia a szív erejének gyengülése, vagy a szívizomzat megbetegedése miatt hypotoniába mehet át. Splachnoptosis mellett gyakran észlelhetjük a vérnyomás csökkenését, ami, mint az ezeknél gyakran észlelhető orthoticus albuminuria is, a szív és az erek működési zavarával áll kapcsolatban *(Herz, Bjure és Laurel, Porges,* stb.). A heveny fertőző bajjal kapcsolatban szintén találkozunk hypotoniával, amelynek oka a bacteriumoknak és a toxinoknak a szívre, az erekre, valamint a központi és környéki idegrendszerre kifejtett hatásának tulajdonítható. Ismeretes a toxin hatása a peripheriás idegekre diphtheriánál, míg pneumoniánál főleg a vérbe kerülő albumosek csökkentik a vérnyomást. Legalacsonyabb a vérnyomás a kiütéses typhusnál, amely bántalomnál a bőrnecrosist, az alsó végtagok gangraenáját ebből magyarázzák; a polyuria a megfelelő agyközpontban támadt érelváltozás folyománya. A kiütéses hagymáz kifejezetten érbántalom és ezért oly feltünő itt a hypotonia. A toxinok és egyéb mérgek (nicotin) a szívet ellátó art. coronariákban necrosist is okozhatnak *(Wiesner, Wiesel),* úgyhogy a feltünően alacsony vérnyomás mellett a betegeknek stenocardiás panaszaik is lehetnek.

Ráknál a hypotonia a fokozott szövetszétesés és adynamiából magyarázható, azonban a bomlási anyagoknak a központi idegrendszerre való hatása is figyelembe veendő. E csoportba tartozik a tüdőgümőkór, amelynek előrehaladottabb és rosszindulatú alakjai csökkent vérnyomással szoktak járni. Itt a hypotonia, amely az adynamia és cachexia mellett tachycardiával is szokott párosulni, inkább prognosticai értékű. Latens gümőkórban, továbbá kezdődő, kisfokú csúcsfolyamat mellett is előfordulhat a hypotonia, azonban ilyenkor inkább az alkati gyengeség által feltételezett és ezért a prognosisa kedvező. Jóindulatú gümőkórnál a hypotoniát a toxinok által okozott általános szöveti gyengeség is magyarázza, amely főleg az erek falára hat. Emphysemában szenvedők is igen gyakran hypotoniások még akkor is, ha a bántalom gümőkórral nem complicálódott. Itt a jobb szívfal gyengeségén kívül *Junker* véleménye szerint a kötőszöveti rendszer gyengesége is tekintetbe veendő; asthma bronchialénál és idült hörghurutban szenvedőknél a hypotonia ritkább. A fokozott fehérjeszéteséssel kapcsolatban a hypotonia a következő bántalmaknál fordulhat elő: leucaemia, anaemia perniciosa, vérzéses diathesis; itt lehet megemlíteni az anaphylaxiás schokkal járó nagyfokú vérnyomáscsökkenést is. Elég gyakran fordul elő hypotonia májzsugornál és az epeutak megbetegedéseinél a fehérjenemű anyagok (histamin) fokozott bomlása miatt, amelynek szerepét a májkivonatoknak vérnyomást csökkentő képessége is bizonyítja. Diabetes mellitusnál a csökkent vérnyomás a súlyos esetekben az acetontól is származik (ketontestek), azonban nem kis része van ebben, különösen fiatal egyéneknél, a szigorú caloriaszegény étrendnek is. Ulcusok kapcsán a nagyfokú vérzések, a szigorú étrend miatt nagyon gyakran fordul elő hypotonia. Ezen bántalmat az astheniával kapcsolatos csoportban is fel lehetne említeni, minthogy ezen betegek gyakran astheniások és vagotoniások.

A felsorolt bántalmakkal kapcsolatos hypotoniától elkülönítendő azon körcsoportot, amelyben a hypotonia áll a megbetegedések előterében. A kimutatható elváltozások ugyanis nem oly nagyfokúak, hogy a hypotonia magyarázására elegendők lennének. Ezen betegeknél sokszor csak alkati gyengeség található, máskor olyan jelenségek is, amelyekből egyes belső elválasztású mirigyek functionális gyengeségére lehet következtetni. Leginkább a 35 év körüli egyének keresik fel ilyen irányú panaszaikkal az orvost, mert a fiatalabbak ezen tünetekkel nem szoktak még törődni és nem tulajdonítanak azoknak nagy jelentőséget. *Kisch* az astheniás állapot és a belső secretiós zavar között mintegy 37%-ban talált összefüggést. Ezen szervek zavarára a hypoglycaemia, a lymphocytosis és a kísérő mirigyduzzanat (lymphatismus) miatt fogunk gondolni. A pajzsmirigy csökkent működésével kapcsolatban myxoedémánál fordul elő hypotonia, bár nem oly gyakran, mint azt általában felveszik. A Basedow kór mellett a hypotonia kivételesen fordul elő. Kimutatására egyebek között a szív röntgenvizsgálata, cardiogramm, anyagcsere és serumvizsgálatok szükségesek. Erre utalnak a száraz, hüvös bőr, az izzadás csökkent volta, a törékeny haj, olykor az enyhe exophtalmus és jóindulatú dermatosisok. Az ivarmirigyek csökkent működésére nőknél a hosszantartó és fájdalmas menstruatiókból és a csökkent libidoból lehet következtetni. A mellékvesék bántalmazottságára az adynamia, hypotonia, az adrenalinnal fokozható hypoglycaemia, a bradycardia és a kicsi, gyenge pulsus hívják fel a figyelmet.

A hypotoniában szenvedők többnyire astheniások és vegetative stigmatisáltak. A constitutionalis hypotonia férfiaknál gyakoribb, azonban nőknél sem ritka e kórkép. Nem astheniás kinézésű egyének is szenvedhetnek hypotoniában, akiket a részletes vizsgálat megejtése nélkül neurastheniásoknak tartanak. *(Joachim, Junker).* Az astheniásoknál a belső secretiós mirigyek működési zavaraival együtt vagy enélkül is sokszor általános idegesség tünetei lépnek előtérbe, ami a hypotonia nervosa kórkép felállításához vezetett. Minthogy nem minden asthetheniás és hypotoniásnál lépnek fel a tünetek, ezért azt hitték, hogy kiváltásához exogen okok is szükségesek, minők a megerőltető testi- és szellemi munka, erős kedélyi izgalmak, dohányzással való visszaélés, erős kávé élvezete és bizonyos gyógyszerek használata. Azonban a hypotonia ezen ártalmak nélkül is kifejlődhet, mert a betegek panaszai sokszor a vélt okok kiküszöbölésére sem szünnek meg. A betegek többnyire sápadtak, nagy gyengeségről, főfájásról és gyors kifáradásról, olykor szívdobogásról is panaszkodnak. Légszomjat éreznek és nem képesek mély légvételeket venni (átlégzeni). Végtagjaik hűvösek, bőrük petyhüdt, izomtonusuk csökkent. A szív többnyire kicsi, csepp- vagy golyó alakú. Az aorta árnyéka keskeny. Jellegzetes a bradycardia, az extrasystolék és a respiratorius arythmia. A pulzus rendesen már a legkisebb emotióra is szaporává válik és az extraystolék ilyenkor észlelhetők. A szívhangok gyakran halkak *(Junker).* A vegatativ idegrendszer vagotoniára van beállítva, ami a vagoton adrenalinreactióban is megnyilvánul, mert adrenalinra a vérnyomás kezdetben süllyed *(Kylin, Martini),* (positiv *Aschner, Tschermak).* A gyomor részéről ventro- és coloptosis gyakran hyperaciditas és hypersecretio állapítható meg, azonban achylia is előfordulhat. A betegek többnyire étvágytalanok, teltségi érzésről, felböfögésről vagy gyomorégésről panaszkodnak, gyakran szenvednek gyomorfájdalomban, amely éjjel is felléphet. Többnyire obstipatióban szenvednek, de lehet hasmenésük is, ha felizgulnak. A vérben lymphocytosis és gyakran eosinophilia található. A bántalom bronchialis asthmával vagy migraennel lehet kapcsolatos. A hypotoniás tünetcsoport normalis vérnyomás mellett is előfordulhat *(Kylin).* A pajzsmirigy gyakran kissé nagyobb, azonban *Junker* és mások inkább hypothreosist észleltek. A hypotoniások egyúttal lymphaticusak és a felső légutak hurutjára hajlamosak. Idegrendszerük rendkívül labilis; izgékonyak, nőknél a hysteriaszerű kitörések gyakoriak. Sokszor fejfájásban szenvednek, amely a használatos analgeticumokkal is alig csillapítható és álmatlanok. Kedélyük nyomott, hypochondriára hajlamos. Határozatlanok, hiányzik a vállalkozásra való hajlam és

az iniciativa. Könnyen kifáradnak, aludni vágynak, azonban a hosszú alvás sem üdíti fel őket. A klinikai kép általában gyakran mutat átmenetet az infantilismus, vagy a disthyreosis felé.

Az alkati arterialis hypotonia tünettana még nem tekinthető teljesen át és nem tekinthető olyan élesen elhatárolt tünetcsoportnak, minő a hypertonia. A tünetek sokfélesége miatt a bántalom kóroktana nem egyedül az érrendszerben, hanem a többi szövetekben is keresendő. Az előbbire a vegetativ idegrendszer domináló befolyást gyakorol. A gyomornedv hyperaciditása és a phosphaturia miatt a savbasis egyensúly zavarára is kell gondolni (lehet achylia is). A hypotonia családi bántalom is lehet. Leírnak olyan eseteket, amelyekben mindkét ikertestvér ebben szenvedett vagy az astheniás-hypotoniás apa fiánál is ki lehetett mutatni robustus termete dacára a hypotoniát, amely neki semmiféle kellemetlenséget nem okozott.

Az essentialis hypotonia kórjóslata általában véve kedvező. Minthogy az alacsony vérnyomás miatt az erek kiméltetnek és a szívnek sem kell nagyobb munkát kifejtenie, a sclerosis is későbben fejlődik ki. Az élettartam e bántalomnál általában hosszabb és a mortalitás amerikai statisztikák szerint relative kisebb *(Friedlaender)*. Ez érthető is, mert állandó gyengeségi érzésük és sokféle panaszaik miatt gyakran fordulnak orvoshoz és folyton kímélik magukat. Szellemi képesség tekintetében azonban teljesen frissek és munkabírók lehetnek. A hypotoniában szenvedőket, ha kellőleg nem vizsgálják meg, gyakran munkától irtózóknak vagy neurastheniásoknak tartják; máskor szívizom gyengeséget, gyomorsülyedést, nőknél genital bántalmat állapítanak meg. Sokat csekély tüdőelváltozás miatt tüdőbetegeknek minősítenek és feleslegesen szanatóriumi kezelésben részesítenek. Egyeseket vakbélérzékenység vagy gyomorsülyedés miatt feleslegegesen megoperálnak. Az alkati gyengeség mellett kifejlődő myxoedémás sclerosis az arteriosclerosis kifejlődését késlelteti és ezért ilyen egyének koruknál fiatalabbaknak látszanak.

A betegség gyógykezelésében elsősorban az előidéző ok kiküszöbölésére kell törekedni. (Kávé, dohány, excessusok). Az izgalmi és a gyengeségi tünetek megszüntetésére a nyugalom és a pihentetés a legcélszerűbbek. Ha ezekre a beteg állapota javult, akkor légfürdők, enyhe langyos fürdők által a szervezet edzésére törekszünk. A peripheriás vérkeringést a meleg fürdők elősegítik, de gyengítőleg hatnak és ezért nem mindig alkalmazhatók. Viszont sokan a hideg fürdők és duschok iránt érzékenyek. A szervezet edzése céljából mérsékelt sport ajánlható, különösen azoknak, akik azelőtt is foglalkoztak vele; a túlhajtott gymnastica gyakran árt. A belső szerek közül arsen, kakodyl, strychnin és vas készítmények adhatók; szükség esetén cardiacumok is, minők a valeriana, strophantus, digitalis, az asthmás panaszok ellen az ephetonin. Ha a vagotoniás tünetek állanak előtérben, atropin vagy novatropin adható, mert a közérzetet javítja és azzal együtt a vérnyomást is kissé emeli. *Munk* régebben a *Hirth*-féle elektrolyt keveréket ajánlotta, míg újabban a *Helfenberf*-féle készítménytől látott eredményt (szénsavhoz és gyümölcsnedvhez kötött K, Na, Ca és Mg keverék). A hatást főleg a kálisónak tulajdonítja, amely a szervezetet mesterségesen áthangolja. A táplálkozásban a hyperaciditást fokozó ételeket és a túlbő étkezést kerülni kell. A hypotonia gyakran belső elválasztó mirigyek hypofunctiójával jár együtt és ezért a hormontheraphia is alkalmazható, rendesen több belső mirigy működése gyengült, ezért célszerű pluriglandularis készítményeket rendelni (thyreoidea, ovarium, illetve testis, mellékvese). *Junker* tekintettel a kötőszöveti rendszer gyengeségére a silicat készítményeket ajánlja.

Torday Árpád dr.,
egyet. c. rk. tanár.

A typhusos epehólyaggyulladás.

Typhus bacillusok az epehólyagban a typhus bármelyik szakában előidézhetnek gyulladásos folyamatokat. A bacillusok ugyanis már az első napokban bejutnak a véráram útján az epeutakba és így az epehólyagba is, ahol rövidebb-hosszabb ideig maradnak, esetleg állandóan is letelepednek különösen olyankor, amikor az epehólyagban már a typhust megelőző időkből származó elváltozások vannak jelen, így elsősorban epekövek.

Régebben az a nézet uralkodott, hogy az epeköveknek igen gyakran az előrement typhus az oka, az újabb vizsgálatok azonban kimutatták, hogy éppen fordítva van a dolog; a typhus bacillusok ugyanis az epehólyagban rendesen csak akkor állandósulnak, ha ott már a betegség kezdetén fekélyeket, vagy köveket találnak. Közismert tény, hogy a hólyagban az epekövek hosszú ideig tünetmentesen időzhetnek, de a hólyagba behatoló typhus bacillusok az addig nyugodtan veszteglő kövek körül gyulladást idéznek elő, hirtelen heves cholecystitises rohamok következnek be, melyek azt a látszatot keltik, mintha az addig teljesen ép hólyagban a typhus idézte volna elő a köveket; pedig ha ilyenkor megoperáljuk a beteget, az epehólyagban már régi, heges folyamatot vagy kifejlődött nagy köveket találunk. Ha később, jóval a typhus után operálunk, akkor pedig azt fogjuk találni, hogy az epekő belsejében a magban más bacteriumok vannak, többnyire coli, míg a typhus bacillusok inkább az epehólyag genyjében, vagy a kövek kéregi állományában. A vázoltakból azonban könnyen érthető az is, hogy a typhust kiállott epekövesek, cholecystitisesek a typhusos cholecystitises rohamokra vezetik vissza betegségüket. Kivételesen előfordulhat mégis, hogy minden előző epehólyagmegbetegedés nélkül, maga a typhus váltja ki az epehólyaggyuladást és pedig azáltal, hogy a cysticus beduzzad, eldugul és a hólyagban lévő typhus bacillusok erős virulentiára kapnak. Általánosságban elmondhatjuk, hogy maga a typhus bacillus súlyos gyulladást az epehólyagban nem idéz elő s ott, ahol mégis súlyos lobosodást találnak, az epehólyag már előzetesen kővel vagy anélkül beteg volt.

A typhusos cholecystitis tünetei nagyjából megegyeznek a közönséges cholecystitisével, azonban a kórismézés nem mindig olyan egyszerű, mivel az egyébként jól kimutatható epehólyagtumor a belek felfúvódottsága miatt hiányozhatik, éppígy a tapintási érzékenység a beteg apathicus állapota miatt. Az icterus, mint diagnosticus jel nem igen használható fel, épp így a hányás sem, mert mindkettő typhusnál elég gyakran előfordul a duodenum nyálkahártyájának megduzzadása következtében. Typicusnak gondolható nyomási érzékenység a jobb bordaív alatt lehet a typhusos hányások folytán fellépett rectus fájdalmasság, vagy viaszos elfajulás következménye és nem szabad megfeledkezni a Bennecke-féle pseudocholecystitises tünetről sem, melyet jobb oldali pleuritis vált ki, a pleuritis pedig a typhusnak elég gyakori szövődménye. Mindebből az következik, hogy a typhusos epehólyaggyuladás kórismézésénél igen óvatosnak kell lennünk, a helyes kórisme pedig mégis fontos, mivel typhusnál még az enyhe tünetekkel kezdődő epehólyaglob is igen rövid időn belül átfúródáshoz vezethet. Az epehólyag átfúródásának tünetei akárhányszor teljesen azonosak a bélátfúródás tüneteivel, éppen ezért, ha typhusos bélátfúródás gyanúja miatt kerül a beteg műtétre, a műtétnél nem szabad az epehólyagról sem megfeledkezni.

Mi történjék a beteggel, akinél a typhusos epehólyaggyulladást kétséget kizárólag megállapítottuk? Ha a cholecystitis a hólyag átfúródását idézte elő, csakis rögtöni műtétről lehet szó; más elbírálás alá esnek azonban a nem perforatiós esetek. A typhus lázas állapotában, telje-

sen legyengült egyénen még igen heves tünetek mellett is mérlegelni kell, kitegyük-e a beteget a bármely percben bekövetkezhető átfúródás veszélyének, vagy pedig a súlyos sebészi beavatkozás eshetőségeinek. Mindenesetre iparkodni kell a műtétet elhalasztani a reconvalescentia idejére. Ez azonban nem fog mindig sikerülni, mert ha a rohamok szűnni nem akaró folytonosságban ismétlődnek, kényszerülünk a műtétet hamarosan elvégezni. Az elesett, lázas betegek a műtétet várakozáson felül jól szokták kiállani, csakhamar láztalanokká válnak (a typhus recidivák oka akárhányszor az epehólyagban van); célszerű a műtétet helyi érzéstelenítésben végezni, legfeljebb pár perces bódítással az ectomia idején.

A typhusos cholecystitist vagy előbb vagy utóbb, de mindig meg kell operálni. A betegből ugyanis, akinek a typhus alatt cholecystitise volt, feltétlenül bacillusgazda lesz, ami nem csak a környezetre, hanem magára a betegre nézve is veszélyes állapot, az illető újra megkaphatja a typhust. Minél előbb operálunk, annál biztosabb, hogy a beteg nem lesz többé bacillusgazda; később a bacillusok mélyen befészkelik magukat a májban a magasabb epeutakba vagy apró tályogokba. Magam részéről a reconvalescentia idejét tartom a műtétre legalkalmasabb időpontnak, akkor már narcosisban is nyugodtan elvégezhetjük azt. Különös, hogy akárhányszor találkozunk typhus bacillusokkal a kiírtott epehólyagban még olyankor is, amikor a beteg egyáltalán nem emlékeszik arra, hogy typhust állott volna ki. Ilyenkor azt szokás feltételezni, hogy a typhus bacillusok a szervezetbe bejutván a tápcsatorna épségben való maradása mellett a véráram útján az epehólyagba kerültek s itt kedvező viszonyokra találván letelepedtek, esetleg Posselt-féle primaer epehólyagtyphust okoznak. Ezt a nézetet elfogadni nem lehet, mert az epehólyagban typicus fekélyt még senki sem talált és épen ezért ezeket az eseteket úgy kell értelmezni, hogy az illetőnél enyhe, esetleg ambuláns typhus zajlott le, amelyet nem kórisméztek annak idején.

A typhusos epehólyaggyulladás műtéteül az epehólyagkiírtást tartom a legcélszerűbbnek még pedig az epeutak drainezése nélkül. Az epeutakat drainezni csak akkor kell, ha egyszersmint genyes cholangitis is van jelen, vagy pedig az epeutakba beékelt kő icterust idézett elő; icterus nélküli epeút-kőnél a kő eltávolítása után epeút varratot végzek. Ha az előbb említett okok miatt kényszerülünk az epeút-drainagera, a drainage ne tartson tovább nyolc-tíz napnál. Az epeutak drainezése nagy folyadékveszteséget jelent a szervezetre nézve, a legyengült, kiszáradt typhusos beteget ilyen folyadékveszteségnek kitenni nem szabad. Főleg ezen okból nem ajánlható a cholecystostomia, de másrészt azért sem, mert éppen typhusnál a Luschke-féle járatokban befészkelt bacillusok maradhatnak vissza cholecystostomiánál, de feltétlenül visszamaradnak azokban az apró, chronicus tályogokban, melyek typhusnál igen gyakran találhatók a gyulladt epehólyag közvetlen szomszédságában a májban; ezeket pedig rendesen már csak akkor vesszük észre, amikor az epehólyagot a májágyból kihámozzuk. Ezek a tályogocskák tele vannak typhus bacillusokkal, a visszahagyásuk veszélyt rejt magában nem csak a betegre nézve, hanem a bacillusgazdaság tekintetében is, éppen ezért ilyen esetekben a legjobb az epehólyagot a szomszédos májterületek resectiójával együtt eltávolítani és a máj sebfelületeket nagy catgut-öltésekkel egyesíteni, mint azt több esetben eredményesen végeztem.

Az általánosságban elterjedt nézet, hogy a typhusos epehólyaggyulladás műtéte után úgy az acut eseteknél, mint a chronicusoknál, de különösen a bacillus gazdáknál az epeutak igen hosszú drainezése szükséges, amíg csak typhus bacillusok a kivezetett epében kimutathatók, nem helytálló, bár nem kisebb ember, mint a nagynevű epekősebész, *Kehr* hangoztatta azt. A hosszas drainezés határozottan veszélyes is a már említett folyadékveszteség miatt is, de másrészt azért is, mert a bacillusokat tartalmazó epe a szövetek közé bejutva, újra fertőzte már nem egy esetben a szervezetet. (*Kehr, Arnsberg* és mások észleletei). Saját, igen pontosan kivizsgált eseteim alapján arra a tapasztalatra jutottam, hogy úgy az egyáltalán nem epeút-drainezett betegeknél, mint azoknál, akiknél néhány napon át kényszerültem az epeutakat drainezni és még typhus bacillusokat tartalmazó epe mellett szüntettem meg a drainaget, a műtéti seb begyógyulása után bacillusok a székben s a duodenalis szondával kivett epében kimutathatók többé nem voltak. Fel kell tehát tételezni, hogy a bacillusmentesség nem azáltal jön létre, hogy az epét kifelé vezetjük, a májból, hanem azáltal, hogy a súlyos cholecystitisből kigyógyult szervezet önmaga elpusztítja a benne visszamaradt typhus bacillusokat.

A mi végül a typhusos epehólyaggyulladás gyakoriságát illeti, erre nézve úgy kórbonctani, mint klinikai adatok alapján azt mondhatjuk, hogy ez a megbetegedés a typhusos eseteknek 0.3—0.4 százalékában szokott fellépni, tehát eléggé ritka; mégis e betegség a sebészre nézve fontosság tekintetében mindjárt a bélátfúródás után következik, legyen az az epehólyaglob akár heveny a typhus alatt, akár idült, évekkel a typhus lezajlása után a bacillus gazdáknál. Itt meg kell említeni még azt is, hogy vannak olyan bacillus gazdák is, akiknek soha sem volt cholecystitises rohamuk és mégis súlyos elváltozások vannak az epehólyagban. Ezeknél a duodenalis szondázással nyert bacillus tartalmú epe ad fontos útbaigazítást; természetesen ezeket is csak ectomiával lehet gyógyítani.

Fáykiss Ferenc dr., közkórházi főorvos.

KÉRDÉS — FELELET.

Kérdés. 1. Rationalis dolog-e 41 éves asszonyt menorrhagiás panaszai miatt tabl. ovarii (pro die 4 db. sec. Richter)-val kezelni? — 2. Okoz-e az ovarium tabl. túladagolása intoxicatiós tüneteket és milyenek ezek? Különösen a szívre van-e valami káros hatása? — 33—36 tabletta elfogyasztása után (pro die 4 db) elképzelhető-e súlyos szívtünetek (palpitatio, fájdalom, sőt stenocardiás rohamhoz hasonló állapot) kifejlődése?

Felelet. *Ad 1.* 41 éves asszonyt menorrhagiás panaszok miatt ovárium-tablettákkal kezelni nem rationalis. Először okvetlenül tisztázandó a vérzészavar oka (submucosus myoma, polypus, malignitas [curettage], adnex megbetegedés stb.) s ennek megfelelő kezelés szükséges. Ha a zavar tisztán functionális (hormonalis disfunctio), akkor is hüvös irrigatiók, formalin-mosások, méhösszehúzó szerek (secale-készítmények) s calcium adagolás *mellett* csak mint segítő gyógyszerek jöhetnek szóba az ovarium-készítmények közül a selectivhatásúnak minősített menostop, sistomensin, corpus luteum kivonatok, folliculin stb. Mindezen szerek specificus hormon hatása még problematicus; de amennyiben hatnak, inkább csak injectiók alakjában lehet hatásukra komolyabban számítani. Szóbajöhet ilyen vérzéseknél még intrauterin rádium-kezelés. — *Ad 2.* Ovarium-tabletták túladagolása az eddigi tapasztalatok szerint legfeljebb gyomorrontást okoz, de specificus intoxicatiós tüneteket nem. Más elbírálás illeti meg természetesen a Menoktan (Chinoin), Ovakliman (Richter), Klimasan (Halban) stb. nevü készítményeket, melyeknek túladagolása papaverin, brom, theobromin stb. tartalmuknak megfelelő intoxicatiós tüneteket okozhat. — *Ad 3.* Napi 4 drb tabl. ov. Richter bevétele nem túladagolás és specificus mérgezési tünetek sem 9—10 napi, sem huzamosabb ilyen adagolású használatnál nem fejlődhetnek ki. Előfordul azonban, hogy érzékeny gyomrúak a tablettát fogyasztani nem bírják, az gyomorégést, émelygést, étvágytalanságot s rossz közérzést válthat ki. A kérdezett szívtünetek nem írhatók az ovariumtabletták rovására s valószínüleg tisztán nervosus jelenségek. (Klimax praecox?)

Kovács Ferenc dr., egyet. magántanár.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. rk. tanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos

A fluor albus kezelése.

Amennyire mostohán bánnak e kérdéssel a nőgyógyászati tankönyvek, annyira fontos és komplikált probléma az a gyakorlat szempontjából; hiszen az összes nőgyógyászati megbetegedéseknek mintegy 20%-át teszi ki és e kérdés alapos tárgyalása tulajdonképen a gynaekologia legnagyobb részét felöleli.

Az egészséges nő ivarcsatornája is termel váladékot, mely a vulva mirigyeiben (faggyúmirigyek, gl. vestibulares minores, Bartholini-mirigy) és a méhnyak nyálkamirigyeiben képződik, melyhez a hüvelycső állandóan desquamálódó hámsejtjei keverednek. Ez a váladék a bennelévő diastatikus ferment útján a lelökődött hám szétesésekor felszabaduló glykogenből cukrot, majd ebből a normalis hüvelyflora útján tejsavat termel. A savtúltermeléssel szemben a vegyi egyensúlyt biztosítja az alkalikus cervicalis nyák. Az ily módon gyengén savanyú reactiójuvá vált physiologiás váladék mennyisége, mely az ivarcsatorna alsó részét (méhszájtól lefelé) állandóan nedvesen tartja, s egyéb bacteriumok számára alkalmatlan táptalajt képez, élettani ingerhatásokra (physikai vagy psychikai nemi izgalom, prae- és postmenstrualis vérbőség, terhesség stb.) alkalmi hullámzásnak van alávetve.

Fluorról, vagyis kórosan fokozott mennyiségű vagy minőségű folyásról csak akkor beszélhetünk, ha ez a folyást előidéző ok szerint különböző jellegű váladék állandóan vagy időszakonként oly mértékben ürül, hogy a szeméremrés környékét is szennyezi, a fehérneműn foltot hagy s többé-kevésbbé intensiv viszketést, égést, vulvaduzzadást, intertrigot, esetleg eccemát, exulceratiót stb. okoz.

E tünetcsoportot — mely subjective a legkülönbözőbb fokú kényelmetlenségi, sőt betegségi érzést válthatja ki a beteg egyéni érzékenysége szerint — a legkülönbözőbb oki tényezők idézhetik elő. Helyes — oki — kezelésről tehát csak akkor lehet szó, ha először az okot (vagy okokat, mert egyidejűleg több is szerepelhet) tisztáztuk, mert ebből önként adódik a helyes kezelés is. Ezen okokat azok rendkívül sokfélesége és az itt rendelkezésre álló hely szűk volta miatt a következő gyakorlati keretek közé foglalhatjuk legtömörebben össze (anélkül, hogy a beosztás alapjának egységessége szempontjából a „tökéletes" jelzőre igényt akarnánk tartani):

1. *Ideges folyás* a mirígyek hypersecretiója folytán jön létre. Nyákos jellegű; esetleg a vulva faggyúmirigyeinek fokozott elválasztása és a smegma bomlása miatt bűzös, tejszerűen zavaros is lehet (így másodlagosan lobos hatást is válthat ki a vulván és környékén) vagy erős hámdesquamatiónál fehéres, híg keményítőszerű, sőt pépes. Szorítkozhat a vulvamirigyekre; de gyakrabban együtt jár a cervix (esetleg uterus) mirigyeinek túlelválasztásával; esetleg csupán az utóbbi áll fenn (psychogen fluor, metrosuccorrhoea épp úgy, mint gastrosuccorrhoea). A túlsok alkalikus cervicalis nyák tönkreteheti a hüvelyváladék savanyú vegyhatását s így annak öntisztító acidophil bacteriumflórája egyéb rothasztó saprophita bacteriumoknak adja át a helyét; ezért a bűzös szag. Virgók makacs és csunya folyása igen sokszor ezen csoportba tartozik.

Kezelés: neurastheniásoknál általános (sedativumok, roborantiák, arzen, vas; környezet- és munkakörváltoztatás, fürdő, stb.). Sexualis izgalmak elterelése (sport, hydrotherapia, olvasmányok irányítása stb.) vagy helyes mederbe terelése (onania, coitus interruptus-condomatus, perversitások kiküszöbölése). Ha a vegyi egyensúly megbomlása folytán a hüvelyflora kórosan eltolódott (microscopos vizsgálatnál acidophil bacillusok helyett vegyes coccus-flora; a lacmusreactio alkalikus): a hüvelynek 10%os (4—5 napos időközben esetleg megismételt) jódtincturás kitörlése után 1—2 gr tejcukor vagy szőlőcukor behintése (esetleg bacillosannal). A bő váladék eltávolítására kezelés előtt ½—1%-os tejsavas öblítés.

Ebben a csoportban kell említenünk az *ovarialis dysfunctiók*, illetve endocrin mirigyműködések egyensúlyzavarán alapuló folyást is (egyéb kísérő tünetek: dysmenorrhoea, vérzéses zavarok stb. utalhatnak a baj forrására), amikor a fenti kezelés mellett igénybevehetjük az adott esethez megválasztott különböző belső elválasztású mirigykivonatokat. Idetartoznak a *klimakterikus* zavarokkal kapcsolatban fellépő fluor (ovakliman szedése stb.), valamint a senilis szövettáplálkozási zavarok folytán előálló *colpitis vetularum*, savós zavaros (desquamativ), néha vérzésesen vörhenyes folyással, mely igen híg hypermangan-oldattal való öblítésekre, esetleg száraz boluskezelésre jól gyógyul.

2. *Keringési zavar* (pangás) folytán létrejött folyás jellegzetes példája a retroflexio és hyperanteflexio, amikor a ligamentum latumban futó visszerek megtöretése a pangás előidézője. Pangást és így folyást okozhatnak a nemi szerveknek coitus interruptus-condomatus, onania huzamos gyakorlása következtében létrejövő, vagy pedig a méhfüggelékek lobos megbetegedése folytán előálló vérbősége. Ezen folyás inkább savós, mint nyákos, nem genyes jellegű; csak másodlagos bacteriumos fertőzés esetén válik azzá. A kezelés mindezen esetekben természetesen csak az alapbaj megfelelő gyógyítása lehet. Tünetileg a váladék eltávolítására adstringensekkel való öblítés (40 chlorzink 200 vízre 1 evőkanállal 1 liter öblítő folyadékhoz, ktészer napjában), esetleg száraz kezelés bolus behintésekkel.

3. *Anatomiai torzulások* is okozhatnak folyást. Gyógyult mély *gátrepedés* folytán a szeméremrés nem zár; a könnyen bejutó külső szennyeződés a hüvelynyálkahártya állandó hurutos izgalmát tarthatja fenn. Ez még fokozódhat *cysto-* vagy *rectocele*, esetleg *prolapsus partialis* esetén, amikor a nyálkahártya mechanicus traumája is társul a káros tényezőkhöz. A méhszáj szülés utáni mély berepedése után létrejövő *ectropium*, a portio hámmetaplasiája által előidézett valódi *erosio*, a *collum kiscystás túltengése* mind olyan elváltozások, amelyek által kiváltott nyákos-genyes, illetve savós-genyes jellegű folyás csak az alapbaj sebészi, illetve megfelelő egyéb kezelése útján szüntethető meg (tünetileg itt is enyhe adstringens öblítések, száraz boluskezelés).

4. *Idegen testek* szükségképen előidézik az ivarcsatorna kisebb-nagyobb chronicus irritatiós hurutját, még ha a kellő tisztántartásról (hypermanganos öblítések, csere stb.) gondoskodunk is. A különböző fogamzás elleni eszközök (pessarium occlusivum, nyakcsatornába helyezendő idegentestek stb.) a legveszedelmesebbek (váladékpangás, hurut, esetleg ascendáló súlyosabb gyulladás a következmény); de a méh-deviatiókat és süllyedést corrigáló gyűrűk ilyen következményei is csak az idegentest eltávolítása után kezelhetők a siker reményével, amikor is a kifejezetten genyes jellegű, néha tejfelszerű folyás legtöbbször enyhe desinficiens és adstringens öblítésekre (hypermangan-oldat, esetleg bolus) spontan gyógyul.

5. Meg kell emlékeznünk röviden a *mechanicus, traumás és vegyi irritatiós folyásokról*, amelyek onania közben ejtett háminsultusok, oxyuris vermicularis miatt, vagy diabetes, pruritus miatt fellépő viszketést követő vakarás, excoriatiók folytán jönnek létre s melyek az alapbajjal együtt gyógyulnak, enyhe adstringens öblítés vagy száraz boluskezelés alkalmazásával. Nem szabad említés nélkül hagynunk a túlerős desinficiens, adstringens oldatokkal, vagy túlgyakran, vagy rosszul temperált folyadékkal való öblítés folytán előálló ártalmakat sem, melyek éppen a túlzott jóakarat következményei és ilyen esetekben éppen azért nem fog gyógyulni a folyás, mert a célszerűtlen kezelés maga tartja fenn az állandó vegyi izgalmat.

6. *Daganatoknál*, ha a méhfundustól lefelé az ivarcsatorna bármelyik szakaszában ülnek is, a folyás csaknem mindig korai kísérőjelenség (amikor még más tünet esetleg nincs is), ha felszinük a lumen felé domborodik be (még inkább, ha az kifekélyesedik). Legfeltünőbb, bűzös, vörhenyes savós-genyes a folyás carcinománál; de kocsányos vagy necrosisnak induló submucosus myomák, sőt kisebb nyálkahártyapolipusok is igen kínzó, bő és bűzös folyást okozhatnak, amely mindig híg, nem nyákos, hanem zavaros savós jellegű, esetleg véres és törmelékes lehet. Elhanyagolt esetek kezelésénél mindig gondunk legyen először a szennyes daganat és ivarcsatorna alapos megtisztítására (hypermangan öblítések — esetleg intrauterin mosásokkal —, jódtincturás kimosás stb.) s csak ha a daganat és az ivarcsatorna több napos ilyen előkészítés után megtisztult (lázas esetben a hőemelkedések megszünte lehetőleg kivárandó!), csak azután lássunk a tumor eltávolításához (ca-nál lehetőséghez képest radicalis műtét, excochleatio, radiumröntgen; tünetileg gyakori erős hypermangan irrigatio).

7. *Lobos folyamatok* képezik azonban legtöbbször a folyás alapját. Hiszen már a fenti csoportokban is igen sokszor közvetve, másodlagosan bacterialis folyamatok is szerepeltek; de ezen csoportban a fertőzésen alapuló gyulladásos folyásokat óhajtanánk röviden áttekinteni.

Ilyen, rendesen valamely passagezavar következtében visszatartott méhtartalom másodlagos pyogen fertőzése útján jön létre a *pyometra*, időszakosan vagy állandóan bő, tisztán genyes folyással. Kezelése a passage biztosítása, a méhűr alapos hypermanganos, jódos kiöblögetése (esetleg a méh hüvelyi úton való kiirtása) lehet. A *hydrosalpinx profluens* ritka kórképénél a lobos eredetű tubatömlők folyton termelődő híg savós tartalma időnként vagy állandóan a méhen és hüvelyen keresztül ürül ki, néha igen bő, vizenyős folyást okozva. Kezelése csak műtéti lehet (laparotomia).

A specificus fertőzéses folyások közül meg kell említenünk:

a) a *trychomonas kolpitist*, melynek oka az egysejtű parasita. Sárgás-zöldes, savanyúan reagáló, jellegzetesen habzó gennyes folyást okoz; élénk lobos jelenségekkel a portión és hüvelyfalon (kis vérzések, érdes sarjadzások). A parasitát csak függőcseppben lehet (microscoppal) kimutatni. Csak savanyú közegben él; ezért kezelése: 1‰-es sublimattal a hüvelyt kimosva, utána kiszárítva, glycerin és soda vagy borax 1:10-es keverékével bekenni (kb. 1 kávéskanálnyi). 4—5 kezelés rendesen elég.

b) soor okozta folyás gyakoribb csecsemőknél és főleg terheseknél. Jellegzetes a fehéresszürke, savós-genyes folyás mellett a borvirágszerű fehéres-szürke lepedék a lobos vulva belfelszinén és a hüvelyfalon (microscop alattt nagy, tojásszerűen duzzadt gombasejtek). Amilyen egyszerű a diagnosis, olyan a kezelése is: specificuma a bórvíz (3%os bórvizes öblítések; 20—25%-os bórglycerines ecsetelések, ezzel itatott tamponok behelyezése; kivételesen 2—5%os lapisecsetelések; 10%-os pyoctanin).

c) a genitalis tuberculosis okozta folyás — eltekintve ritkaságától — sem nem jellegzetes, sem nem erős, úgy, hogy csak egyéb tünetek hívják fel a figyelmet az alapbajra, melyet csak a szövettani vizsgálat igazolhat. Az alapbaj megfelelő kezelése mellett csupán igen enyhe adstringens öblítések (hypermangan, chlorzink) jöhetnek szóba.

d) a *gonorrhoeás folyás* a nő gyakorlatilag legfontosabb és legváltozatosabb megbetegedésének tünete, mely csecsemőkorától kezdve öregkoráig bármikor előfordulhat s az ivarcsatorna összes szakaszait, sőt a petefészkeken túl a kismedencét és az egész szervezetet is megbetegítheti. Ennek a betegségnek a tárgyalása azonban sokoldalúságánál, fontosságánál, a therapiás eszközök sokféleségénél fogva külön tárgyalást igényel.

Kovács Ferenc dr., egyet. magántanár.

A köszvény balneotherapiája.

Köszvény alatt — mint ismeretes — az anyagcsere olyan zavarát értjük, melynek lényegét a *nucleinekből* hasadás és oxydatio útján keletkező húgysavnak a szövetnedvekben való visszatartása és felhalmozódása képezi, ami időnként a *mononatriumurat* alakjában jelenlevő húgysavnak ugyanolyan kristályok formájában való kicsapódásához vezet. A kikristályosodás — a köszvény manifestálódása — legfőképen az inak, intömlők és az izületek szövetelemeinek (csontnak, porcnak, izületi toknak, szalagoknak) a nedvében megy végbe s legtöbbször a környezet heveny, ritkábban idült reactiv lobjához vezet, adott esetben pedig szövetpusztulást, az ízfelszinek elroncsolását, az izületi tok és szallagok zsugorodását, az izületek deformálódását és ankylosisát vonja maga után.

Ott, ahol a húgysavkicsapódás hatására előálló reactiv jelenségek folytán a szövetek épsége teljesen helyreáll, azt látjuk, hogy a reactiv lob lényegét alkotó jelenségek (activ hyperaemia, különböző sejtféleségeknek: óriássejteknek, urophagoknak a húgysavas góc körül való felhalmozódása stb.), a mononatriumurat kristályok feloldásához, a környező fehérvérsejtek által való felvételéhez és eltakarításához s így restitutio ad integrumhoz vezetnek. Egyéb szervekben (vesékben, szívizomban, az erek falában) a húgysav kicsapódás ritkábban jön létre s a klinikai megfigyelés számára különben is legtöbbször hozzáférhetetlen.

A köszvény manifestálódása által okozott zavaron kívül a véredényelmeszesedés, a zsugorvese, következményes hypertoniával és szívhypertrophiával, angioneurosis, gyomorégés, plethora abdominalis, neuralgiák, myalgiák, paraesthesiak, pruritus, neurasthenia kifejezett depressióval és álmatlansággal, epe- és vesekövek, idült hörghurut azok a kóros jelenségek, melyek ezen anyagcserezavarral általában karöltve járnak s nem egyszer therapiás tényked ésünk központjába kerülnek. A köszvény *balneotherapiájánál* ezek szerint kettős feladatnak kell megfelelnünk. Egyrészről a köszvény manifestálódása által okozott izületi és izületkörnyéki szövetelváltozások normalizálásáról kell gondoskodnunk, a megzavart izületi functiókat helyre kell állítanunk, a szövetekben felhalmozott és visszatartott húgysav fokozott kiválasztását kell elősegítenünk, másrészt az anyagcserezavart kísérő és fentemlített kóros jelenségeket kell befolyásolnunk.

A köszvényes izületi elváltozásnak *balneotherapiája* a természet által járt utat követi. A kikristályosodott húgysavtól a szervezet, mint láttuk, reactiv lobos jelenségek létrehozása, a húgysav feloldása és eltakarítása, általában az oldatban lévő és a szervezetben felhalmozódott húgysav mobilisálása és fokozott kiválasztása útján

szabadul meg. A természetszabta ezen gyógyulás mechanismusát hozzuk létre akkor, midőn a meleg és forró (35—40 C°-os) természetes, vagy mesterséges, *kénes, konyhasós, rádiumos, iszap-* vagy *lápfürdők,* ugyanilyen *helyi borogatások* alkalmazása által a szervezet lecsökkent reactiós készségét növeljük s a sejttevékenység activálásával a húgysavas gócokat azon szövetekből eltávolítjuk, melyekből a szervezet — akár az illető szövetféleség (porc, inszövet) vérrel való rossz ellátottsága, akár a köszvényes góc eltokoltsága, akár pedig a sejttevékenység elégtelensége miatt — képtelen volt őket eltávolítani.

A balneotherapiás eszközökön kívül természetesen egyéb általános és localis hőeljárások, mint *meleg-levegő, villanyfény* és az anyagcserét különösen erősen befolyásoló *gőzszekrények,* továbbá *homokfürdők, paraffinborogatások, diathermia* is alkalmazásra kerülnek. Ezen eljárások alkalmazásánál különösen két szempontot kell szem előtt tartanunk. Az egyik a szívvéredényrendszer állapota, a másik a köszvényes szervezet szövetelemeinek a külső ingerbehatásokkal szemben való nagy irritabilitása. A szív és az erek scleroticus megbetegedése hosszabb ideje fennálló köszvény esetén csaknem szabályszerű, hiszen a legtöbb köszvényes beteg éppen ennek következtében pusztul el. A balneotherapiás eljárásoknak tehát a szív teljesítőképességéhez és az erek állapotához kell alkalmazkodniok. Az inger intensitását (az eljárás hőfokát és tartamát) pedig úgy választjuk meg, hogy az azt követő reactio — mely a fájdalmak és a gyulladás fokozásában nyilvánul — a célszerűség határain belül mozogjon. Éppen ezért a hő és balneotherapiás eljárásokat csak akkor vesszük igénybe, amikor a kicsapódott húgysav keltette heveny lobos jelenségek már lezajlottak, illetve a minden esetre igen ritkán észlelésre kerülő és kezdettől fogva idült lobos jellegű eseteknél. Hazai fürdőink (Budapest, Harkány, Hévíz, Szoboszló) *kénes, földes-meszes, konyhasós hévizei* és *iszapja* az ilyen köszvényes izületi elváltozások kezelésére kiválóan alkalmasak.

A köszvényes anyagcserezavar befolyásolásának második lehetősége a szervezetnek *ivókúra* formájában való *„átöblítése"*. A bőséges folyadékfölvétel kétségtelenül a vér- és szövetnedvek (múló) felhigulását, nagyobb folyadéktömegek kiválasztását s ezzel kapcsolatban fokozott húgysavkiválasztást is eredményez. Hogy az ivókúra céljaira használt *földes-meszes, alkalikus, konyhasós, glaubersós ásványvizek* sói a purinanyagcserét, a húgysavoldódási viszonyait és kiválasztását, a szövetnedvek ionmilieuére való kétségtelen hatásuk révén miképen befolyásolják, azt — az ezen komplikált folyamatokba való mélyebb belepillantásunk híjján — nem tudjuk s az erre vonatkozó és itt részletesen nem tárgyalható vizsgálatok még sok tekintetben a tapasztalattal ellentétes eredményt hoztak napvilágra. Mindenesetre tény, hogy az anyagcserezavar ezen fajánál a szervezet átöblítése a fent nevezett ásványvizekkel, kedvező hatású. Fokozott mértékben érvényesül ez a köszvényt kísérő különböző kóros elváltozásoknál, így elsősorban a gyomor és béltractus részéről jelentkező panaszoknál. Gyomorégésnél, hyperaciditásos panaszoknál, a *parádi* (kénes, szénsavas, alkalikus) *Csevice*-forrásvizet alkalmazhatjuk haszonnal, a külföldiek közül pedig a *luhi Margit- és Erzsébet-, a bártfai, a neunahri, vichy-i, homburgi* ásványvizeket. A máj megnagyobbodásával, magas rekesz állással, szívpanaszokkal, obstipatióval, erős meteorismussal járó plethora abdominalis esetén hazai vizeink közül a *jászkarajenői Baby és Mira glaubersós-konyhasós vizek* jönnek elsősorban tekintetbe, melyek közül előbbi enyhébb hatású (glaubersó tartalma a marienbadi Kreuzbrunnen vizével egyezik), utóbbi erősebb. Kitünő szolgálatot tesznek ilyenkor *keserű vizeink is* (Herkules, Igmándi, Pálma, Hunyadi János, Mira stb.), melyek kisebb (½—1 boros pohárnyi) menyiségben fogyasztva hosszabb ideig vehetők. Ugyanezen vizek alkalmasak az epeutak esetlegesen fennálló megbetegedésének a befolyásolására is. A húgyutaknak köszvénnyel egyidejűleg fennálló *calculosisánál,* a *Hungária-forrás földes-meszes radioactiv vizét* itatjuk a beteggel, vagy a *szénsavas földes-meszes kékkuti,* illetve *mohai Ágnes-vizet,* a külföldiek közül a *Salvator, Borszék, Wildungen* stb. ásványvizei jönnek szóba.

A légutak idült hurutos megbetegéseinél konyhasós vizeink közül a *szoboszlói* és egri *Dobó-forrás* vizét, az *alkalikus-konyhasós* vizek közül a *málnási Mária-* és *Siculia, az emsi, seltersi, gleichenbergi ásványvizeket* vesszük igénybe.

Külön említjük a *radiumemanatiós és thorium x-el* végezhető ivókurát, melynek húgysavhajtó (és oldó?), valamint a köszvényes állapotot általában kedvezően befolyásoló hatása kétségtelen, anélkül azonban, hogy gyógyhatás tekintetében a hozzáfűzött reményeket valóra tudta volna váltani. A nagyfokú ingerlékenység, amellyel a köszvényes folyamatok a radioactiv anyagokkal szemben viseltetnek, megkívánja, hogy ezen anyagok dozirozásánál kellő figyelemmel járjunk el, nehogy túlerős, az izületekre káros reactiv folyamatokat provokáljunk. A radiumemanatióból naponta több részletben 3000 Mache egységnyi mennyiséget itatunk meg s ha reactiv jelenségek nem jelentkeznek, vagy csak igen mérsékeltek, a napi adagot egy hét után 5000—10.000—15.000—20.000—30.000 M. E.-ig emeljük s az ivókúrát 4—6 héten át folytatjuk. Thorium x-ből a napi dosis kezdetben 3—5 elektr. stat. egységnek megfelelő legyen, melyet — ha az állapot engedi — napi 20—30 elektr. stat. egys.-nyi értékre emelünk.

Ivókúrák végzésénél a szív és vese állapotára (zsugorvese) különös figyelemmel kell lennünk.

Általában a köszvény balneotherapiája, a köszvény gyógyításának csak kiegészítő részét képezi s az exogen húgysavbevitelnek a purinszegény táplálék által idejekorán való megszorítása, az anyagcserére oly kiválóan ható fokozott mozgás elrendelése — még mielőtt az izületek, a szív és véredényrendszer állapota ezt lehetetlenné teszi —, a gyógyszeres therapia, azok az eszközök, melyek a balneologiai beavatkozások sikeres alkalmazásának „conditio sine qua non"-ját alkotják.

Simicska Gábor dr., főorvos.

Az epekőmegbetegedések étrendje.

Az epekőbetegség étrendjénél több elv érvényesül. Gyógyszeres kezelésen kívül már régóta az a cél, hogy diaetával szüntessük meg az epeutak és epehólyag gyuladását, siettessük és megkönnyítsük a kövek kiürülését. Más lesz tehát diaetás előírásunk a roham alatt, ill. közvetlenül utána és más idült esetekben. Ezenkívül még kisfokban megváltozik az étrend, ha sárgaság is van jelen. Ez elveknek megfelelően három csoportban tárgyaljuk étrendi előírásainkat.

1. Roham alatt vagy közvetlenül utána a diaetáról kevés a mondani valónk. Tekintettel arra, hogy nem tudhatjuk előnyös-e a betegre nézve, ha siettetjük a beékelt kő kiürülését, vagy pedig ha elősegítjük — ha ez ugyan lehetséges — az epehólyagba való visszajutását, diaetás előírásaink csak oda irányulhatnak, hogy a beteg kiadós táplálása mellett a bélrendszert a legkisebb mértékben vegyük igénybe. A gyomor és bélrendszer kimélésére szóba

kerülhetne az éheztetés, azonban ezzel nem mindenkor teszünk jó szolgálatot. A gyomor éhségcontractioi és — mint tudjuk — az éhezés alatt is időnkint az egész bélhuzamon végighaladó peristaltika, az epeköves beteg fájdalmainak heves fokozódásával járhat. Az éheztetés ellen szól — kivéve az igen rövid ideig tartó táplálékmegvonást —, hogy a beteg erőbeli állapotát minden igyekezetünkkel fenn kell tartanunk, még akkor is, ha a rohamok hosszabb ideig tartanak. Ugyanis ilyenkor még fokozottabban áll fenn egy esetleges műtét szükségessége, amelynek sikerénél nem utolsó sorban a beteg tápláltsági foka is szerepet játszik. Tekintettel arra, hogy a végbélen keresztül történő táplálkozásnál kiváltandó bélmozgások kisebbek, tápcsőrékhez folyamodhatunk, melyekkel napjában több izben juttathatunk a betegnek táplálékot. Egyes tápcsőrék összeállítása a következő: *a)* 300 gr. dextrose oldat; *b)* 250 gr. tej, 2 tojás, 1 evőkanál liszt; *c)* 100 gr. 20%-os dextrose oldat, 2 tojás, 1 evőkanál pepton.

Ha a beteg állapota megengedi a tápcsőréken kivül gyenge tejes teát adhatunk per os is, rántott leveseket, rizsnyák levest.

2. Ha a beteg állapota kissé javult, tehát még akkor is, ha kisebb fájdalmak fennállnak, megkíséreljük a szájon át való táplálást. E táplálékoknak természetesen olyanoknak kell lenni, hogy a gyomor-bélcsatornát ne ingereljék. Elsősorban hőfokuk legyen a testhőmérsékéhez közelálló, azonkívül consistentiájuk ne rójjon nagyobb munkát az emésztőtraktusra. Már az intensivebb rágás is megindíthatja reflectoricusan a gyomor-bél mozgását, tehát az ételeket csak híg-pépes állapotban adhatjuk. Fűszereket, sőt a sót is csaknem teljesen mellőznünk kell. Egy másik célunk: nagy caloriamennyiséget a szervezetbe vinni anélkül, hogy a gyomor-bélcsatornát megterhelnénk. A caloria-dús zsírokat e célra alig használhatjuk. Eltekintve a zsíroknak speciálisan az epeutakra való hatásától, amelyről még szólni fogunk, a gyomorból lassan ürülnek, spasmusokat válthatnak ki, amelyek a beteg fájdalmait növelik. Az epekő rohamok mellett fennálló sárgaságnál, az epevezeték elzáródása miatt nem jut epe a bélbe, vagy csak kevés, tehát a zsírok kihasználása erősen hiányos. Igy a zsírokat, főleg a magasabb olvadáspontúakat, a táplálkozásból ki kell zárnunk. Maradnak tehát a fehérjék és szénhydrátok. A fehérjék — ezek közül főleg az állatiakat értjük — mennyisége ne lépje túl a napi 50—60 gr-ot, mert ezek felszivódása sem tökéletes a többé-kevésbé jelenlevő májbántalmazottság miatt. A fehérjék alakját a beteg állapota szabja meg. Kezdetben tejet, tejtermékeket (aludt tej, yoghurt, stb.) tojást adunk, később velőt, becsinált, vagdalt húst. Csak ha a beteg már hosszabb ideig fájdalommentes, engedélyezzük a teljesen puhára főtt, vagy sült húsokat. Sajtok közül csak a fűszer és sószegény, ú. n. krémsajtokat engedélyezhetjük kis mennyiségben, mert ezeknek viszont magasabb a zsír tartalma. E szakban nagyobb mennyiségben csak szénhydrátokat adhatunk.

A szénhydrátokat legjobban folyadékokban adhatjuk. Igy sok cukrot adhatunk gyömölcslevekben, világos teákban, tejben. Azok részére, kik a tejet nem bírják, tejjel leforrázott teát készitünk és langyosan tálaljuk (ú. n. svéd tea). Rántott levesek, áttört burgonya, később egyéb áttört főzelékek is, tejbe főttek, könnyű felfújtak egészitik ki az étrendet. Kenyér helyett piskótákat adunk, friss kenyeret vagy apró süteményt, barna kenyeret, stb. mellőznünk kell. Italul szénsav-szegény ásványvizet használunk, esetleg igen gyenge limonádét, málnaszörpöt, sok cukorral. Szeszes italok, bármely formában, szigorúan kerülendők.

3. Ha a rohamok teljesen megszüntek, áttérünk az idült epeköves beteg étrendjére. Hogy mit tartalmazzon ezen étrend, arra nézve eltérők a vélemények. A szerzők egy része teljesen eltiltja a zsírokat (cholesterin képződés lehetősége miatt), mások zsírdús étrendet ajánlanak (olajkúra), a zsírok cholagog hatása miatt. Kétségtelen, hogy semminemű diétával kövek képződését nem tudjuk meggátolni, de nem rendelkezünk olyan étrenddel sem, amely a kövek távozását biztosan elősegítené. Viszont ami a zsírokat és a belőlük képződő cholesterint illeti, egyáltalában kérdéses, hogy a szervezet egyéb cholesterin tartalmú szervei (pl. agy) nem a zsírokból kapják-e utánpótlásukat, tehát nélkülözhetik-e azokat. Igy leghelyesebbnek tartjuk, ha az étrend mind a három főtáplálékot tartalmazza. Természetesen legnagyobb mennyiségben a szénhydrátok legyenek képviselve, a zsírok és fehérjék kisebb mértékben. Az étrend legyen bélkímélő, ingerszegény, de a beteg kaloriaszükségletét minden körülmények között fedezze, kivéve ha igen elhízott beteggel van dolgunk és annak fogyasztását akarjuk kaloriaszegény étrenddel elérni. Sárgaságnál az étrend annyiban változik csak meg, hogy az állati fehérjéket és zsírokat még jobban korlátozzuk, viszont a szénhyrátokat növeljük. Szénhydrátdús étrendet adunk főleg akkor, ha a beteg insulint is kap.

Kolta Ervin dr., egyet. tanársegéd.

KÉRDÉS — FELELET.

Kérdés: *B. J. dr.* Betegem 76 éves prostatahypertrophiás. Hólyagpanaszok 930. XII. vége felé léptek fel először. Szeszes ital addig napi 2—3 deci pálinka s ½ l. bor. A fájdalmas telt hólyag majdnem eléri a köldököt. Nelaton catheterrel a vizeletet lebocsájtottam. Állandó catheter s naponta kétszer 3% bórvíz öblögetést kap 300—300 gr. mennyiségben amit 1 óra után kibocsájt.

A beteg nyugtalan, elégedetlen s ha engem megun, a közeli közhórházba megy kezelésre; egy idő mulva újból nálam folytatjuk a kezelést. Műtétről nem akar tudni, másrészről nem is lehetne ajánlani a gyengeség miatt. Kétségbeesett, hogy többé soha magától nem fog tudni vizelni.

Most: fájdalom semmi. Vizeletben kevés geny.

Felelet. Prostatahypertraphiánál a spontán vizelési képesség a baj előhaladott stadiumában megszünik. Ennek az az oka, hogy a növekedő prostatagöb által okozott vizeletkiürítési akadályt a túltengett s ezáltal müködésében megerősödő hólyagizomzat egy ideig képes compensálni, a növekedés nagyobb fokánál azonban már kimerül s beáll az incompensatio, a vizeletrekedés.

A vizelési képesség akkor áll helyre ismét, ha a kiürítési akadályt képez- adeno-fibromás göb műtéti úton el lett távolitva.

Erre kell törekedni minden esetben. Ha a műtéti beavatkozásnak valamely komoly akadálya van (szív, vese, tüdőbaj), akkor rendszeres catheterezéseket kell végezni, melyet a beteg életviszonyai s körülményei szerint kell beosztani.

Ha azonban megfelelő előkezeléssel a műtéti beavatkozás akadályát el lehet hárítani, úgy erre kell törekedni, mert a prostatectomia végeredményében egyike a legáldásosabb műtéteknek. *Illyés* prof.