75. évfolyam. 40. szám. Budapest, 1931 október 3.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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:

Neuber Ede: A testi és lelki épség mint az egyéni és a nemzeti lét alapja. (961—967. oldal.)
Fernbach József és Dekker Endre: Insulinhypoglycaemia vizsgálatok Addison-kórban. (967—970. oldal.)
Kasztriner Iván és Katz Traián: A hyperalgeziás zónák az urologiai diagnostikában. (970—973. oldal.)
Klein Miklós: Szemcseppek konzerválása. (973—976. oldal.)
Melly Béla: A kankós mellékheregyulladásról. (976—978. o.)
Balázs Gyula: Feltünően nagykiterjedésü és súlyos börfelmaródás öngyilkossági lúgmérgezéssel kapcsolatban. (978—979. oldal.)
Filep Aladár: A „Guttadiaphot" a szülészet és nőgyógyászatban. (979—981. oldal.)
Feldmann Ignác: Hajtótengely és hajtószíj okozta sérülésekről. (981—982. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (155—158. oldal.)
Lapszemle. Könyvismertetés. (982—985. oldal.)
Bud György: Szülészet nőgyógyászat nélkül és viszont. (985—986. oldal és a borítólap III. oldalán.)
Rakonitz Jenő: Nemzetközi neurologiai kongresszus. (A borítólap III. és IV. oldalán.)
Vegyes hirek: (A borítólap IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A testi és lelki épség mint az egyéni és a nemzeti lét alapja*.

Irta: *Neuber Ede* dr., egyet. ny. r. tanár.

A legnagyobb magyar, *Széchenyi István* gróf mondotta: *„egészség nélkül sem az egyén, sem a nemzet nem lehet elégedett, már pedig a megelégedés szelíd rokona a szerencsének"*. Ugyancsak ő hírdette először ebben az országban: *„a nemzeti célok elérésének talpköve elsősorban a szellemi és a testi erők harmonikus képzésében rejlik."* Hogy mennyire igazat mondott, azt legjobban igazolja a világtörténelem maga, mely mint legfelsőbb bíróság elfogulatlanul ítélkezik népek, nemzetek s egyesek élete és tettei felett, felderíti a történések rugóit és világosan tanúskodik aról, hogy csak testileg és lelkileg egészséges polgárokból áló nemzet lehet életképes, életerős, ellenálló, csak ez védheti meg nemzeti létét s vehet sikeresen részt a nemzetek élet-halál küzdelmében. Az egészség tehát nemcsak magánérdek, hanem érdeke az egész nemzetnek; minden nemzetnek arra kell törekednie, hogy minden egyes polgára, mint a nemzeti lét egyik pillére kifogástalan testi és lelki egészséggel, életerővel rendelkezzék, mert különben az egyes polgárokból felépített állam csakhamar roskataggá válik és az első nagyobb katastropha elsepri a föld színéről.

Tudjuk, hogy a régi, sőt már az ókori népek az egészségre és annak ápolására rendkívül nagy súlyt helyeztek, egyesek kétségkívül nagyobbat, mint azt manapság egyik-másik ország teszi. Törvényeik, intézkedéseik alkotásában e tekintetben kevésbbé ismertek akadályt, a megalkuvás szelleme ritkábban okozott náluk gátlásokat. Egyes ókori népek még drákói hygienei rendszabályoktól sem riadtak vissza, mint a spártaiak, kik fajegészségügyi célkitűzéseiket oly módon vélték leginkább megvalósítani, hogy a korcs és satnya újszülötteiket a Taigethos szikláiról letaszították. Az eliminativ selectionak ilyen alkalmazása kétségkívül sok értéktelen és káros öröklődési anyagtól szabadította meg őket, de a szakadékok oly csecsemőket is elnyelhettek, akik később testi fogyatkozásaik ellenére is nemcsak hazájuk történelmében, országuk alakulásában, hanem esetleg a világtörténelemben magában is döntő és talán mentő szerepet játszhattak volna. A selectionak ez a neme nemcsak a szellemi és lelki egészség feltételeit ingatja meg és teheti tönkre, hanem a mai fajegészségügyi célkitűzéseknek sem felel meg.

Ha a mai nemzedék egészségügyét megismerni, fejleszteni óhajtjuk, akkor elsősorban is a multba kell tekintenünk, mert tudásunk és tapasztalataink gyökerei onnan erednek. Ha mi ú. n. modern emberek büszkék is vagyunk tudományunk, állami organisationk, hygiénénk stb. rohamos fejlődésére, mégis el kell ismernünk, hogy az ókori művelt népek voltak a klasszikus kultúrának megteremtői s a modern korban történt haladás csakis az általuk elvetett magvakból kinőtt pompás és életerős hajtások továbbápolásának és fejlesztésének köszönhető. Mert azzal tisztában kell lennünk, hogy a művelt ókori népek hegemoniájukat nemcsak a harc mezején kivívott győzelmeiknek köszönhették, hanem a béke éveiben tudatosan és fokozatosan kifejlesztett lelki és testi qualitásaik voltak azok, melyek nekik a fölényt biztosították. Igazolja ezt az újabbkori tudományos kutatás, mely szerint egyes ókori népek klasszikus műveltsége nemcsak a művészet különböző ágait és az állami organisatiot ölelte fel, hanem főleg orvosi kultúrája, tudása által is kitünt. Utóbbiban főként a közegészségügy megszervezésére és ápolására helyeztek nagy súlyt, mert már tudatában voltak annak, hogy csak testileg-lelkileg egészséges nép életképes s ezt az állami élet nélkülözhetetlen kellékének tartották. Egészségügyi ideálokért nemcsak tudtak, hanem akartak is áldozatokat hozni.

A történelem például a több ezer év előtt élt egyptomiakat nemcsak rendkívül magas kulturájú, hanem egyszersmind igen szép és egészséges népfajnak ismeri. Jellemző kolosszális kulturájukra, hogy közel 5000 esztendős fölényt tudott magának biztosítani; ez a jelenség természetesen állami és egyéni életük magas differentiálódásában talál magyarázatot. Szerencsés háborúiknak — mint ezt már fentebb is említettem — kétségtelenül ez volt a forrása.

* A Tisza István Tudományegyetem rektori székének elfoglalásakor, 1931. szept. 29-én tartott előadás.

Az ókori egyptomiak az emberi anatomiát nem ismerhették — vallásuk az emberi hulla boncolását tiltotta — megállapításaik részben mégis ma is helytállók, ami kétségkívül kitűnő megfigyelőképességükről és bölcsességükről tanúskodik. A mai modern értelemben vett bacteriologiáról sejtelmük sem lehetett, járványok alkalmával azonban városaikat már kőfallal vették körül és így vélték a lakósságot azok ellen leginkább megvédhetni. Élettani fogalmaik is meglepők, melyek szerint az egészség harmonia, a betegség dysharmonia. Tagadhatatlan, hogy ez a sok ezer esztendővel ezelőtt alkotott hasonlat ma is helytálló. Az életjelenségek értelmezése ma is tulajdonképpen ebből a hasonlatból indul ki. Különösen egészségügyi törvényeik és rendeleteik méltóak a csodálatra és követésre. Az ókori Egyptomban e rendeleteket nemcsak kibocsátották, hanem be is tartották; ez a modern korban többé-kevésbé szokatlan jelenség talán abban leli magyarázatát, hogy e törvények, rendeletek vallási köntösben születtek s az akkor igen befolyásos, hatalmas és eszes orvospapok ellenőrzése alatt állottak. Törvényeik, rendeleteik különben egyszerűek, rövidek voltak s így a végrehajtásra alkalmasak is. Tudatában voltak már annak, hogy igen sürűn megjelenő és sokat magyarázgató rendeletek megértésre a nép lelkületében nem találnak. A történelem tanúskodik is arról, hogy az utóbbi módon kibocsátott rendeletek hű indikátorai egy nemzet hanyatló vitalitásának.

Az ókori, művelt népeknél például a testi és lelki tisztaság vallási kötelezettség volt melyet szigorú rendeletek biztosítottak. A test és a lélek fejlesztésében mindenkor a harmóniát keresték, mert csak így reméltek minden tekintetben magas értékű fajembert kitermelhetni. Nem estek a modern kornak sportőrületébe, mert nem az izomtömegekben látták a sportolás legkimagaslóbb eredményeit, hanem a test és lélek harmonikus fejlesztésére törekedtek, melynek fontosságára nálunk elsőízben *Széchenyi István* hívta fel a figyelmet.

Csak a legújabb kor ismerte fel a sok évszázadon keresztül elkövetett tévedéseket, életre keltette a test harmóniáját és a mozgás rythmusát szolgáló gymnastikát, mely rythmusos táncok, mozgások alakjában ma már nálunk is felkarolásra talált s melynek fölénye, szükségessége a mai kor gondolkodó emberét meggyőzte.

A történelem, de újabban az okokat és összefüggéseket feltáró statisztika kiválóképpen rávilágít arra, hogy egy nép életében a nemiélet és az ezzel járó betegségek mily szerepet játszottak. Az ókoriaknál a nemiélet is szabályozva volt, mégpedig bölcs előrelátással, fajegészségügyi szempontok tekintetbe vételével. Rendkívüli bölcsességükre, éleslátásukra vall, hogy a nemiélet terén nemcsak a nőket korlátozták, hanem a férfiakat is; ez a korlátozás elsősorban ethikai alapon történt, azonban voltak erre vonatkozólag tiltó törvényeik is, amelyek értelmében senki sem rendelkezhetett szabadon saját testével. Milyen perspektivákat nyujtanának ma ezek az egyptomi egészségügyi törvények és rendelkezések a nemibetegségek leküzdése terén, mennyivel megkönnyítenék az illetékes szakkörök helyzetét s mennyi egészséges öröklődési anyag volna megmenthető a jövő nemzedék számára. Korunk ilyen irányú törvényei tulságosan enyhék s elsősorban nem pártatlanok, hanem androcentrikusak, mert férfiak alkották őket, így lehet aztán, hogy míg a fertőzött nők egy részét kényszerkezelésre kötelezik, addig a fertőzött férfiak, mint virulens bacteriumtenyészetek szabadon garázdálkodhatnak a társadalomban.

Ma még azt hisszük, hogy az orvosi tudás és kultúra első hajtásai az ókori Egyptom és India földjén láttak napvilágot. Még messzebbre egyelőre nem tudunk visszapillantani, természetesen meglepetések nincsenek kizárva, nem tudhatjuk, mit hoz a holnap, hisz még nem is olyan régen *Hippokrates* tanaiban láttuk az orvosi tudomány, vagy *Hippokrates* szavaival élve az „orvosművészet" forrását s ime a történetbúvárok meglepték azzal, hogy az orvosi kultura sokkal távolabb keresendő a multban.

A természettudományi, orvosi és filozofiai világban *Hippokrates* neve fogalom; ez volt a multban, ez ma is, ez lesz a jövőben. Általában egészségügyi problémák iránti érzéke, lelkesedése és tudása csodálatraméltó; kétségkívül ő volt az ókor legnagyobb hygienicusa. Tanainak hatása nyilvánvaló a mai orvosi tudásunkban is. *Hippokrates* és tanítványainak szeme előtt mindenkor az egyetemesség lebegett, óvakodtak attól, hogy az egyetemesség rovására részletkérdéseknek útvesztőibe temetkezzenek s ezáltal elveszítsék az egész orvostudomány feletti áttekintésüket. *Hippokrates* szerint a „részlet" az „egész" nélkül sohasem ismerhető meg. Ez a mondása a legvilágosabban kifejezi azt, hogy milyen úton kell az orvosnak haladnia s egyike a legnagyobb ajándékoknak, amit tőle a későbbi orvosnemzedék kapott. Ez azonban hálátlannak mutatkozott, mert mindinkább a „részletek" mellékvágányára tévedt s az „egész" felett elvesztette áttekintését. A részletekből igyekezett és igyekszik nem ritkán még ma is az „egész"-re következtetni, ami a multban és a jelenben is sok hiba forrásává válik. Sajnos ez az irányzat mai orvosaink között — még a legelőkelőbb körökben is — emelkedőben van; vonatkozik ez elsősorban a szakorvos-képzésre, továbbá a laboratóriumi vizsgálatokon nyugvó klinikai diagnosisokra, amely a betegágyat elhanyagolja, tehát a beteget mint „egész"-et, mellőzi. Ha a német *Lieck*-nek az orvos-specialista kérdésről szóló fejtegetéseit olvassuk, akkor száz százalékban igazat adunk *Hippokratesnek*, amikor részletkérdések boncolásakor is mindig az „egész" lebegett szeme előtt. Ebben a felfogásban *Hippokratesnek* a bölcszészet adott elsősorban irányítást, amely tudomány az ókorban kétségkívül a legelőkelőbb helyet biztosította magának, sőt a többibe is belekapcsolódott s közülük a legtöbbet uralta. A görög szellem semmiféle tudományos kérdést sem hagyott meg szakszerű elkülönzésben a technikai jártasság szűkebb területén, hanem minden szakismeretet filozofiává általánosít. *(Hornyánszky.)* A hippokratesi Corpusban is ezt olvashatjuk: „a bölcszészetet az orvostudományba és az orvostudományt a bölcszészetbe kell átvezetni; mert a bölcszészorvos Istenhez hasonló". Ennek a mondatnak első fele korunkban is mindinkább meleg sympathiára talál. Külföldi, különösen német orvosegyetemeken mint rendkívüli tárgyat a bölcszészetet hallgatják is, kötelezővé tétele tudomásom szerint csak rövid idő kérdése. Félreértések elkerülése céljából tisztában kell lennünk azzal, hogy *Hippokrates* az orvostudomány művelésében és tanításaiban az empyriát korántsem hanyagolta el; szerinte csak a szerzett tapasztalatok adhatják meg a dolgok igazi realis megismerését s a nagy áttekintések lehetőségeit. A sajátos művészi látással és alkotással megáldott orvos csakis ezeknek a tapasztalatoknak megszerzése után tudja az adott esetet analysálni, megismerni. Az igazi orvos tudását empyriára épített orvosművészetben látja s tanításain is ez az elv vonul végig.

A modern orvosi irodalomban a constitutio fogalma újból szerephez jutott, de már *Hippokrates* tisztában volt azzal, hogy az öröklődési adottság, továbbá külső behatások szabályozzák a betegség és egészség esélyeit. Modern értelemben az egyik oldalon áll az öröklődési anyag, az idioplasma, a másikon az idioplasmát érő különböző befolyások és behatások, amely fogalmakat ma fajegészségügyi nyelven kombinationak, mutationak, variationak hívunk, de lényegében azonos fogalmak ezek, mint amelyeket *Hippokrates* és iskolája 2000 évvel ezelőtt hírdetett, mindenesetre inkább az orvosművész és filozófus intuitiv

megsejtésével, mint experementális vizsgálatokkal alátámasztva, amint azt a mai fajhygienikusok teszik. Korunk egyik elismert és népszerű gondolkodója, *Much* kissé cinikusan, de talán nem igaztalanul írja: „ma egy hajszállal sem tudjuk jobban, mint *Hippokrates* és iskolája, hogy mi tulajdonképpen az a constitutio?" Kétségkívül mindenkor az lesz a legnagyobb és legérdemdúsabb orvos, az emberiség Messiása, aki a constitutióra közvetlenül kedvező befolyást tud majd gyakorolni s ezáltal magasabb értékű emberanyag kitermelésére lesz képes.

Hogy már *Hippokrates* milyen nagy súlyt helyezett a constitutiora kiviláglik tanításaiból, amelyekben kifejti, hogy az orvosnak nem is a betegség ellen kell küzdenie elsősorban, hanem a szervezet veszélybenforgó, vagy már megtámadott sajátos constitutiójában gyökerező erőtényezőket kell megvédenie, felszabadítania, hogy a szervezet a veleszületett, illetve örökölt ellenállóképességével a külső káros hatásokat magától elhárítsa, mert nem az orvos, hanem a szervezet gyógyítja meg a beteget.

A legtermészetesebb jelenség, hogy a régi népeknél, melyek évszázadokon és ezredeken át a hygiene általános szabályait nemcsak hűségesen betartották, hanem a legnemesebb versengést folytatták a testi és lelkikultúra fokozásában, az öröklődési anyagban állandó progressiv javulás mutatkozott. Ez a tudatos törekvés fejlesztette ki e népekből több ezer esztendővel ezelőtt a hadvezérek, államférfiak, orvosok stb. olyan kimagasló alakjait, mint amilyeneket a világtörténelemben különben alig találunk.

Végeredményben azonban e nagy népek mégis tönkrementek, eltüntek a földszínéről, egyik-másiknak maradéka és nyelve ugyan még megmaradt, de ez az ivadék már nem volt az eredeti nagy nép csiraplasmájának az örököse, hanem rendszerint a győző ellenség vére, legjobb esetben keveréke. A tragédia mindenkor az volt, hogy a győző ellenség kultúra szempontjából rendszerint alulmaradt, de biologiailag nagy fölényben volt, ami főleg és mindenekelőtt a gyermekszaporulatban nyert kifejezést.

A nagy népeket tehát végeredményben a születések csökkenése tette tönkre, ami elsősorban a régi klasszikus nemzetekre, a görögökre és a rómaiakra vonatkozik. Hozzájárult a decadentiához — amint ezt a fajhygienikusok ma már egyhangúlag vallják — a nagy vagyonnak, a jómódnak imádata, amely állami és gazdasági életük zenitjén, de főként visszafejlődésükben és elpuhulásukban tulajdonképpeni fokmérője volt az egyes polgárt megillető tiszteletnek és megbecsülésnek. A soktagú család elszegényedett s így tiszteletben és becsülésben is vesztett, ennek természetes következménye volt, hogy a magasabb értékű, intellektuel osztály tartózkodott a házasságtól, de főleg a gyermekszaporulattól s ez lett az ókori nagy népek sírja. Kitűnő mementóként szolgálhat ez a világháborúban résztvett s fajegészségügyileg szintén igen sulyosan megkárosodott nemzeteknek, népeknek, mert úgyszólván egész Európában feltűnően hasonlítanak a mai állapotok az ép említettekhez.

Ezek szerint a kultura is antiselektiv hatású, mert a legértékesebbeket önkéntes coelibatusra ítéli. A kultúra járványhoz hasonlóan — bármennyire paradoxonnak lássék is első pillanatra ez a hasonlatom — kisebb-nagyobb időszakokban bebarangolja a földtekét és ott üti fel tanyáját, ahol megfelelő receptorokra talál s hatalmassá, naggyá teszi azt a népet, amely befogadta, hogy bizonyos idő elteltével gazdaságilag, fajegészségügyileg megsemmisítse s annál mélyebbre taszítsa. A leghatalmasabb fa zuhan a legnagyobbat, amikor kidől.

Az ókori nagyműveltségű népek előtt ezer esztendőkkel is voltak már fajhygieniai szempontok és elgondolások, mindenesetre primitiv ösztönök alakjában, talán már akkor is, amikor az ősember még hordákban élt. Az egészséges egocentrikus felfogás szolgálta náluk a fajegészségügyi célkitűzéseket, mert az alattvalóknak és az utódoknak épségéről gondoskodó törzsfő igen jól tudta, hogy nomád életet élő hordája csak akkor küzdhet meg az állandóan fenyegető veszedelmekkel, ha törzse egészséges és így harcképes is.

A később keletkezett állami szervezkedések pedig az egészségügyet, legalább is annak az állami érdekeket szolgáló részeit, kiragadták a magánosok és a társadalom kezéből, hogy az államhatalom körébe vonják. Ma minden államban az egészségügy a legfontosabb szociális feladatok közé tartozik. Az embervédelem lehetőségeit minden államban a vezetőkörök szakképzettsége, a rendelkezésére álló anyagi eszközök, a társadalom áldozatkészsége s még több egyéb tényező szabja meg, illetve ezek vonnak határt a törekvéseknek.

A szociális kérdések átérzése s az ilyen irányokban észlelhető alkotásvágy sajnos ma nem áll arányban az állami és egyéni anyagi eszközökkel, úgy, hogy a legszebben, legideálisabban kidolgozott hygiénes tervek meg nem valósíthatók s csak légvárak alakjában gyönyörködhetünk bennük.

Kétségtelen, hogy az állam és a társadalom egyik legelemibb kötelessége az aggok, rokkantak, munkaképtelenek stb. szocialis ellátása. Még a legválságosabb gazdasági helyzettel küzdő államnak is a legfontosabbak és legsürgősebbek közé kell sorolnia ezt a feladatot, ha pedig elhanyagolja, akkor hasonlít a szülői szárnyak alól már régen kinőtt, tehetős, azonban hálátlan és hűtlen gyermekhez, aki öreg szüleit a nyomorban hagyja sínylődni, pedig neki köszönheti létét, akárcsak az állam öregedő polgárainak. Amilyen integráns tényezője az állami életnek ez a feladat, épp oly fontos a jövőbe pillantás, a jövő nemzedék testi és lelki egészségének megalapozása. Véleményem szerint nagyon helytelen az a célkitűzés, hogy a jövő nemzedék megvédése céljából az anyán vagy a csecsemőn kezdjük az embervédelmet. Meggyőződésem szerint nemcsak a magyar, hanem a külföldi hygiénés célkitűzéseknek is hiánya és hibája az, hogy elsősorban a csecsemőket, gyermekeket és aggokat, rokkantakat, munkaképteleneket stb. védi, ezzel szemben az állam- és fajfenntartó elemekről, tehát a fiatal és középkorú nőkről (anyákról) és férfiakról (apákról) meglehetősen mostohán gondoskodik; ez az irányzat nálunk a háború után lényegesen javúlt, azonban mindenesetre anyagiak híjján, még ma sem meríti ki azokat a szükséges intézkedéseket, amelyek e téren megkívánhatók volnának. Ha gondoskodik is fiatal egyének egészségügyéről (O. T. I., beteggondozók, modern kórházak felállítása, ingyen gyógyszer stb.), azonban nem adja s talán nem is adhatja meg azokat a feltételeket, amelyek a korai házasságok lehetőségeit magukba foglalják. Vonatkozik ez főleg a komolyan gondolkozó, hazafias érzésű, becsületes s a házasságot szentségnek tartó intellektuell osztályra, amely csak akkor gondol házasságra, családalapításra, amikor ennek a komoly lépésnek anyagi feltételeit biztosítva látja. A mai viszonyokat illetőleg statisztikánk igen szomorú adatokkal szolgál, a művelt középosztály lelkiismeretes férfitagjai rendszerint már csak fiatalságuk, sőt többnyire csak javakoruk lezajlása után gondolhatnak házasságra, amikor a hosszú legényélet kísértései és veszedelmei többnyire nem minden nyom nélkül haladtak el mellettük s egyiknek-másiknak egészségét és életerejét csúfosan megtépázták. Ez természetesen nemcsak az intellektuell osztályra, azonban általában a szociális szempontból értékes emberanyagra vonatkozik. Nem így a csekélyebb értékű, fogyatékosabb emberanyagnál. Ezeket nem az ész, nem a lélek, de semmiesetre sem a családi tűzhely megalapozásának, a családalapításnak ideálja vezeti, hanem házas-

ságuk rendszerint könnyelmű elhatározásból ered, egocentrikus alapon, vagy egyesegyedül sexualis ösztönüknek engednek, amikor házasságra határozzák el magukat, illetve azt könnyelműen cselekszik. Ezeknél teljesen, vagy részben hiányoznak a lelki gátlások s így a nemes célkitűzések is, amelyek a házasság és az utódok boldogulását tartják szem előtt. Nem is kell tudományos megállapításokhoz, statisztikához fordulnunk, mert a mindennapi élet is tanúskodik arról, hogy a socialis szempontokból csekély értékűek, a testileg-szellemileg fogyatékosak nagyobb szaporodást mutatnak, mint az értékes elemek.

Kétségkívül ez is a selectionak egyik, még pedig a nem kívánt neme, amely rendkívül káros az országnak, a nemzetnek életére, fejlődésére és boldogulására. Ha ezt még kellő időben nem tudjuk orvosolni, akkor az öröklődés törvényei szerint bizonyára előbb-utóbb el kell következnie egy olyan állapotnak, amelyben az asocialis emberanyag győzedelmeskedik, aminek hatása azután nemcsak a házasságra, a társadalomra, a közegészségügyre, politikai életre, hanem az országnak, nemzetnek életképességére is hatással lesz, sőt azt teljes mértékben uralni fogja.

Ennek a rendkívül káros selectionak szanálására csak két lehetőség kínálkozik: *1. az asocialis emberanyagnak minden rendelkezésre álló eszközzel való kirekesztése a családalapításból (kiküszöbölési selectio), 2. a socialisan értékes emberanyagnak ugyancsak minden rendelkezésre álló eszközzel való segítése a családalapításhoz (positiv electio).*

Igen természetes, hogy mindkét úton való haladás érlelné e fajegészségügyi meggondolások legszebb gyümölcsét, azaz a legideálisabb emberanyagot. De ezeknek radikalis keresztülvitele nemcsak egy legyőzött, anyagiakban szegény, lerongyolódott országban találkoznék rendkívül sok és elháríthatatlan akadállyal, hanem még gazdag országokban is, ahol akarnak, sőt talán tudnak is áldozatokat hozni sok ellenzésbe ütköznének ezek a tervek, mert ez egyéni szabadság szentségét veszélyeztetnék.

Maga a házasságkötés s így a házasság is a család és az állam számára csak akkor jelent értéket, erkölcsi és anyagi tőkét, ha abból testileg-szellemileg egészséges ivadékok származnak. Ha a kultúrállamoknak a gyermekszaporodásra vonatkozó intézményeit tanulmányozzuk, meglepődötten tapasztaljuk, hogy a legtöbb állam az általános gyermekszaporulatot tűzte ki célul, a selectionak teljes, vagy legalább is nagymérvű elhanyagolásával. Kétségtelen azonban, s ezt fajhygiénés tapasztalatok is igazolják hogy a nagy termékenység egymagában is bő alkalmat ad az értékes elem selectiójára, illetve electiójára, mert még átlagon aluli apák és anyák szerencsés combinatióiból is olyan ivadékok származhatnak, amelyek az átlagot nemcsak megközelítik, hanem azt tetemesen felül is múlják, amely jelenségre a fajhygiénében számos és gyakori példa van. Különösen *Franciaország* hoz nagy áldozatokat e tekintetben még idegen emberanyag (pl. lengyel) bevonásától és segélyezésétől sem riad vissza, hogy minél több katonát állíthasson az ország határaira. Pl. *Oroszország* az új rezsim alatt teherbírását jóval meghaladólag arra törekszik, hogy náluk legyen az anyák és gyermekek édenkertje. Orosz orvostanároktól, az 1930-i nemzetközi kopenhágai orvoskongresszuson arról értesültem, hogy az orosz népnek főleg az iparos és a mezőgazdasági munkás-családokban tényleg jelentékeny a gyermekszaporulata, de ebben a jövőt illetőleg nincs sok köszönet, mert *náluk tényleg meg van a selectio*, azonban ez a selectio nagyon erősen politikai színezetű s így a legnagyobb valószínűség szerint a történelmi Oroszországnak, illetve a történelmi orosz nemzetnek nem a legértékesebb átöröklési anyaga, idioplasmája használtatik fel az utódok kiválasztásához. *Németországban, Ausztriában* s a legtöbb kulturállamban is ez a kérdés állandóan napirenden van, azonban a sikeres megoldáshoz szükséges nagy anyagi áldozatok s nem kevésbbé az illetékes szakkörök elvi ellentétes állásfoglalásai eddig az ily irányú, komolyabb állami intézkedéseket meghiusították.

Avval tisztában kell lennünk, hogy egy legyőzött, elszegényedett ország nem folytathatja békebeli népesedési politikáját. Ezeknek az országoknak legtöbbjében a megélhetési viszonyok annyira megrosszabbodtak, hogy ma már nem kívánatos, talán nem is lehetséges a selectio nélküli szaporodás, mert a testileg és szellemileg fogyatékosak az állam részére súlyos tehertételt jelentenek s azokat végeredményben az adófizető polgároknak kell eltartaniok. Másrészt pedig elvitathatatlan igazság, hogy a megélhetés lehetőségein belül egy osztálynak, nemzetnek a jövője szervesen összefügg a gyermekszaporulattal és ezzel egyenes arányban áll. A fajok története minden kétséget kizárólag bebizonyította s ezt a tételt ma már minden fajhygienicus vallja is, hogy egy nagy gyermekszaporulatot feltüntető népet ideig-óráig katonailag le lehet győzni, le lehet igázni, azonban a földszínéről elseperni sohasem, mert ennek a népnek őserejében szunnyadó energia, amely öntudatlanul is a fajfenntartás eszméit szolgálja, ezt a népet minden végzetesnek mutatkozó csapástól sikeresen megvédi, mert jövője biologiai alapon biztosítva van. Kétségkívül nehéz annak a kérdésnek a megoldása, hogy ez a selectiv alapon történő gyermekszaporulat milyen irányelvekkel történjék, hogy társadalmi osztályokon, vagy foglalkozási ágakon sérelem ne essék. Ez a selectio természetesen subjektiv, sentimentalis alapon nem valósítható meg, azonban rendelkezésünkre áll egy reális tudományos módszer, a statisztika, amely pontosan megmondja, illetve rámutat arra, hogy a társadalomnak melyik rétegei rendelkeznek a legértékesebb átöröklési anyaggal, amelyek az állami élet szempontjából is a nemzetnek gerincét alkotják, továbbá háborús és politikai forgatagokban sziklaszilárdan állták meg a helyüket s mindenkor csak a magas nemzeti ideálokat szolgálták. Ezek kétségtelenül megérdemelnék, hogy a családi tűzhely megalapításában elsősorban őket segítsük s családi életükben legmesszebbmenő módon támogassuk, de a jövő nemzedék kialakulásában is mindenképen őket helyezzük ennek a felette fontos kérdésnek középpontjába. Ezt annál is inkább megérdemelnék, mert ezek tulnyomó része vagyont nem gyűjthetett, a luxusélet előttük ismeretlen, az egyszerű megélhetésért áldozzák egész energiájukat, hazafias lelküket, életüket a közügyek szolgálatában.

A gyermekszaporulat terén a selectálás ilyen iránya nem is új, Franciaországban pl. az államhivatalnokok lényeges családi segélyben részesülnek, hogy a quantitativ és qualitativ népszaporulat lehetővé tétessék. A *„családi pótlék"*-nak a költségvetésbe e szempontokból való beállítása szintén nem új, már majdnem 200 esztendővel ezelőtt a francia *Thomas Paine* végzett e téren úttörő kísérleteket, kora azonban erre még nem érett meg, úgyhogy nemes gondolatai nemcsak évtizedekig, hanem több mint egy századig nem találtak komoly visszhangra. A gazdasági fronton legyőzött, rabszolgasorban sinylődő magyar állam nincs abban a helyzetben, hogy költségvetésébe ma a selectiv gyermekszaporulat elérése céljából családi pótlék címén újabb s bizonyára nagyobb tehertételeket vállaljon, de bizonyára bekövetkezik majd egy jobb kor, amikor az állam a magyar társadalomnak értékes rétegeit földi javakkal jobban elláthatja, különös súlyt helyezvén pedig a család támogatására, ami által természetszerűleg a nemzet fajegészségügyi érdekeit is szolgálni fogja.

Bármilyen távol fekszik is az ilyen megoldás lehetősége s bármilyen szokatlan is ez a gyakorlatban, mégis inkább ma, mint holnap kell vele foglalkoznunk.

A positiv electio szempontjából a család támogatása az államok rendkívül fontos feladata, mert ezzel szociális szempontból magasabb értékű emberanyagnak nyújt lehetőséget gyermekszaporulatra. Főként áll ez a gazdaságilag igen súlyos mai időkre, amikor a háború, főként a vesztett háború káros kihatásai az egész vonalon megérezhetők. Igen természetes, hogy a háború az öröklődés szempontjából csak káros hatással lehetett s így contraselectiót váltott ki. Eltekintve attól, hogy a legértékesebb öröklődési anyag tetemes része a galiciai, a szerb, olasz, stb. harcmezőkön van elhantolva. Tehát mindent el kell követnünk, hogy a megmaradt értékes elem, csiraplasma a legkedvezőbb körülmények közé jusson, mert a népek történelmében azt látjuk, amint azt már fentebb kifejtettem s amint ezt a fajhygienikusok már régen vallják, hogy katonai vereség, továbbá az értékes emberi, azaz öröklődési anyagban való nagy veszteség még korántsem jelent halálos ítéletet egy nemzetre. Inkább az a fontos, miképen tudjuk megvalósítani azt a feladatot, hogy a megmaradt értékes emberek szaporodását elősegítsük, szóval miképen tudjuk a *positiv electiót* megvalósítani.

Az alacsonyabb társadalmi osztályokban is mindinkább tért hódító civilisatio is contraselectiv hatású, amennyiben felvilágosítja ezt a régebben csak a „mának" élő népréteget abban a tekintetben, hogy az egyéni érvényesülés gazdasági és előmeneteli szempontból a coelibátushoz, de legalább is a kicsiny családhoz kötött.

A modern ember egészsége s így élete is kevésbbé van veszélyeztetve, mint az ősemberé, azonban még így is állandóan résen kell lennie látható és láthatatlan ellenségeivel szemben. A kultura és az általa teremtett életviszonyok is károsan befolyásolhatják az öröklődés tényezőit. Az ősember és a kulturember biologiai alapon való kiválasztódása természetszerűleg más utakon haladt, illetve halad. Amíg a vadonban élő ősembernél elsősorban s talán kizárólag a természetes selectio érvényesült, — akár csak ma is a vadon embereinél és állatainál —, addig a mai kulturállamokban az egyed testi épsége s így élete is az államhatalom védelme alatt áll, s így nem kell úgyszólván egész energiáját saját és családja csupasz életének megvédésére, megmentésére pazarolnia *(Bauer)*. Az életküzdelmek azonban ma is fennállanak és pedig elsősorban a napi megélhetésért, nem különben a társadalomban való elhelyeződésért s egyéb modern ambitiókért folynak sokszor ádáz formában. Ilyen beállításban korunk küzdelmeiben is a legértékesebb öröklődési anyagnak kellene érvényesülnie és győzni a positiv kiválasztódás útján.

Ha kulturember meg is szabadult a vérengző vadak fogaitól, karmaitól, még mindig maradnak képviselői az állatvilágnak, amelyek a kulturember egészségét, életét jobban veszélyeztetik, mint valaha s ezek apró, csak microscopicus nagyítással látható állatok és növények: a microbák, amelyek elsősorban a civilisatio melegágyában tenyésznek s ennek ostoraivá váltak, bizonyságául annak, hogy mi orvosok a természeti erőket és magát a természetet is le nem győzhetjük még akkor sem, ha az egyik, vagy másik kórokozótól, illetve járványtól (lepra, pestis, cholera, stb.) az emberiséget többé-kevésbbé meg is szabadítottuk, mert a természet újabb járványokat termel ki, amelyek eltüntetése után mások jönnek. A syphilis is már halálra van ítélve, már ott ül a siralomházban, csak idő kérdése, mikor tünik el a föld színéről. Kérdés azonban, vajjon mi jön helyette? A Természet állandóan résen van, védi jogait s nem engedi kijátszatni magát.

Csak *Wells*nek a kitünő irónak a fantáziájában születhettek meg olyan gondolatok — amelyek azonban nem nélkülöznek természettudományi alapot —, hogy a Mars lakói már oly magas orvosi kulturát termeltek ki, mely minden mikrobát kiirtott. A Természet itt is megbosszulta magát, nem türte az égig növő kulturát, mert amikor a Mars-lakók túlnépesedés miatt ágyúkból a Földre lövették magukat, itt a földön tökéletesebb hadi felszerelésükkel néhány nap alatt korlátlan úrrá lettek, a homo sapienst ketrecbe zárták, hizlalták, hogy véréből táplálkozzanak. Azonban az emberektől ótvar és kelevények alakjában banális fertőzéseket kapván, rövidesen elpusztultak. Hiányozván belőlük az ivadékról-ivadékra öröklődő védőanyagok, amelyektől tulajdonképen magasabb civilisatiójuk fosztotta meg őket.

Röviden rá akarok mutatni azokra a támadásokra, küzdelmekre, amelyekkel szemben a modern hygienenek és testvérének a fajhygienenek fel kell vértezve lennie, különös tekintettel fiatalságunk megvédésére. Egy nép életében a gazdasági viszonyok romlása, az elszegényedés irgalom nélkül rányomja bélyegét polgárainak testi és lelki életére, épségére. Fénykorában az általános jómód a polgárokat nemcsak testileg teszi erőssé, ellenállóvá, hanem a jómód egyszersmind integráns tényezője, talán feltétele is a magasabb niveauju erkölcsi életnek. A világtörténelem arra tanít, hogy vesztet háborúk uán, kivált a rákövetkező gazdasági összeroppanásban felszabadulnak a lelki gátlások és ezek oly történéseknek lesznek okozóivá, amelyek normalis időkben megszületésükkor úgyszólván már életképtelenek. Gazdaságilag súlyos időkben a bűnözések gyakoriabbak és súlyosabbak is, amely jelenségeknek nemcsak a szegénység, hanem elsősorban a könnyelmű és a pazarló életmód is az oka. A tömeges bűnesetek következtében a deliktumok elbírálása is enyhébb, amely cselekedet lehet humánus, véleményem szerint azonban a bünözők lelkületében inkább fokozza a bűnözési hajlamot, semmint megbánást váltana ki. Csak igazat adhatunk *Benedek László* egyetemi tanárnak és törvényszéki elmeorvosnak, amikor azt mondja: „a legközelebbi feladat a kriminalitásnak a békebeli méretekre való visszaszorítása. E tekintetben pedig fontos volna, hogy a büntetőbíróságok a legalis jogszerűségnek minden szigorát kihasználjak a közmorál védelmére." (A kriminalitás fokozódásának okairól. Jogtudományi Közlöny 1925. 7. sz.)

Rektori székfoglalómban elsősorban az emberiségre, de különösen egyetemi ifjainkra súlyos károsodásokat jelentő veszedelmekre kívánok rámutatni, főleg azonban olyanokra, amelyek nemcsak az egyed egészségét támadják meg, hanem magára az öröklődési folyamatra is káros hatással vannak s így az egyéni és nemzeti épséget és létet veszélyeztetik. A háború gyászos kimenetele ifjaink számára amúgyis súlyos állapotokat teremtett, amelyek testi és lelki épségükön kétségkívül nyomot hagytak, ha most ezekhez még egyéb fajegészségügyi szempontból súlyos károsodások járulnak, akkor ennek a nemzetnek sorsa meg van pecsételve s saját magunk ássuk meg sírunkat. Ilyen szörnyű nyavalyái az emberiségnek, különösen azonban a még kisebb élettapasztalatokkal rendelkező ifjainknak: az alcoholismus, a morphinismus, a cocainismus, stb., de elsősorban a nemibetegségek. A felsoroltak csak töredékei egyetemi ifjaink öröklődési anyagát érő károsodásoknak, ma azonban ezek kétségkívül előtérben állanak s ami rendkívül fontosságú, hogy nemcsak a legsúlyosabb ártalmakat jelentik, hanem célszerű rendelkezésekkel, jóakarattal és némi ügyszeretettel nagyobbára le is küzdhetők.

Székfoglaló előadásomban nem foglalkozhatom fajegészségügyi szempontból külön-külön e felsorolt károso-

dások kihatásaival, hanem még ebben a tanévben erről a helyről kívánok a kérdésbe mélyebb bepillantást nyújtani.

Elsősorban az orvosok, a hygienikusok kezébe van letéve a jövő generatio testi és lelki épsége; nagyrészt az ő szakképzettségüktől, rátermettségüktől, munka- és fajszeretetüktől függ a jövő nemzedék testi és lelki kialakulása. Ezért az erre hivatott egészségügyi közegeknek nemcsak tanácsadói, hanem alkotó és végrehajtó jogot is kellene nyerniök, mert különben a legideálisabb és gyakorlatilag is a legcélszerűbb egészségügyi tervek és javaslatok többnyire már életképtelenné vált paragrafusoknak esnek áldozatul a bürokratizmusnak bályványozott oltárán, mielőtt még egyáltalában megszülethettek volna.

Már az egyetemen kellene, mint kötelező külön tárgyat, a social- és fajhygienet tanítani, mindenesetre az általános közegészségtan keretében. Ezzel megvalósítható volna az a régi óhaj s újabban talán már jogos követelés, hogy a jövő orvosnemzedék betekintést nyerjen fontosabb népegészségügyi problémákba s ezzel későbbi gyakorlati hygienes kiképzéséhez megfelelő alap adassék. Mert nem elegendő kitünően átgondolt és megalkotott rendeleteket és törvényeket életbeléptetni, hanem meg kell adnunk a gyakorló orvosnak azt az általános hygienes kiképzést is, hogy a kiadott rendeletek és törvények szellemét át is értse és érezze s azokat a lehetőség határain belül a helyi viszonyokkal összhangzásban alkalmazni is tudja. *Scholtz Kornél* szavaival élve: „a praeventio gondolatának előtérbe nyomulásával orvosaink közül kevesen akadnak olyanok, akiket előtanulmányaik a praeventiv hygiene végzendő munkáira teljesen képesítettek volna, vagy pedig: „szükséges, hogy az egyetemen folyó kiképzésben a diagnostizálás és therapia tanítása mellett a prophylaxis módjának és eszközeinek ismertetése nagyobb tért hódítson."

Az orvostudomány újabb fejlődésének szemléletében önkénytelenül az ókori bölcs paporvosoknak, de különösen *Hippokrates*nek tanításai juthatnak eszünkbe, akiknek szeme előtt mindenkor az egyetemesség lebegett s óvakodtak attól, hogy az egyetemesség rovására részletkérdésekbe temetkezve elveszítsék az egész orvostudomány feletti áttekintésüket; bölcsességüket különösen az jellemezte, hogy a *jelen adottságából mindig a jövőbe* tekintettek s az utóbbinak egészségügyi történéseit előnyösen igyekeztek befolyásolni. Ilyen módon fajegészségügyi szempontokból a legszebb gyümölcsöket termelték.

Az ókori bölcs kartársak ezek örökét tehát sok száz és több ezer éven át elhanyagoltuk, de legalább is nem becsültük meg. Az egyetemesség, ennélfogva az áttekintés az általános egészségügy, az embervédelem terén kétségkívül hanyatlott s így az orvosi tudomány jóval kisebb hatáskört tudott magának biztosítani, mert csak a betegségek gyógyítására fordított gondot, szóval a jelen adottság egészségügyi feladataiban merült ki, a távoli célokat pedig elhanyagolta. Ebből a lethargiából az orvostudomány csak legutóbb ébredt fel, amikor a jelen adottságán kívül social- és fajhygienés szempontokat tekintetbe véve az emberi egészség és élet problémáival kezdett foglalkozni s amikor az *egyén* egészségügyi érdekei gyakran kénytelenek voltak meghátrálni az *emberiség* érdekei mögé. Ezek a meggondolások és célkitűzések nálunk is a magyar fajegészségügy megszületéséhez vezettek.

Nem tagadható s ezt kivétel nélkül minden politikai fractio vallja, hogy egészségügyi szempontból ma az államhatalom erején felül áldoz és alkot, mert tudatában van annak, hogy e befektetései bőven megtérülnek s a fentebb ismertetett hygienes törekvéseket is meg akarja valósítani.

Magyarország fiatalságának állami támogatása, tanítása sohasem állott ennyire előtérben, mint ma. Tehetséges és szorgalmas ifjak kiképzéséről nagyrészt maga az állam gondoskodik, ezzel kétségkívül a positiv kiválasztás fajegészségügyi eszméit szolgálja. A legkülönbözőbb ifjusági intézmények (internátusok, mensák, stb.) felállítása feltétlenül jelzője az állam, legelsősorban a vallás és közoktatásügyi kormány abbeli törekvéseinek, hogy az értékes ifjuságot anyagi gondoktól lehetőleg mentesítse s megadja neki a módot és lehetőséget arra, hogy a csiraplasmában szunnyadó, őseitől öröklött képességeit a legkedvezőbb milieu hatása alatt a leghatásosabban kifejlessze és értékesítse.

A bécsi, berlini, római collegium hungaricum-ok szintén élénk kifejezői ennek az őszinte és nagyszabású kulturtörekvésnek, amelyet a VKM. maga elé tűzött és amelylyel az arra érdemes és hivatott magyar ifjúságot egy vagy több évre idegen kulturközpontba helyezi át, hogy idegen tudományos eszméktől is megtermékenyítve, ezeket a hazai viszonyhoz való áthangolás után itt elvesse.

A vallás és közoktatásügyi miniszterium fennhatósága alatt álló cserkész- és leventeintézmények szintén a fiatalság testi és lelki képzését, tanítását teszik magukévá. Már a cserkészintézmény is rendkívül üdvös hatással van az ifjú testi és lelki fejlődésére, mert itt is a testi és lelki működés harmoniájának fejlesztése áll előtérben, akár csak az ókori egyptomi, görög, stb. népek ilyenirányú intézményeiben.

Hogy mit jelent a cserkész-szövetség intézménye a jövő nemzedék testi és ethikai életében, azt természetesen ma még csak sejthetjük. De nem téveszthetnek célt ennek az intézménynek törvényei — ifjúsági tízparancsolatnak is beillenek —, mert az iskolás fiú kialakuló testi és lelki életére kétségkívül rendkívül nagy hatással vannak és lesznek.

Ezeket a tanokat a régebbi nemzedék gyermekei tulajdonképpen csak a vallásórán hallhatták, a mai ifjak azonban kötelezve vannak ezeket a cserkész-törvényeket magában az életben is alkalmazni, illetve gyakorolni. Megkívánják többek között e törvények a cserkészfiútól, hogy egyenes lelkű legyen és feltétlenül igazat mondjon; másokkal szemben gyengéd, magával szemben szigorú legyen. A cserkész tízparancsolat utolsó pontja pedig, hogy testi és lelki tisztaságát megőrizze. Ha ezek a cserkésztörvények a cserkészfiúban nemcsak jó felfogóképességre találnak, hanem benne állandósulnak is, akkor ez az intézmény a jövő nemzedék kialakulásában döntő szerepet fog játszani, mert kétségtelen, hogy ilyen testi lelki felkészültséggel és felvértezettséggel még a jövő nemzedékek életküzdelme is teljesen más mederben fog folyni; a harc lehet majd kemény és elszánt, de kétségtelenül a rátermettség, a munka- és hazaszeretet, a testi és lelki qualitások lesznek a győzelem feltételei. A levente és főiskolai bajtársi intézmények a cserkészintézmény megkezdett munkáját nemcsak folytatják, hanem azt felfokozzák s egészen a férfikorig irányítják.

A mi vállunkon nyugszik a fiatalság testi és lelki egészségének biztosítása és alakítása. A jövő nemzedék boldogulása érdekében e feladat állandóan foglalkoztassa tanárainkat; a világháború oly áthangolást okozott a népek életében, hogy ma az ifjúság vezetőire, a tanárokra sokkal nagyobb kötelességek hárulnak, mint azelőtt s működésük nem merülhet ki előírt tananyagok szakszerű előadásában. Testileg és lelkileg egészséges magyar ifjakat, illetve nemzedékeket kell nevelnünk, teljes fajembereket, akik meg tudják védeni magukat, családjukat és hatalmas pillérei a nemzetnek.

Elhibázott és célszerűtlen volna az a nevelés, amely ifjuságunkat elpuhítaná, kényelemszeretővé tenné. Máskor sem, de különösen ma nincs szüksége ennek az országnak testileg-lelkileg elpuhult, tétlen, kesergő, ábrándozó Werther typusú fiatalságra, mert csak a testi-lelki edzettség és épség adhatja meg a boldogulás lehetőségeit ebben az országban.

Szeressük, nagyon szeressük fiatalságunkat, hisz bennük folytatódik életünk, munkánk, tudományunk, azonban nem a majom szeretetével, hanem már egyetemi polgár korában tanítsuk meg őket a való életre, arra a kemény élet- és halálküzdelemre, amellyel egyetemi ifjuságunk az Alma Mater elhagyása után közvetlenül szemben találja magát. Tudásunkból és erkölcsi erőnkből sokat adjunk nekik, azonban sokat is követeljünk tőlük. E súlyos időkben a tanár részéről a mértéken felüli kímélet és elnézés helyrehozhatatlan szerencsétlenség forrásává válhatik, elhitetvén velük, hogy gyenge tudásukkal és felkészültségükkel is megállhatják helyüket a mai élet küzdelmeiben s ilyen módon tulajdonképen rutul megcsaljuk tanítványainkat. Mert ha nem kapnak elég erőt az Alma Matertől s ha nincsenek eleggé felvértezve az élet küzdelmei ellen, akkor már az első nehézség előtt elbuknak, de legalább is megtorpannak s már az első akadályon át sohasem jutnak. Ezt pedig nekünk, tanároknak, az ifjúság vezetőinek és barátainak mindenképpen meg kell akadályoznunk s arra kell törekednünk, hogy országunknak testileg és lelkileg egészséges, képzett és a való életre felkészült ifjakat adjunk. Isten adja, hogy úgy legyen!

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. belklinikájának közleménye. (Igazgató: Herzog Ferenc dr., egy. ny. r. tanár.)

Insulinhypoglycaemia vizsgálatok Addison-kórban.

Irták: *Fernbach József* dr. és *Dekker Endre* dr.

Az insulinhypoglycaemia subjectiv és objectiv tüneteit elemezve az erre vonatkozó irodalmi adatok alapján azt látjuk, hogy ezek csak részben magyarázhatók meg a vércukor csökkentésével, jóllehet a tünetek jelentkezése, súlyossága és a hypoglycaemia foka között bizonyos párhuzamosság kétségtelenül van. Már a hypoglycaemiás tünetcsoport első leírói, *Fletcher* és *Campbell*[1] hangsúlyozták ezt és a tüneteket részben (éhség, gyengeség, szédülés) ideges természetűeknek tartották. Azóta mindinkább előtérbe került az a felfogás, hogy a hypoglycaemiás tünetcsoport létrejöttében az adrenalinhatásnak kell jelentős szerepet tulajdonítani.

Az adrenalinnak vércukoremelő hatása régóta ismeretes és éppen e vércukornövelő hatása miatt ajánlották az insulinhypoglycaemia leküzdésére. Az adrenalinnak az insulinhypoglycaemia „mechanismusában" fontos szerepét számos irodalmi adat bizonyítja. A hypoglycaemia adrenalinsecretiót fokozó hatását bizonyítják *Houssay, Lewis* és *Mollinelli*[2] állatkísérletei: egyik kutya mellékvesevenáját bekötötték a másik kutya vena jugularisába, az első kutyának insulint adva azt találták, hogy a másik kutya vércukortükre 300 mg%-ig emelkedett, míg az elsőé 45 mg. %-ra csökkent. A második kutya vércukoremelkedésének oka szerintük az első kutyában a hypoglycaemia hatására támadó fokozott adrenalinelválasztás lenne. Ha a hypoglycaemia létrejöttét cukoradással meggátolták, a másik kutya vércukoremelkedése elmaradt. Adrenalinhatással magyarázzák *Lyman, Nichol* és *Mc. Cann*[3] észleletüket, t. i., hogy insulininjectio után a systolés vérnyomás növekszik, a diastolés nyomás csökken, a pulsusszám pedig szaporodik. *Brems* és *Holten*[4] szerint a systolés nyomás növekedése akkor jön létre, amikor a hypoglycaemiás tünetek jelentkeznek. A vérnyomásfokozódás okát az adrenalinproductio fokozódásában vélik megtalálni, mely fokozódás igen sok anyag (physostigmin, pilocarpin, coffein, diuretin, morphin, pikrotoxin, strychnin, stb.) hatására, de asphyxiában, narcosisban, psychés izgatottságnál és az afferens idegek (nn. splanchnici) heves izgatásakor is létrejöhet.

Nordsted, Norgaard és *Hess Thaysen*[5] is kiemelik a hypoglycaemiás tünetek közt a systolés nyomás növekedésének és a diastolés nyomás csökkenésének, valamint a pulsus szaporábbá válásának fontosságát. A vérnyomásfokozódás és pulsusszaporodás akkor jöt létre, amikor a vércukor mennyisége újból szaporodni kezd. Szerintük valószínű, hogy a hypoglycaemia regulatiós mechanismusában az adrenalinnak van legfontosabb szerepe. A hypoglycaemiás tünetek súlyossága és a vércukorconcentratio között nem találtak szoros összefüggést, hangsúlyozzák azonban a kifejlődő sápadtságnak, vérnyomásfokozódásnak, pulsusszaporodásnak az adrenalinhatásban észlelt tünetekhez való feltünő hasonlóságát. Még az éhségérzés keletkezésére nézve sem biztos a hypoglycaemiás eredet, mert ez a vércukoremelkedés idejében szokott jelentkezni.

Legújabban *Kugelmann*[6] foglalkozott az insulin-adrenalin mechanismus kérdésével. Egészségeseken intravenás insulin-injectio után vizsgálta a vércukorgörbén kívül a vérnyomást, pulsusszámot, vérképet s ezeknek, valamint a subjectiv tüneteknek elemzése után kimondja, hogy a hypoglycaemiás tünetek közül a szívdobogást, remegést, sápadtságot, szegycsonttáji nyomásérzést nem az insulin, hanem a regulátorként szereplő adrenalin okozza. Kísérleteiből az tünik ki, hogy a hypoglycaemiás tünetek súlyosságát nem az insulinadag nagysága (5 és 30 egységet adott) szabja meg, hanem a vércukorsüllyedés ellen dolgozó adrenalinképződés mértéke. Ez 30 egység adása után jóval nagyobb, mint öt egység után s innen van az, hogy annak ellenére, hogy a vércukorcsökkenés foka közt alig van számbavehető különbség, a kis adagokra alig látunk subjectiv tüneteket.

A felsorolt irodalmi adatokból kétségtelenül kitünik az adrenalinproductio zavartalanságának fontos szerepe az insulinhypoglycaemia kompenzálásának mechanismusában. Ezért tartottuk érdemesnek Addison-kóros betegünkön elvégezni e kísérletet azzal a kérdéssel, vajjon az itt fennálló mellékvesemegbetegedés megnyilvánul-e az insulinhypoglycaemia lefolyásában? Sikerül-e itt is kiváltani fokozott adrenalinképzésre utaló jelenségeket és ha igen, ezek mennyiben térnek el az egészségeseken észlelt tünetektől?

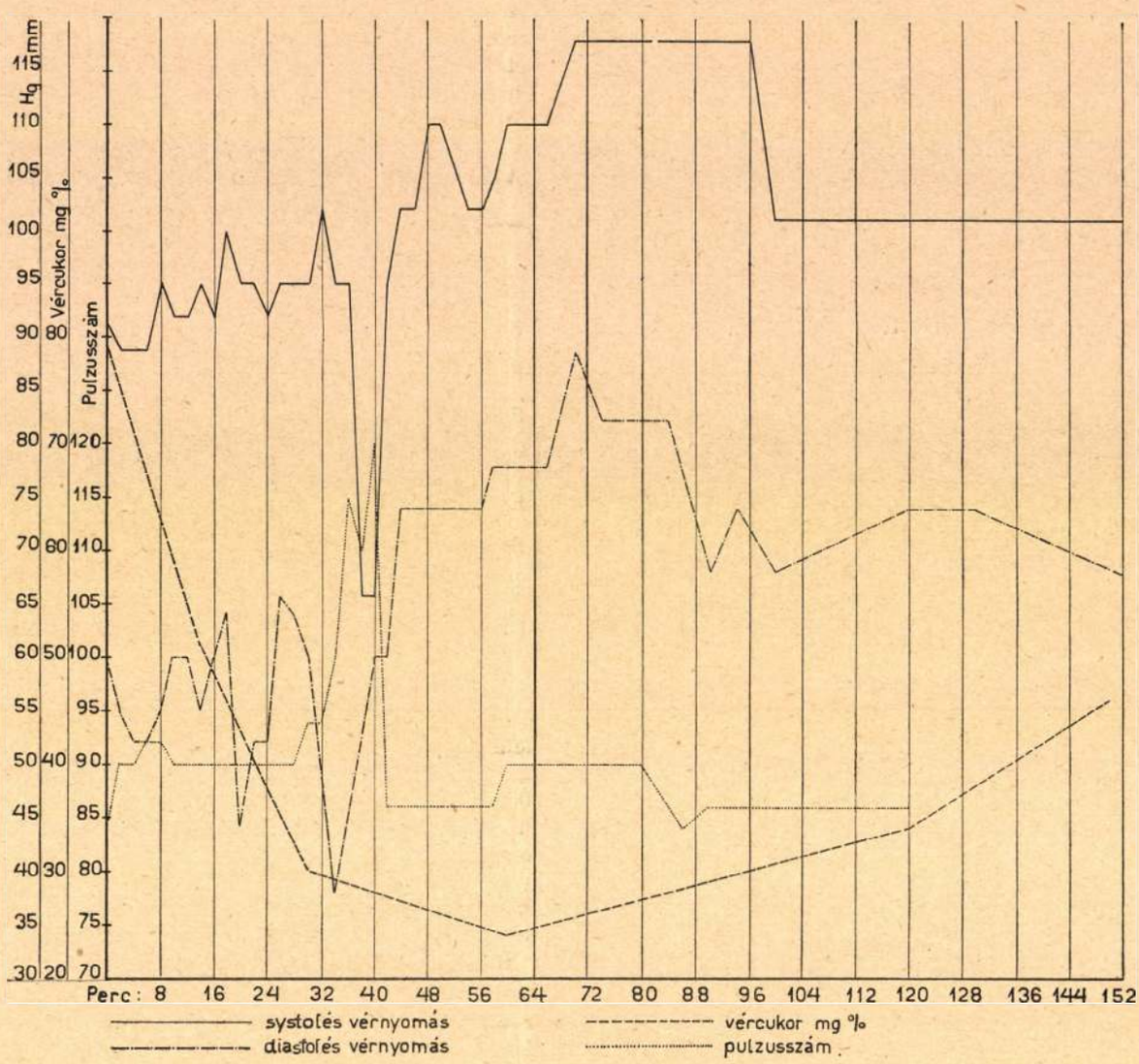
Addison-kór esetén eddig csak *Maranon*[7] végzett hasonló vizsgálatokat, két esete azonban ilyen szempontból nem értékesíthető, mert az egyiknél csak vércukormeghatározást végzett, a második esetben pedig a beállott fenyegető tünetek miatt kénytelen volt a kísérlet közben kámfort és dextrosét adni.

A vizsgált beteg 40 éves, 9 hónappal a klinikára való felvétele előtt vette észre, hogy bőre egyre barnább lesz, 4 hónap óta gyakran hány, hasmenése van, legyengült, kb. 20 kg-t soványodott. Mensese 14 éves kora óta rendesen meg van. Három gyermeke van, abortusa, koraszülése nem volt. Egész teste igen erősen pigmentált, de különösen az arc, a kézhát bőre, a tenyér ráncai, derekán és hasán a szoknyakötés helye, az analis és szeméremtáji, a könyök és térd feszítő oldala, a lábhát és a lábujjak dorsalis felszíne. Igen erősen pigmentáltak az ajkak és pigmentfoltok láthatók a pofa nyálkahártyáján is. A szíven és a tüdőn eltérés nincs. Vérnyomás 80—60 Hgmm.

Alapforgalom: + 13% *(Krogh)*. Az adrenalinérzékenység igen erősen csökkent. 3/100 mg. adrenalin intravenás beadása után a vérnyomás csak 5 mm-el emelkedett. Vvs.: 4,560.000, fvs.: 5200. Fiatal: 0%, Pálcika: 1%. Segment: 59%. Eosin: 1%, Basoph.: 2%. Lymphocyta: 33%. Wassermann reactio negativ. Vizeletlelet negativ. Vércukor: 76 mg %. Alimentáris hypoglycaemiát nem vizsgálhattuk, mert a beteg a dextroseoldatot ismételten kihányta.

az, hogy az elért minimum a II. kísérletben kétszeres adagra is alig alacsonyabb, mint az I. kísérletben. A két görbe közti különbség úgyszólván csak a hypoglycaemia időbeli lefolyásában, az oldódás elhúzódó voltában nyilvánul meg.

A nagyfokú hypoglycaemia az I. kísérletben semmiféle panaszt sem okozott, a beteg teljesen jól érezte magát. A II. kísérletben a 36. percben, tehát még a vércukor



1. ábra.

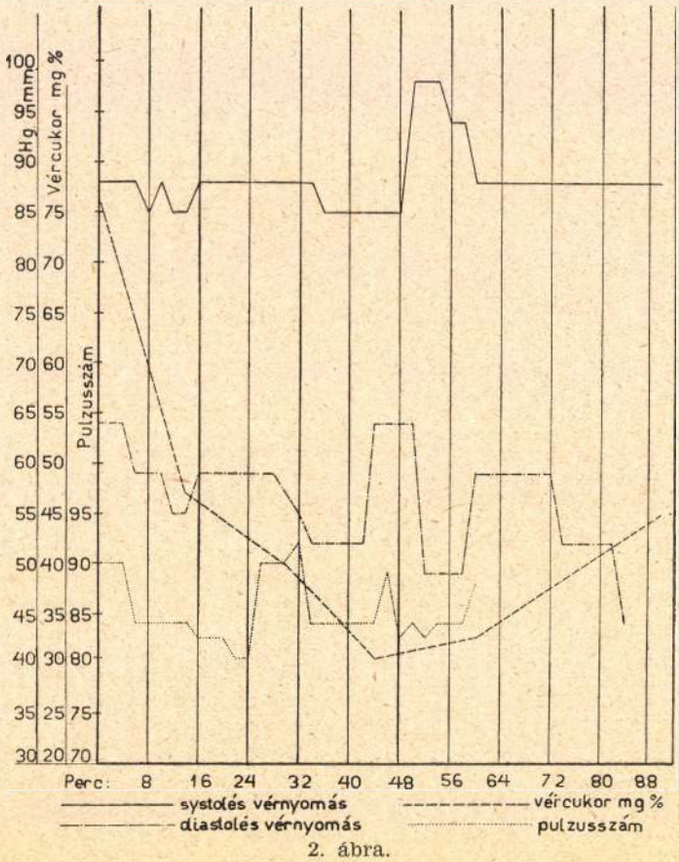
A betegen két kísérletet végeztünk. Első alkalommal csak 5 egység insulin Lillyt adtunk intravenásan, mert súlyos tünetekre számítottunk. Ezen kísérlet zavartalan lefolyása után két nap mulva megismételtük a vizsgálatot 10 egység insulinnal. Mindkét alkalommal két percenként mértük a vérnyomást 15, illetve 30 percenként végeztünk vércukormeghatározást *(Folin* szerint), mindkét esetben számoltuk a pulsust, légzést, azonkívül a második kísérletben 10 percenkint vizsgáltuk a fehérvérképet.

A systolés és diastolés vérnyomás, a vércukor, valamint a pulsusszám viselkedését a mellékelt görbéken ábrázoltuk. (1. és 2. sz. ábra). A légzés a második kísérlet folyamán bekövetkezett collapsus alatt való szaporaságon kívül nem mutatott figyelemreméltó változást.

A görbék elemzésében az látjuk, hogy a vércukormennyisége mindkét kísérletben rohamosan csökken és olyan alacsony értéket ér el, amilyennel egészségeseken végzett kísérletekben nem találkozunk. *Kugelmann*[8] kísérleteiben 30 egység után is a vércukor csak 50 mg% körüli értékeket ér el. Feltünő és *Kugelmann*[6] adatait igazolja süllyedése alatt, a beteg melegérzésről, szívdobogásról panaszkodott, elvesztette eszméletét és kb. 4 percig súlyos collapsusban feküdt.A systolés nyomás 66 Hgmm-re csökkent, egyidejűleg a diastolés nyomás 60-ra emelkedett, a pulsus szapora, filiformis volt s a légzésszám 18-ról 36-ra emelkedett. A collapsusból magához térve a 44. perctől kezdve fülzúgásról, gyengeségről panaszkodott, némi reszketés és igen erős izzadás jelentkezett. E tünetek közt a legfeltünőbb volt az izzadás, mely a 46. percben, tehát még a vércukorcsökkenés alatt jelentkezett s a vércukoremelkedés ideje alatt is, bár kisebb mértékben, megvolt. A reszketés bekövetkezése egybeesik a vércukorminimummal és csak rövid ideig tartott. A 85. percben a vérnyomás maximumán a beteg átmenetileg fejfájásról panaszkodott. Más subjectiv tünetet nem észleltünk s itt különösen kiemeljük a sternumtáji nyomásérzés és a szívdobogás (a collapsustól eltekintve) hiányát.

Ha már most az adrenalinproductio kérdésével foglalkozva kísérleteinket ebből a szempontból elemezzük a következőket állapíthatjuk meg: Az I. kísérletben a vér-

cukor emelkedésének kezdetén a systolés nyomás hirtelen fokozódásával együtt a diastolés nyomás csökken, tehát olyan változás jön létre, amilyent adrenalinhatásra rendesen szoktunk észlelni. A II. kísérletben a vérnyomás görbéjét megzavarja a már említett collapsus alatt bekövetkezett vérnyomáscsökkenés. A collapsus után a cukorgörbe mélypontján azonban itt is bekövetkezett a vérnyomásfokozódás, de a vérnyomás absolut növekedése nagyobb, mint az I. kísérletben és ez sokkal lassabban, elnyultabb alakban jelentkezett. Az adrenalinreactio megítélését azonkívül megzavarja itt a diastolés nyomás egyidejű növekedése, amit azonban a collapsus alatt beállott keringési zavar rovására írhatunk, annál is inkább, mert mint a görbén látható, a diastolés nyomás később változatlanul magas systolés nyomás mellett megint csökken, az amplitudó tehát végeredményben itt is növekedett.



2. ábra.

Arra a kérdésre tehát, hogy Addison-kóros betegünkön insulin hatására adrenalin-productio egyáltalán létrejöttée, igennel kell felelnünk; egyúttal azonban a regulatio tökéletlen voltából azt is megállapíthatjuk, hogy ez az adrenalinfokozódás nem ért el olyan fokot, mint ép mellékveséjű emberen. Nem kielégítő regulatióra vall elsősorban a már 5 egységre bekövetkezett óriási hypoglycaemia s fokozott mértékben áll ez a 10 egységgel végzett kísérletre, ahol ez a súlyos vércukorcsökkenés igen hosszú ideig állott fenn s a vércukor újabb szaporodása csak igen vontatottan jött létre. Az ebben a kísérletben tapasztalt collapsus talán szintén nem következett volna be, ha a hypoglycaemia keringésrontó hatását kellő adrenalintermelés idejében kompensálta volna. A subjectiv tünetek értékelése is amellett bizonyít, hogy az adrenalinképződés kisebb mértékben és lassabban következett be, mint egészségesen. Már az 5 egységgel végzett vizsgálatnál észlelt súlyos hypoglycaemiának teljesen tünetmentes lezajlása is erre mutat s a 10 egységgel végzett megterhelésnél is éppen azok a subjectiv tünetek hiányoztak, melyeket elsősorban írhattunk volna gyors adrenalinbeáramlás rovására, ú. m. a sternumtáji nyomásérzékenység és a szívdobogás, pulsusszaporodás. Elsáppadást a beteg pigmentatiója miatt nem észlelhettünk. A kísérletben észlelt fentemlített subjactiv tünetek (gyengeség, reszketés, erős izzadás) semmi esetre sem magyarázhatók adrenalinhatással. Ezekről az eddigi közlések alapján is azt hihetjük, hogy a hypoglycaemia következményei. Feltünő volt még, hogy a beteg egyik kísérletben sem panaszkodott éhségérzésről. Az a tény, hogy ily nagyfokú vércukorsüllyedés a collapsustól eltekintve aránylag nem okozott súlyos tüneteket, mindenesetre támogatja azok nézetét, akik szerint a hypoglycaemia súlyossága és a subjectiv tünetek közt nincs párhuzamosság.

Végül még a II. kísérletben végzett vérképvizsgálatokról akarunk röviden beszámolni. (L. táblázat.)

	Inj. előtt	Injekció után perc								
		10'	20'	30'	40'	50'	65'	75'	85'	100'
F. v. szám	5100	4100	5000	4800	4600	3800	3500	4500	4200	5000
Fiatal ...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pálcika ...	2	1	3	2	2	1	2	—	1	1
Segm. ...	70	59	51	22	52	48	40	48	33	49
Eosin... ...	2	3	2	8	2	1	2	1	4	2
Basoph ...	—	1	—	—	—	—	—	—	2	2
Mono... ...	6	1	5	10	6	4	6	5	4	6
Lymph.	20	35	39	58	38	46	50	46	56	40

A fehérvérsejtszám a vércukorral együtt csökken és a legalacsonyabb vércukorérték és fehérvérsejtszám csaknem pontosan egybeesik. A vércukor szaporodásával együtt megindul a fehérvérsejtszám emelkedése s ez a 100. percben újból eléri a kiindulási értéket, habár a vércukor még mindig 30 mg. % körül mozgott. A fehérvérsejszám csökkenésével együtt nagyfokú relativ lymphocytosis fejlődik ki, — a lymhpocyták száma átmenetileg absolute is megszaporodik — s a relativ lymphocytosis még akkor is megvolt, amikor a fehérvérsejtszám ismét a kiindulási értékig emelkedett.

A vérkép ily viselkedésének magyarázata nem egyszerű. A lymphocytosis ugyan tartozéka az adrenalinhatásnak, esetünkben azonban mégsem szólhatunk biztosan adrenalinhatásról, mert egyrészt a lymphocytosis már 10 perccel az insulin injectio után jelentkezett, amikor adrenalinhatásnak még semmi más jele sem mutatkozott, másrészt azért, mert hiányzott az adrenalinreactiónak másik állandó kísérője, a leukocytosis. Nyilvánvaló, hogy a vérkép viselkedése mindkét faktornak, az insulinnak és adrenalinnak kölcsönhatásán múlik. Az idevonatkozó irodalmi adatok is ellentmondóak *(Boden*[8]*, Lewine* és *Kalors*[9]*)* és ebből az egy esetből amúgy sem vonhatnánk le végleges következtetést.

Az Addison-kór egyes tüneteinek létrejöttére még minden tekintetben kielégítő magyarázat nincs. Nyilvánvaló, hogy a vérnyomáscsökkenés az elégtelen adrenalintermelés következménye. Amióta *Szentgyörgyi*[10] a mellékvesekéreg egyik ható anyagát (hexuronsav) kristályosan előállította, azóta tudjuk, hogy a pigmentképződés ezen anyag hiányának tudható be. Ha most már tekintetbe vesszük, hogy betegünkön, különösen a rendkívül nagyfokú pigmentlerakódás dominált, így evvel szemben a vérnyomás tulságos kicsiny értéket sohasem ért el, így azt mondhatjuk, hogy betegünkben valószínűleg a mellékvese-

kéreg pusztulása dominált, míg a velőállomány működése (adrenalinproductio) valamennyire lehetséges volt. Az insulin injectióra bekövetkező adrenalinhatás ezt a klinikai meggondoláson alapuló feltevést igazolni látszik.

Összefoglalás: Addison-kóros betegen 5—10 egység insulin intravenás injectiója után figyeltük a vércukorérték, a vérnyomás, a pulsus és a vérkép viselkedését. A hypoglycaemiás tünetcsoport lefolyásából kitünik, hogy a vércukorsüllyedést kompenzáló adrenalintermelés itt is valószínű ugyan, de a szabályozó mechanismus sokkal tökéletesebbül működik, mint egészséges egyénnél.

Irodalom: 1. *Fletcher* és *Campbell:* Journ. of metabolic research. 1922. — 2. *Houssay, Lewis, Molinelli:* Compt. rend. soc. biol. 1924. 91. köt. — 3. *Lyman, Nichol, Mc. Cann:* Jour. of pharm. a. exp. ther., 1923, 21. köt. — 4. *Brems, Holten:* Acta med. Scand. 1929, 72. köt. — 5. *Nordsted, Norgaard, Hess Thaysen:* Acta med. Scand. 1930, 73. köt. — 6. *Kugelmann:* Klin. Wochenschr. 1931. 2. sz. — 7. *Maranon:* Presse medicale, 1925. — 8. *Boden:* Klinische Wochenschr. 1926, 38. sz. — 9. *Lewine, Kalors:* cit. Kugelmann. — 10. *Szentgyörgyi:* (Orvosképzés 1931.)

A kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem urologiai klinikájának közleménye. (Igazgató: Illyés Géza dr. egyet. ny. r. tanár.)

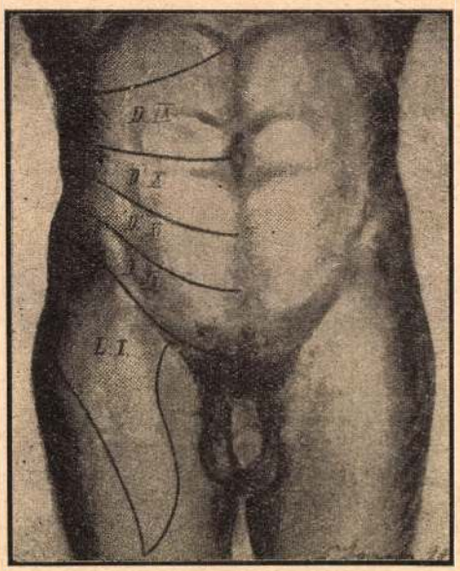
A hyperalgeziás zónák az urologiai diagnosztikában.

Irta: *Kasztriner Iván* dr. Budapest és *Katz Traián* dr. Bukarest.

A szakorvosnak és kórházi specialis osztálynak tekintettel kell lenni a gyakorlóorvos igényeire is. Ugyanis utóbbi nem rendelkezhetik minden specialis esethez megfelelő orvosi eszközökkel és sokszor távol van egy nagy orvosi centrumtól. Diagnosztikus eszközt akarunk rendelkezésére bocsátani, mellyel könnyen és gyorsan megállapíthatja a kórismét, amely eszközt exakt és ellenőrizhető esetek alapján készített statisztikák igazolnak. Gyakran előfordulnak esetek, mikor a betegnél féregnyulványlobot állapítanak meg uréterkő, illetőleg adnexitis helyett; vagy amikor epekőkólikákat vesekőokozta görccsel cserélnek össze vagy megfordítva. Néha a vesekőkólika képe nem typusos és gyakran a megnyilvánuló fájdalmakat, melyek vesegörcsöt idéznek elő, súlyos gyomor és béltünetek fedik. *Head, Mackensie von Gaza* és *Bergmann* iskolája szép munkáinak hatása alatt (a zsigeri viscerosensorialis reflexekről) tanulmányoztuk a hyperalgéiás zónákat az urológiában. Az eljárást egyszerűsítettük és kiragadtunk egyes támpontokat a differentiáldiagnosis céljából. Kivéve egyes megfigyeléseket *(Adrián, Pál, Sternberg)* egész az utolsó évekig, csak *Israel, von Gaza, Boeminhaus* és *Grossmann* műveiben találunk közleményeket ezen zónákról. A klasszikus művek és szakmukák általában nem tesznek róla említést. Utoljára *Papin* „renalis fájdalomról" című művében egy fejezetet szentelt a Head-féle zónáknak, de úgylátszik nem ellenőrizte őket. Utóbbi időben *Bergmann* és iskolája, *von Gaza* alapos tanulmányokat végeztek a májbetegségek zónáival kapcsolatban. Ismeretes, hogy a belgyógyászok nagy értéket tulajdonítanak a hyperalgeziás zónáknak általában. Az urologusok azonban kevesebbet foglalkoztak ezen vizsgálatokkal, ami nagyon is érthető, ha elgondoljuk, hogy ők az ő igen finom eszközeiket és vizsgáló eljárásaikat a legnehezebb esetekben is eredményesen igénybe vehetik. *Head* tanulmányozta több szerv megbetegedésénél a bőrhyperalgéziát és ő írta először le, illetőleg közölte a vesemegbetegedések zónáit. De csak két nephrolithiasis és egy ren migrans esetet említ. Ha le akarnánk írni ezen zónák egyes fázisait, bővebben kellene a kísérleti neurologia és sebészet terrénumával foglalkoznunk — bár még ma is a fájdalom percepciójának és vezetésének több problémája tekintetében végleges megoldást nem találtak. Ha el is fogadjuk a feltevést, hogy a bőrben fájdalomérző szabad idegvégződések vannak, de vajjon azokból speciális fájdalomérzést vezető független pályák indulnak-e ki és hogy azok a gerincvelőben hogyan oszlanak el, erre nézve még nincs megállapodás a fiziologusok között. Ami a zsigeri fájdalmakat illeti, úgylátszik ezek normális körülmények között nem léteznek, vagy csak nagyon gyengén. A vese kapsulája és a vese (vagyis a veseparenchyma) normális körülmények között érzéketlenek. Olyan műtétnél, amely csak a hasfal érzéstelenítése mellett történt, a vese átszúrása vagy átvágása a paciensnek jóformán semmi fájdalmat nem okoz. Ezzel szemben pathologikus esetekben ezek is érzékenyek. A fájdalom vezetése sympathikus idegrostokon keresztül történik, amelyek igen nagy számban oszlanak el a kapsulában, a veseburokban, továbbá a pyelumban és ureterben. Ha a különböző vesefájdalmakat analizáljuk, azt látjuk, hogy forrásuk leggyakrabban a pyelum és ureter gyulladása és kitágulása, továbbá annak reactiója idegen testtel szemben okozza az ú. n. vesefájdalmat a legtöbb esetben. *Mackensie* a vesekólika alatt tapasztalat reflex tünetek analizise útján akarja megtalálni a vese, pyelum és ureter érzőidegeinek eredetét. A fájdalom kezdődik a háton a n. thorac. inf. és lumbalis inf. területén, körülveszi a betegnek az oldalát és a sp. ant. sup. felett lefelé halad a heréig, amely szintén fájdalomérzékeny. Ez a régió azon spinális segmentumnak felel meg, melyet a X. dorsalistól a II. lumbalisig terjedő idegek idegzenek be. A skrotális bőr, mivel azt sacralis idegek látják el, fájdalommentes.

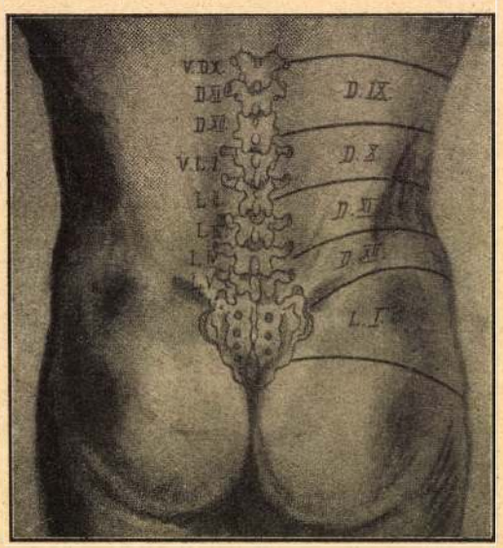
Head észlelte, hogy a bőr túlérzékennyé válik fájdalom és hőhatások iránt, ha a szerv, amely ugyanabban a zónában fekszik és melynek idegei összefüggésben állanak a megfelelő bőrterület idegeivel, megbetegszik és fájdalmas. Ez a bőrhyperalgezia nem követi az ideg útját, hanem a spinalis segmentumét és a sympaticus elágazódást és ez az oka, hogy a zónákat nem találjuk pontosan a megbetegedett szerv felett, hanem gyakran elég távol attól. A szerv fájdalomérzéseit centripetális érzőidegrostok vezetik (melyek az illető szerv érző beidegzését alkotják) a megfelelő spinalis segmentumhoz — és itt kerülnek közeli érintkezésbe a bőr fájdalomérzést vezető idegeivel, amelyek ugyanabból a spinális segmentumból származnak. A fájdalomérzéseket különböző átkapcsolódások vezetik a medulla spinálisba, az agy féltekébe, onnan a cortexbe, — ahol, a legújabb megfigyelések szerint a régio Rolandi közelében a corticalis centrum található. Hogyan magyarázza *Head* a bőr hyperalgiáját? Ha egy megbetegedett szerv fájdalmas érző impulsusokat küld a megfelelő gerincagyi szegmentumnak és ott zavart idéz elő; ha azután egy második érző impulsus kerül egy másik szerv részéről a gerincagyi szegmentumba, úgy biztos, hogy elváltozást fog szenvedni. Ez a második impulsus, mely rendes körülmények között specifikus zavart idézett volna elő és amely, mint ilyen került volna a kérgi centrumba, a segmentumot functiójában zavarva és irritálva találja az előbbi impulsusok által, úgy, hogy az excitatiók összegeződvén egészen más lesz a hatás, mintha oly szegmentumba érkezett volna az impulsus, amely nem zavart és nem irritált. Igy az excitáció nagy mértékben felfokozódik. Ha mi pl. normalis körülmények között egy tűvel a régio ileocoecalis környékén a bőrt megkarcoljuk, a beteg könnyű érzékenységet fog jelezni. De ha egy appendicitis áll fenn és ennek következtében a megfelelő spinális segmentum zavart, úgy ez a könnyű

izgatás a tűvel nagyon fájdalmas lesz — s ezt a tünetet nevezzük bőrhyperalgéziának. Kísérleti és klinikai tanulmányozás útján *Head*, majdnem minden szerv számára megtalálta a megfelelő bőrzónát és ami bennünket urologiai szempontból érdekelt, azt találta, hogy a vesék a vesemedence és ureterek bőrzónája a X., XI., XII. háti segmentumban van, néha lehúzódik az első lumbalisig. Ezen zónák jobb megértése céljából az alanti ábrát adjuk:



1. ábra.

A IX. dorsalis (D. 9.) vagy supraumbilikalis zóna felső *határát* egy olyan vonal képezi, amely a X. vagy XI. dorsalis csigolyától körkörösen halad a középvonalig, 6—7 cm-nyire az umbilicus felett. Alsó határa egy vonal, amely az umbilicustól a XII. háti csigolyáig megy.



2. ábra.

A X. dorsalis (D. X.) vagy subumbilicalis zóna. Felső határ; az a vonal, amely az I. lumbalistól a köldökig visz. Alsó határa kezdődik III., illetőleg IV. lumbalis csigolyánál körkörösen halad a spina ant. sup. felett a középvonalig 6—7 cm-re a köldök alatt.

A XI. dorsalis (D. XI.) vagy sacroiliaca zónának széles szalagformája van. Kezdődik fenn a IV. lumbalis csigolyánál, kitölti a szabad helyet X. és XII. dorsalis zónák között, a sp. iliaca ant. sup. mentén halad és végződik a középvonalban 2 cm-re az os pubistól.

A XII. dorsalis (D. XII.) vagy sacroinguinalis zóna. Kezdődik hátul a IV. és V. lumbalis között a glutealis táj felé halad a trochanter major felett és a középvonalon, a penisnél végződik.

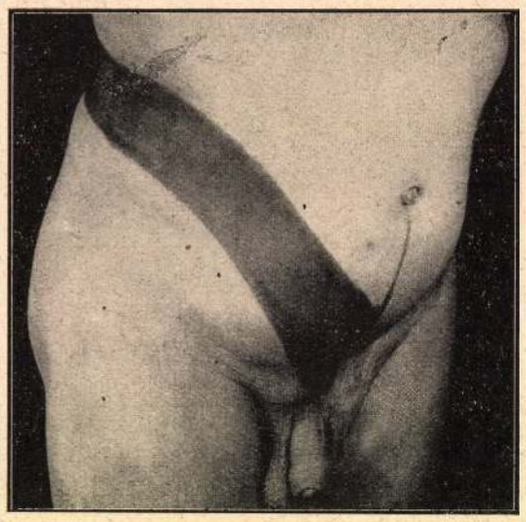
Az első lumbalis (L. 1.) vagy sacrofemoralis zóna kezdődik hátul az os sacrumnál, a trochanter major felé halad fedve azt, mindig keskenyedve, a Poupart szalag alatt 10 cm-re végződik a penis gyökénél. (Rad. penisnél.) 150 vesebeteget észleltünk, 75 vesekővel, illetőleg ureterkővel, amelyek röntgennel, vagy operációval ellenőrizhetők voltak és megállapíthatjuk, hogy amikor a betegséget fájdalom tünetei kísérték, mindig megtaláltuk a hyperalgesiás zónákat, amelyek a következőkben jellemezhetők:

1. *Állandó tünetek.* Ezek mindig jelen vannak. Ha görcs jelentkezik, megnyilvánulnak kisebb vagy hevesebb fájdalom esetén és sohasem hiányoznak vesekólikánál. Leginkább két órával a görcsök után vagy másnap figyelhetők meg. (Talán, mert a nagy fájdalmak tartama alatt a paciens nagyon igénybe van véve és figyelmét a fájdalmak miatt nem tudja a fájdalom helyére concentrálni.) Más szerzők állítása szerint nagy fájdalom, illetve heves görcs jelenléte okvetlenül szükséges ahhoz, hogy ezen zónák nyilvánvalóan kimutatható legyenek. Az esetek ⅔ részében megtaláltuk a zónákat pyelonephritis, hydro és pyonephrosisnál, holott tudjuk, hogy ezeket nem kísérik oly heves fájdalomtünetek. Azonkívül 10 pyelitis gravidarum közül nyolc esetben megtaláltuk ezeket a zónákat. Ezért felhívjuk a gyakorlóorvos figyelmét ezekre a zónákra, amelyek azt bizonyítják, hogy a lumbalis és vesetáji fájdalmakról panaszkodó gravidákat ezekre a zónákra mindig meg kell vizsgálni és a vizsgálat positivitása esetén közelebbi vesefunctiós vizsgálatot kell eszközölni, illetve eszközöltetni. Egyszer már vesekővel vagy ureterkővel megoperált pacienseknél, akik ugyanazon oldali recidivával jönnek vissza kifejezetten positiv zónákat találtunk, különösen a műtéti heg körül. Ez a körülmény nagy jelentőséggel bír a gyakorlóorvosra, mert ha egy vesekővel megoperált betege az operatio után egy idővel ugyanazonoldali fájdalmakról panaszkodik, úgy az orvos a hyperalgeziás zónákat keresse és amennyiben azok positivek, ugy gondoljon recidivára, csináltasson radiographiát vagy küldje a beteget urologushoz, de ne tulajdonítsa a fájdalmakat okvetlenül operatiós utótüneteknek.

A zónák positivek voltak perinephritis-paranephritikus tályogoknál, valamint ren migrans egyes eseteiben a fájdalom periodusában. Itt a hyperalgeziás zónák diagnostikájában nagy szerepe van annak, hogy a zónák a szerv helyzetváltozásával nem cserélnek helyet. Gyakran lehet ugyanis téves diagnózist észlelni a ren migransnál. Ilyen esetekben, ha a zónák positivak, még ha a fájdalom nem is a vesetáj területén van, a fájdalom okát mégis vesemegbetegedésben kell keresni.

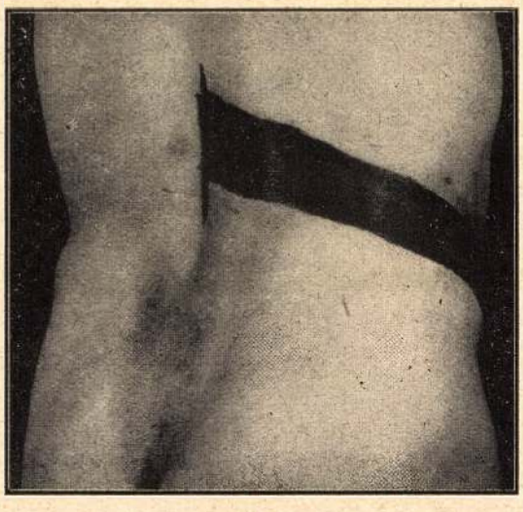
2. *A zónák helye,* renoureteralis betegségeknél a 12. dorsalis segmentumnak megfelelően érintvén a 11. dorsalisnak és ritkábban a 10 dorsalisnak és 1. lumbalisnak a segmentumait. Rajzunkon feltüntetjük a helyet, ahol a szóban forgó zónák a leggyakrabban szerepelnek. A hyperalgeziás zónák megtalálhatók tévedés nélkül egy sávban, melynek alsó határa a sp. ilic. ant. sup.-nál kezdődik, onnan halad a regio pubicához, felül kiszélesedik 2—3 cm., néha 5—6 cm.-re s ezen keskeny sáv hátrafelé felül a 11., 12. hátcsigolya proc. spin-tól az I-től III. lumbalis között folytatódik. — Rendkívül jellemző a renoureterális zónákra ezen

3. zónák alakja, amely mindíg szalag formájú és a fél törzs körül halad a megfelelő fájdalmas oldalon. Néha a szalag elülső, néha a hátsó fele érzékenyebb. Ez a fél zónaív jellegzetes. Livingstone leírt vese affectiónál egy triangularis zónát a Poupart szalag, alatt a comb belső felszínén, amely szintén jellegzetes vonal; de ez nem állandó, úgy hogy csak eseteink egyharmad részében találtuk. (III—IV. ábra.)



3. ábra.

4. A zónák *időtartama.* A zónák általában a kólika után 3—4, néha 6—8 napon keresztül állanak fenn. Voltak eseteink, amikor a zónák a kólika után két hétig tartottak. Ezen körülménynek nagy értéke van a retrospektiv diagnostikában, mert pl. oly betegnél, akik hasűri fájdalmak után néhány nappal érkeznek hozzánk, megállapíthatjuk, a követendő vizsgálat első lépését. A fájdal-

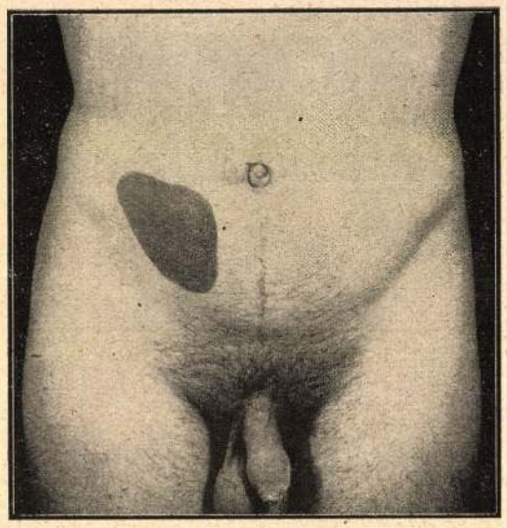


4. ábra.

mak megszüntével megszűnik a hyperalgesiás zóna. Nem egyszerre, hanem hosszában, successive kisebbedve, hátra felé a II. borda felé összeszűkülve. Néha a megfelelő zónában kis érzékeny szigeteket találunk, melyeket *Head* puncta maximáknak nevez.

A zónák vizsgálata hegyes tűvel történik. Először is megmagyarázzuk a paciensnek, miről van szó. Már csak azért is, hogy a vizsgálat iránt az ő érdeklődését is felkeltsük. Azután megkarcoljuk előbb a kézhát, illetve a mellkas bőrét, hogy ezt az érzést megszokja. Ezek után elkezdjük az egészséges oldalon a zónák területén a karcolást és felszólítjuk a pacienst, jelezze, hogy a karcolás folyamán csiklandó érzést érez-e, vagy fájdalmat? Miután meggyőződtünk róla, hogy a beteg megértett bennünket, átmegyünk a betegnek vélt oldalra és megismételjük a kísérletet. Igy haladunk az általunk feltüntetett ábra vonalainak iránya szerint. Ha a hyperalgesiás zóna határához érkeztünk, a beteg vagy a fájdalom felkiáltását fogja hallatni, vagy védekezési reflex-mozdulatot tesz; fájdalmat vagy intensiv fájdalmat fog jelezni, vagy azt, hogy ezen az oldalon sokkal érzékenyebb a karcolások iránt, mint az egészséges oldalon. A karcolással egyre lejebb megyünk, míg megtaláljuk a zóna alsó határát. Majd a pacienst az egészséges oldalra fordítjuk és a tűvel haladunk tovább a gerincoszlop felé, meghosszabbítva a vonalat a 11—12. dorsalis vagy az első lumbalis csigolyáig — és más helyeken is próbákat teszünk a differentialdiagnosis céljából.

Megkülönböztető kórisme. A gyakoriság szempontjából tekintetbe jönnek: *appendicitis* (V. ábra.), melynél az ileocoecalis regióban helyezkedik el az ovalis vagy talpformájú zóna; szélessége 5—6 cm., magassága 6—8 cm., bázisa parallel a medián vonallal, ettől 3—4 cm. távol-



5. ábra.

ságra hegye a linea axillaris anterior felé néz. 30 acut és subacut appendicitis eset közül, melyeket sebészeti osztályokban megvizsgáltunk, a fent jelzett zónát mindíg megtaláltuk, — azonban egy esetben sem láttuk, hogy ez a hátsó törzsfélre átterjedt volna. Néha a borda szélig emelkedik, vagy lefelé az arcus cruralisig terjed, de általában a fent jelzett határok között marad. Az általunk vizsgált appendicitis eseteket az operatio kivétel nélkül igazolta.

A *vesekólika gastro-intestinalis* alakja amidőn a vizeleti tüneteket a gastro-intestinalis tünetek fedik. A hasfal diffus érzékenysége, meteorismus, obstipatio hányinger, hányás lép fel a fájdalmak abnormis elhelyezkedésűek és ha ehhez még hozzájárul a vizeletvizsgálat negativ volta, az össztünetek gastro-intestinalis megbetegedésre mutatnak. Ilyen esetekben a hyperalgeziás zónák megkeresése és a vesefájdalmakra jellegzetes körkörös szalagok hozzásegítenek a fenti tüneteket létrehozó vesében rejlő oknak a kinyomozásához..

Cholelithiasisban a 9—10 darsalis szegmentumoknak megfelelően találjuk a hyperalgesiás zónákat, melyek sohasem terjednek le a 11. dorsalis szegmentumig (renoureteralis zóna). Nagy ovalis alakú zónák ezek, melyek az epehólyagra vetülnek, néha egy kis zóna a jobb angulus skapularis alatt találhatók. Hangsulyoznunk kell itt, hogy

kentünk ki. 2. Annak eldöntésére, hogy a vizsgált vegyületek a szem pathologiájában szerepet játszó bakteriumokkal szemben is desinficiens hatással bírnak-e; az előbb említett módon leoltást végeztünk súlyos orbitaphlegmoneból nyert vegyes strepto-staphylo-coli culturával és pneumococcus törzsekkel.

Ezen vizsgálatok eredménye a II. táblázatban van összefoglalva. Mivel a különböző bakteriumtörzsekkel végzett vizsgálatok praktice megegyező eredményeket adtak, a táblázatban nem tartottuk szükségesnek az egyes törzsekkel végzett vizsgálataink eredményeit külön feltüntetni.

A II. táblázatból láthatjuk, hogy mindhárom szer alkalmas konzerválásra. Methyl p-exybenzoëat* esetén 0.2%, aethylester* esetén 0.15%, propylester* esetén 0.05% a hatásos mennyiség. Natrium vegyületeiknél a szükséges mennyiség kb. egyötöddel több. Szemcseppek konzerválására tehát,a fenti eredmények alapján a propyl p-oxybenzoëat látszik célszerűnek, mert a hatásos mennyiség ennél a legkevesebb és toxicitása a legkisebb.

Ezen vizsgálatainkat teljesen hasonló kísérleti feltételek mellett pneumococcusra Levinthal agaron is elvégeztük. Az eredmények a III. táblázatban foglaltatnak.

III. táblázat.

Pneumococcus-Levinthal agar táptalajon.

Szer neve és vizsgálati időtartam	Concentratio	Controll
Propyl p-oxybenzoëat	0.05%	
24 órás cultura	—	++
48 „ „	—	++
Propyl p-oxybenzoëat natr.	0.1%	
24 órás cultura	—	++
48 „ „	—	++

A III. táblázat adatai szerint a pneumococcus növekedés gátlása Levinthal agaron megegyezik az agar-agaron más bakteriumokkal végzett kísérleteink eredményével.

Kísérleteinket folyékony táptalajon is elvégeztük és ebben az esetben az átlagos értékek valamivel jobbak voltak, mint szilárd táptalajon.

További kérdés volt most már, hogy ezen szerek hatása csak a bakteriumok szaporodását gátolja-e,avagy azokat el is pusztítja. Ezen vizsgálatainkat csak a leghatékonyabbnak talált propylesterrel és pedig könnyebb kezelhetősége miatt vízben jól oldódó natr. vegyületével végeztük. A vizsgálatok staphylococcusra vonatkoznak. Az agar lemezre kikent és növekedésükben teljesen megakadályozott mikrobák csak hosszabb (6—10 nap) idő múlva pusztulnak el. A vizsgálatokat úgy végeztük, hogy a fenti szerekkel kezelt ferde agarra leoltást végeztünk, majd az egyes csöveket különböző idő után steril bouillonnal leöblítettük és thermostatba helyeztük. Folyékony táptalaj esetén az eredmények ettől meglehetősen eltértek. Ha ugyanis bouillonhoz tettük a natr. propyl. p-oxybenzoëatot 0.1%-os concentratióban, úgy abból már 24—48 óra múlva nem sikerült a staphylococcust átoltással kimutatni, elpusztultak. Tehát azt kell mondanunk, hogy nemcsak növekedésükben gátolja a bakteriumokat, hanem azokat el is pusztítja.

Nem szabad azonban szem elől téveszteni, hogy kísérleteinket táptalajon, tehát a bakteriumok számára kedvező életviszonyok között végeztük és a kísérletek egy részénél a mikrobák csak az agar lemez felületére voltak kikenve, így azok a táptalajba kevert desinficienssel nem érintkezhettek eléggé. A szemcseppekben azonban a viszonyok a mikrobák számára rosszabbak: nincsenek optimalis életviszonyok között és a folyadékban a desinficienssel közvetlenül érintkezésbe jutnak.

Mindezeket figyelembe véve tehát azt várhatjuk, hogy oldatokban — a mi esetünkben szemcseppekben — ezen szerek desinficiáló hatása intenziven jut kifejezésre. Hogy ez tényleg így van csak utalnunk kell arra a fentebb már említett vizsgálatra, hogy míg a sterilen készült és csak levegőfertőzésnek kitett szemcseppek 1—2 nap alatt fertőződnek, addig a propyl p-oxybenzoëattal készült szemcseppek hónapok mulva is tiszták és táptalajon sem lehet fertőzést kimutatni.

Kísérleteinket igazolják, hogy a propyl p-oxybenzoëat, ill. annak natr. vegyülete 0.05, ill. 0.075% concentratióban alkalmas szer a szemcseppek konzerválására. A továbbiakban meg kellett vizsgálni, hogy ezen szerek a szemcseppekben használt hatóanyagokat nem befolyásolják-e, ill. a chemiailag könnyen bomló vegyületeknél a bomlási folyamatot nem siettetik-e. Ezen vizsgálatoknál kiderült, hogy a prophyl p-oxybenzoësavas natr. a zinksulfattal és holocainnal opalescáló oldatot ad, az eserin pedig a szokottnál gyorsabban pirosodik meg. Tiszta propyl p-oxybenzoëattal azonban a szemcseppek jól készíthetők. A szemcseppekben használt hatóanyagok mind jól tűrik, az eserin is tiszta oldatot ad és szemben a natr. propyl. p-oxybenzoëattal ez az oldat még hosszú idő mulva is színtelen, ill. csak igen halvány rózsaszín árnyalatot kap. Ennek oka valószínűleg a propyl p-oxybenzoëat katalytikus folyamatokat gátló hatásában rejlik. Mint ismeretes a szer a hydrogen hyperoxyd 3%-os oldatát huzamos ideig konzerválni tudja.

Mivel a propyl p-oxybenzoëat vízben nehezen oldódik előbb 1:4 alkoholos oldatot készítünk belőle és a szükséges destillált vizes higítást e törzsoldatból készítjük el. A vizet, miközben a tömény alkoholos oldatot cseppenként hozzáadjuk, állandóan mozgásban kell tartani, nehogy a propyl p-oxybenzoëat kicsapódjék. Ha ez mégis bekövetkezett, a vizet fel kell forralni, miáltal a propyl p-oxybenzoëat oldatba megy és lehülés után is oldatban marad. A forralás a szemcseppek elkészítésénél már csak azért is célszerű, hogy a törzsoldatból belekerült minimális mennyiségű alkoholt eltávolítsuk. Tehát előbb a propyl p-oxybenzoëat 0.05%-os dest. vizes oldatát készítjük el és ebben oldjuk a szemcsepp hatóanyagát.

Állatkísérleteinkből és kisebb betegeinken meggyőződtünk arról, hogy a fenti módon készült szemcseppek semmiféle ártalmat nem okoznak, a kötőhártyát nem izgatják.

Összefoglalás:

1. A methyl, aethyl és propyl p-oxybenzoëat a különböző bakteriumok fejlődését úgy a bakteriumok számára kedvező táptalajon, valamint szemcseppekben — ill. egyéb gyógyszerekben — teljesen meg tudják akadályozni.

2. A vizsgált szerek közül a propyl p-oxybenzoëat bizonyult a legalkalmasabbnak és a kísérletek azt mutatták, hogy desinficiens hatását már 0.05%-os concentratióban is kifejti.

3. A propyl p-oxybenzoëat a szemcseppekben használt hatóanyagoknak oldhatóságát és vegyi bomlását nem befolyásolja. A szemcseppek készítése célszerűen úgy történik, hogy előbb a fentebb leírt módon a propyl. p-oxybenzoëatot dest. vízben oldjuk és a szemcseppet ebből készítjük el.

---

* Methyl p-oxpbenzoeat — Nipagin M
Aethyl p-oxybenzoeat — Nipagin A
Propyl p-oxybenzoeat — Nipasol
Jul. Penner Berlin-Schöneberg.

4. Állatkísérletek és betegeken végzett megfigyelések azt mutatták, hogy a propyl p-oxybenzoëattal készült szemcseppek ártalmat nem okoznak.

Mindezek alapján tehát azt kell mondanunk, hogy a propyl p-oxybenzoat 0.05%-os concentratióban szemcseppek konzerválására alkalmas, aminek nemcsak theoretikus és klinikai jelentőségét szeretnénk kiemelni, hanem gazdasági szempontból is fontosnak tartjuk, mert a szemcseppekben használt alkaloidák némelyike drága.

Irodalom: *Th. Sabalitschka:* Arch. d. Pharmazie u. Berichte d. pharm. Ges. Jahrg. 1929. 4. füz. — *Th. Sabalitschka:* Desinfektion 11. 80. 1926.

A kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem urulogiai klinikájának közleménye. (Igazgató: Illyés Géza dr., egyet. ny. r. tanár.)

A kankós mellékheregyuladásról.

Irta: *Melly Béla* dr., egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

Jelentékeny különbség mutatkozik a gyógytartam tekintetében, ha az alkalmazott különböző gyógyszerek szerint alkotjuk a csoportokat. Mielőtt az egyes gyógyszerek részletes tárgyalására térnék, közöljük a betegek megoszlását az alkalmazott gyógyszerek szerint:

	eset	*százalék*
Steril tejjel kezelt	349	47.8
Arthigonnal kezelt	72	9.9
Saját vérel kezelt	108	14.8
Sulfoleinnel kezelt	37	5.1
Kevert gyógyszerrel kezelt .	77	10.5
Egyéb gyógyszerrel kezelt .	46	6.3
Gyógyszer nélkül kezelt . .	41	5.6
	730	100.0

Betegeink legnagyobb részét steril tehéntej injectiókkal kezeltük. A teljes tejet rövid forralás után steril gazen átszűrve 5—8 ccm. mennyiségben fecskendeztük be intramuscularisan vagy subcutan. A kétféle befecskendési mód közül újabban inkább a subcutan formát választjuk. Akár izomba, akár bőr alá kerül a tej, hatása teljesen azonos. A tejnek befecskendezés utáni fájdalmasságát egyik módon sem tudjuk elkerülni. A betegek jobban türik a subcután injectiót, míg az intramuscularistól néha napok múlva is sántikálnak. Leginkább a bőr alá fecskendezés mellett szól az a körülmény, hogy olykor a tej resistens bakteriumokat tartalmaz, melyek a rövid forralás alatt nem pusztulnak el és az injectio helyén genyedés jöhet létre .Hosszasan forralt tej viszont hatékonyságát veszti. Egyébként is sokkal könnyebb a felületes bőr alatti tályog megnyitása és kezelése, mintha az mélyen a glutealis izmok között fekszik.

Már az első befecskendezésre megkisebbedik a feszülő mellékhere s egyszerre jelentékenyen jobban érzi magát a beteg. A hőmérsék néhány órára az injectio után 38—39 fokig, sőt még magasabbra is emelkedik és a következő egy-két napon át még 38-ig emelkedő temperaturát mérhetünk. Lehetséges, hogy egy befecskendezésre olyan jelentős javulás következik be, hogy további injectiós kezelés feleslegessé válik. Az esetek tulnyomó részében a második, nagyobb mennyiségű tej meghozza a kivánt eredményt. Ritka esetben van szükség harmadik injectióra. Az egyes befecskendések után a következőt csak a reactio lezajlása után végezzük, mert ellenkező esetben újabb fájdalmon és magas lázon kívül egyéb eredményt el nem érünk.

A tej gyorsan ható. megbízható gyógyszernek bizonyult, de két kellemetlen tulajdonságával kell mindíg számolni: 1. a heves általános tünetekkel, rosszulléttel és igen magas lázzal, 2. a néha napokig tartó lokális fájdalommal az injectio helyén. Ezzel szemben jó hatásán felül olcsósága is előnyére írható.

A parenteralis tejjel elért gyógyeredmények összeállítása a következőképpen alakul:

1—8 nap alatt gyógyult	66 beteg	18.9%
9—14 nap alatt gyógyult	144 beteg	41.3%
15—21 nap alatt gyógyult	83 beteg	23.8%
22—28 nap alatt gyógyult	49 beteg	11.4%
29 napon túl gyógyult	16 beteg	4.6%
	349 beteg	100.0%

Két héten belül a betegek 60%-a meggyógyult, négy héten tul csak az esetek 4.6%-a szorult további kórházi ápolásra.

A másik nagyobb csoportot a sajátvér injectiókkal kezelt eseteink alkotják. A saját vért 10—40 ccm. mennyiségben fecskendeztük be intramuscularisan. A saját vér sem fájdalmatlan és amennyiben idegtörzsek közelébe kerül, szintén napokig tartó fájdalmat okoz. Általános és lázas reactiója azonban jóval csekélyebb a tejnél. Ritkán kíséri az injectiót 38 fokot meghaladó hőemelkedés, mert legtöbb esetben csak subfebrilisek a betegek. Minthogy a gyógyszert maga a beteg szolgáltatja, a saját vér a legolcsóbb gyógyszer. Ez a jó tulajdonsága sokat veszít értékéből a gyakorlat megvilágításában, mert a legköltségesebbnek bizonyul a saját vérrel való gyógyítás, ha az ápolási napok számát tekintetbe vesszük.

	beteg	*tejre*	*saját vérre*
1—8 nap alatt gyógyult . . .	4	5%	18.9%
9—14 nap alatt gyógyult . . .	31	28%	41.3%
15—21 nap alatt gyógyult . . .	31	28%	23.8%
22—28 nap alatt gyógyult . . .	16	15%	11.4%
29 napon túl gyógyult	26	24%	4.6%
	108	100%	100.0%

Kiderül a fenti összeállításból, hogy míg a tejinjectiós kezelés mellett a betegek 60%-a meggyógyul 14 nap alatt, addig a sajátvér therapiánál ugyanezen idő alatt a betegeknek csak 33%-a távozott.A két következő csoport is a tejtherapia előnyét mutatja. A két utolsó csoport összegezése mutatja, hogy a sajátvérrel folytatott kezelés mellett mennyivel több az elhuzódó gyógyulás. A saját vérrel kezelt esetek 39%-os csoportjával szemben a tejjel kezelt eseteknek mindössze 16%-át találjuk. A fentiek alapján látjuk tehát, hogy amit a gyógyszer olcsóságával megtakarítunk, sokszorosan elveszítjük az ápolási napok aránytalan megszaporodásával. Természetesen a sajátvérinjectio, mint gyógyszer csak a drága, külföldi specialitásokkal szemben jelent megtakarítást, hiszen nagy beteganyag kezelésére szükséges 1—2 deciliter tej sem jelent gyakorlatilag a kórház üzemében kiadást.

Mérlegelés tárgyát kell képezze az a körülmény is, hogy míg a fájdalmas, heves reactiót okozó tejből 1—2 injectio a legtöbb esetben eredménnyel jár, a saját vérből, mely fájdalomra nézve alig marad el a tej mögött 10—15, sőt 20 befecskendezésre van szükség a kivánt hatás elérésére. Ez a körülmény és a gyógytartam aránytalanul hosszú volta olyan hátrányt jelent a sajátvér kezelésben, hogy alkalmazása csak olyan esetben lehet jogosult, mikor a beteg érdekében a heves reactiót okozó szerektől, annak egyéb természetű betegsége miatt, el kell tekintenünk.Megjegyezzük, hogy ilyen célra számos egyéb gyógyszerrel is rendelkezünk, melyek enyhe hatásukon kívül fájdalmatlannak is mondhatók.

72 esetben, azaz összes eseteink 9.9%-ában az arthigon néven forgalomba hozott gonocossus vaccinát alkalmaztuk. A vaccina intramuscularisan vagy subcutan 0.5—5 ccm., intravenásan 0.1—1.5 ccm. mennyiségben használatos. Izomba vagy bőr alá adva az injectio helye egyké napig érzékeny, de jelentékeny fájdalmat nem okoz. Intravenás alkalmazás esetében a gyógyszer teljesen fájdalmatlan. Azokban az esetekben, ahol a heves reactiót kerülni óhajtjuk az intramuscularis adagolást választjuk; a csekélyebb reactio természetesen itt is hosszabb gyógytartamot jelenthet. Intravenás alkalmazásnál a gyógyszer magas láz, heves általános tünetek mellett gyorsan fejti ki hatását. A gyorsabb lefolyás és fájdalmatlanság az intravenás utat ajánlja, amely ellen, ma amikor igen sok gyógyszert ilyen módon használunk, az asepsis szabályainak szemmeltartása mellett, komoly kifogás nem emelhető.

Mint a saját vérnél tettük az arthigonnal elért eredményeket is a tej therapia eredményeivel hasonlítjuk össze.

	beteg	arthigonra	tejre
1—8 nap alatt gyógyult . .	19	26.4%	18.9%
9—14 nap alatt gyógyult . .	29	40.3%	41.3%
15—21 nap alatt gyógyult . .	15	20.9%	23.8%
22—28 nap alatt gyógyult . .	8	11.1%	11.4%
29 napon tul gyógyult	1	1.3%	4.6%

Az arthigonnal elért eredmények még a tejinjectiós kezelés eredményeinél is jobbaknak bizonyultak. A 14 napos gyógyulást arthigonnal az esetek 66.7%-ában értünk el, tehát 6.7% mutatkozik az arthigon javára. A huzamos ideig tartó lefolyású csoportokban viszont az arthigon a tejnél ugyancsak kisebb percentszámmal szerepel.

Az arthigon kiváló eredményeivel szemben meg kell állapítanunk, hogy drága és külföldi készítmény ezért a tömegkezelés céljaira nem megfelelő, de nem lenne használata jogosult azért sem, mert a gyógytartam a tejjel kezelt esetekkel szemben nem mutat olyan nagy megrövidülést, mely e gyógyszer általános alkalmazását indokolttá tenné.

A magyar készítmények közül a sulfolein néven ismeretes kolloidalis olajos kénoldattal 37 beteget kezeltünk. A készítmény 1—2%-os oldatban kerül forgalomba. Adagja intramuscularisan 1—4 ccm., mely jelentékeny fájdalmat nem okoz. A reactiv láz nem igen emelkedik 38 fok fölé subjective jól türik a betegek a kezelést és általában 3—5 injectióra van szükség. Mint kevés kellemetlenséget okozó relative jó hatású gyógyszer nagyon alkalmas lesz minden olyan esetben, ahol a beteg egyéb körülményei kiméletre intenek.

Ha a betegek ápolási idejét a már zsinórmértékül választott tejkezelés eredményeivel összevetjük, a következő kép alakul ki:

	beteg	sulfoleinre	tejre
1—8 nap alatt gyógyult . .	9	24.3%	18.9%
9—14 nap alatt gyógyult . .	12	32.5%	41.3%
15—21 nap alatt gyógyult . .	8	21.6%	23.8%
22—28 nap alatt gyógyult . .	1	2.7%	11.4%
29 napon túl gyógyult	7	18.9%	4.6%

Mint ebből az összeállításból kitünik, a két hét alatt gyógyult esetek százaléka alig marad a tejjel kezeltek mögött, sőt a nyolc napon belül gyógyult esetek száma nagyobb a sulfoleinnél. Előnyösnek mutatja a gyógyszert a 28 napos csoport is, de a refracter esetek nagy száma 18.9%, melynél nagyobb csak a saját vérrel kezelt csoportban fordult elő, kedvezőtlen annál is inkább, mert számos esetben, melyeknél a sulfolein hatástalan volt más gyógyszereket is alkalmaztunk és ezek az esetek ebben a csoportban nem szerepelnek. Azokat az eseteket, melyeknél többféle gyógyszert használtunk, kevert kezelés címén foglaltam össze, tehát az ilyen csoportosítás is hozzájárult a kedvező képhez, mely a sulfoleinről kialakult.

Mindezek dacára azt mondhatjuk, hogy a hazai gyártmányú sulfolein, mint fájdalmatlan, csekély általános tüneteket okozó, hatékony gyógyszer minden esetben alkalmazható. Kitünő szernek bizonyul a protein therapia folytatására, ha a fehérje érzékenység fenyeget, viszont, ha 1—2 injectio után a várt hatás elmaradt erősebben ható gyógyszereket vehetünk elő.

46 esetben egyéb gyógyszereket is kipróbáltunk, de ezek eredményeit az esetek kis száma miatt nem értékelhetjük, de az bizonyos, hogy sem az intrascrotalis sóoldat, sem a yatren-vaccina, sem az intravenás szőlőcukor injectiók nem adtak jobb eredményt a parenteralis fehérje injectióknál.

Ezeknek az eseteknek együttesen számított ápolási napjai így alakultak:

	beteg	kevert kezelésre	tejre
1—8 nap alatt gyógyult . . .	1	1.3%	18.9%
9—14 nap alatt gyógyult . . .	18	23.4%	41.3%
15—21 nap alatt gyógyult . .	27	35.1%	23.8%
22—28 nap alatt gyógyult . .	18	23.4%	11.4%
29 napon túl gyógyult	13	16.8%	4.6%

Végül a spontán, csak borogatással kezelt esetek ápolási idejét adjuk, anélkül, hogy különösebb következtetéseket óhajtanánk levonni, mert ezen esetek nagy részét chronikus vagy nagyon enyhe lefolyású epididymitisek tették ki.

1—8 nap alatt gyógyult	15 beteg	36.6%
9—14 nap alatt gyógyult	19 beteg	46.5%
15—21 nap alatt gyógyult	4 beteg	9.7%
22—28 nap alatt gyógyult	2 beteg	4.9%
22 napon túl gyógyult	1 beteg	2.4%

A tej heves reactiója és a lokális fájdalmassága arra indítottak, hogy kevésbbé drastikus de hatásában hasonló parenteralis fehérjével tegyek kísérletet, mert a sajátvér mint láttuk a hosszas gyógytartam miatt, dacára annak, hogy csekély lázat okoz, nem mondható alkalmas kezelési módnak. Nagyon sok esetben cserben hagy a Sulfolein is.

A kórház szülészeti osztályáról anyatejet szereztem természetesen csak Wassermann-negativ egészséges gyermeket szült anyáktól. Ugy gondoltam, hogy az anyatej, bár minden hasonló alkatrészét tartalmazza a tehéntejnek, jó hatása mellett, mint nem fajidegen fehérje, sem olyan heves reactiót, sem olyan erős lokális fájdalmat nem okoz majd, mint a tehén-tej.

Az anyatejet sterillombikba fejve felforraltuk és 5—10 ccm. mennyiségben fecskendeztük be. A lokális fájdalom a betegek bemondásai alapján, akik tehén és anyatejet is kaptak jóval csekélyebb. A hőmérséklet maximuma általában nem emelkedik 39 fölé, 40 fokig terjedő temperaturát csak megismételt, 10—12 ccm. mennyiség befecskendezése után mértünk. A láz csekélyebb voltánál még feltünőbb volt, hogy a beteget mennyivel kevésbbé viselte meg a reactio.

Ami az anyatej hatását illeti a 22 mellékheregyuladásos beteg átlagban számítva tíz nap alatt hagyta el gyógyultan az osztályt. A legrövidebb gyógytartam 6, a leghosszabb 28 nap volt. A betegek nagyobb részénél egy 6—8 ccm. mennyiségű injectio elégnek bizonyult, a többi esetben két injectiót kellett adni.

Heveny prostatitis, ízületi gyuladás is a mellékherelobhoz hasonlóan kedvezően reagált a befecskendezésre.

Az anyatej a beszerzés nehézsége miatt nem lehet a tehéntej versenytársa a mellékheregyuladás therapiájában, de kíméletre szoruló esetekben annak hatásos pótszere lehet anélkül, hogy a gyógytartam az óvatos kezelés miatt meghosszabbodnék.

Ha a kankós mellékheregyuladás a vonatkozó tapasztalatainkat össze akarjuk foglalni röviden a következőket állapíthatjuk meg:

1. a mellékhere gyuladása a kankó második hetétől kezdve a betegség második hónapjáig fordul a leggyakrabban elő;

2. tekintet nélkül a végzett kezelésre látjuk, hogy a betegek 54%-a 14 napon belül meggyógyul és 4 hét mulva már csak 9.2%-a szorul kórházi ápolásra;

3. a heves reactiót okozó gyógyszerek gyorsan hatnak, kevés az elhuzódó gyógyulás.A csekély reactiót okozó szerek hatása is csekélyebb;

4. a heves reactiót okozó tejjel, intravenásan alkalmazott arthigonnal értük el a legjobb eredményeket, ezért ezeknek a szereknek alkalmazása elsősorban ajánlható. Jó eredménnyel adhatjuk a sulfoleint is, de amennyiben néhány nap alatt javulás nem mutatkozik át kell térni az előbbiek egyikére;

5. a saját vér injectiók helyett, a megfelelő adagban nyújtott anyatej, nemcsak az enyhébb általános reactio, hanem a tehéntejjel egyértékű gyógyhatása miatt is előnyben részesitendőnek látszik a kiméletes beavatkozást igénylő esetekben.

A budapesti Szt. Rókus kórház I. belosztályának közleménye. (Főorvos: Ritoók Zsigmond dr., egyet. rk. tanár).

Feltünően nagykiterjedésü és súlyos bőrfelmaródás öngyilkossági lúgmérgezéssel kapcsolatban.

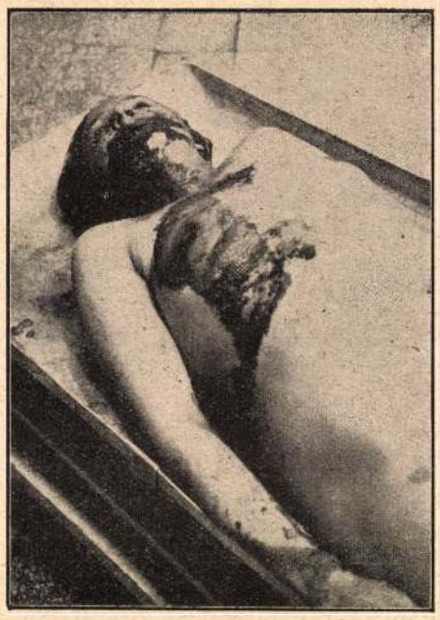
Irta: *Balázs Gyula* dr., adjunctus.

Az O. H. 1931. január 21-ik számában *Weitrich* közölt egy lúgmérgezés esetében észlelt súlyos bőrfelmaródás leirását, melynek részint súlyossága és kiterjedése, részint elhelyeződése és külseje annyira utánozta az égés, illetve láng behatására létrejött sérülést, hogy ennek biztos kizárása és létrejöttének megfejtése csak pontos és aprólékos vizsgálatok és helyszíni szemle útján volt lehetséges. *Weitrich* esetében a felmaródások az arcon, a nyakon a mellkas felső részén, a háton a lapockák közepéig voltak észlelhetőek.

A közölt esetekhez hasonló s bizonyos szempontból azt meghaladó, feltünően súlyos s az egész test felületén szétszort bőrfelmaródást volt alkalmunk egy öngyilkossági lúgmérgezés esetében tapasztalnunk.

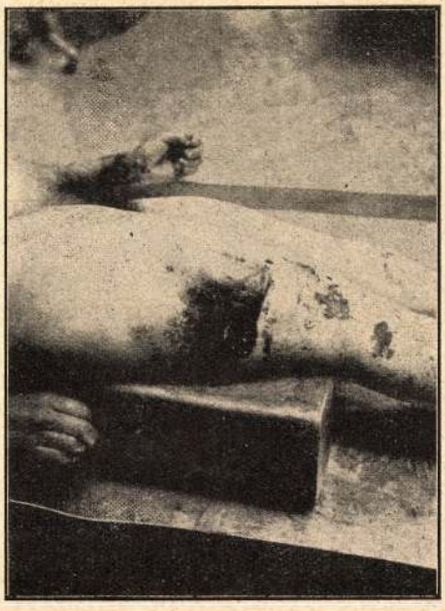
Julius havában a mentők egy középkorú nőt szállítottak be osztályunkra, ki öngyilkossági szándékból előbb mindkét karján felvágta az ereit, majd ismeretlen mennyiségű igen concentrált lúgoldatot ivott.

Felvételkor a beteg igen súlyos állapotban volt. A pulsusa alig tapintható szapora, légzése stertorosus volt. Az arcon, a nyakon, a tarkó tájékon, a hajas fejbőrön, a jobb mellen, a bordaíven túlterjedőleg, hátul a jobb lapocka felett, a jobb comb külső középső harmadában, a bal térdhajlásban, mindkét lábszár hátsó felületén súlyos, szabálytalan szélű, helyenkint 2 mm. mélységű, szennyes szürkés-barnás színű felmaródások voltak láthatók. Ezeken kívül a kültakarón úgyszolván mindenütt kisebb, lencsényi, pengőnyi, itt-ott elmosódó szélű, felületes barnás színű bőrelváltozások. (L. 1., 2. és 3. sz. ábrákat). A szájüregben, a nyelven és a garatban súlyos felmaródások. A gyomortájék fájdalmas, enyhe tapintásra mérsékelt defense. A mérgezett hányadéka barnás (alkalihaematin) véres volt.



1. ábra.

Dacára a súlyos külső és belső sérüléseknek, a mérgezett eszméleténél volt, a feltett kérdésekre értelmesen válaszolt, majd behozatala után 12 órára hirtelen légszomj lepte meg, fel akart ülni, de hirtelen hátra hanyatlott és meghalt.



2. ábra.

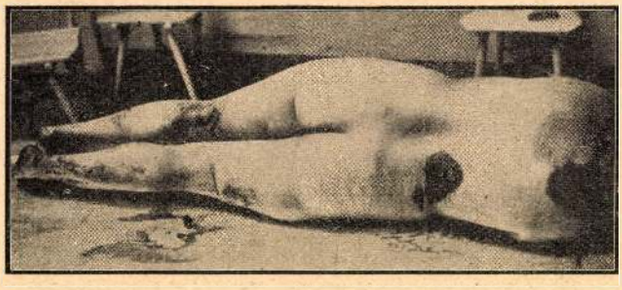
Maró anyaggal (lúg, sav) történt öngyilkossági mérgezésnél az esetek legnagyobb százalékában a szájnyilás körül és az arcon kisebb-nagyobb fokú és terjedelmű felmaródási sérüléseket találunk. Bizonyos esetekben és körülmények között azonban felmaródási sérülések jöhetnek létre a testfelületnek a szájnyilástól távolabb eső pontjain pl. a lábszáron is. A felmaródási sérülések létrejöttét, fokát, kiterjedését és elhelyezkedését különböző okok és lehetőségek határozzák meg; melyeket mintegy két ezer

észlelt lúgmérgezés kapcsán általánosságban a következőkben foglaljuk össze:

A lúgoldat megivása közben, ha hirtelen hajtja fel a folyadékot az öngyilkos jelölt, sérül a felső ajak a lúgoldat nekiütődése folytán. Ha pedig a két szájzug mellett a lúgoldat lecsurog, akkor typusos alakú, a lecsurgás útját rögzítő felmaródások jönnek létre az állon, továbbá, ha nagyobb mennyiségű oldat csurogott le, úgy a mellen is.

Ha ivás közben a lúgoldatot tartalmazó edényt az öngyilkosjelölt kezéből kiütik (ami gyakran történik meg, s ami elég veszélyen mentési mód) felmaródásokat találunk az ajkakon, az arcon, a szemen, a fejbőrön, a vállon, a jobb felső végtagon s a jobb kézfejen. Ha az edény kiesik a kézből, úgy a felfreccsenő lúgoldat még az alszárakon is sérüléseket idéz elő.

Felmaródásokat okozhat még a hányadék is. Különösen a concentrált lúgoldat megivása után rögtön kihányt gyomortartalom. Ilyenkor a jobb kezen és az arcon találunk pontszerű, vagy szabálytalan alakú felmaródást, mivel a beteg a hányás ellen önkéntelenül a jobb kezének a szájnyilás elé való helyezésével védekezik s kezével a maró oldatot az arcán szétkeni. Egy-két esetben a combon talált felmaródás úgy keletkezett, hogy a mérgezett a lúgoldatot tartalmazó edényt az ölébe ejtette, máskor pedig, hogy az első hányadék az ülő helyzetben levő mérgezett combjára jutott.



3. ábra.

A testfelület különböző részein, úgy mint a háton, az alsó végtagon, tarkón, stb helyen található lúg általi sérülések úgy jönnek létre, hogy a lúg megivása után a mérgezett a fájdalom és a schokk folytán összesik, a lúgoldatot tartalmazó edény a földre esik és a földön kiömlő maradék lúgoldatban és saját még maró hatású hányadékában fetreng. Különösen nagy kiterjedésű felmaródások jelentkeznek akkor, ha ilyen esetben a mérgezett könnyű vagy hiányos öltözetben volt. A felmaródás súlyossága egyedül a lúgoldat concentratiójától függ.

Az általunk közölt esetben is így jött létre a szokatlanul nagy kiterjedésű és súlyos bőrfelmaródás. Az említett nő u. is kb. ¾ liter igen concentrált lúgoldatot tartalmazó fazékból ivott, majd a fazekat kezéből kiejtve a kiömlő lúgoldatba a földre zuhant. Körülbelül egy óráig feküdt a földön, míg hozzátartozói reátaláltak.

Ugyancsak *Wietrich* említi közleményében, hogy számos szerző a lúgmérgezésnél feltalálható csekély terjedelmű külső felmaródásokat ajánlja a savmérgezéstől való eredés elkülönítésére. Nézetüket azonban nem osztja. Véleményét saját tapasztalatainkkal is megerősíthetjük, amennyiben a lúgmérgezéseknél a kültakarón nemcsak, hogy nagyobb terjedelmű, felmaródásokat, hanem gyakrabban is tapasztaltunk, mint savmérgezés esetén. Ennek oka a lúgnak a szöveteket elfolyósító (colliqualo) hatásában rejlik, minek folytán a lúg által okozott felmaródás mindig nagyobb terjedelmű, mint amilyen területet érintett a lúg. Ezzel ellentétben a sav a szövetek fehérjeinek megalvasztása (coagulálása) folytán önmaga emel gátat továbbterjedésére.

Ez esettel kapcsolatosan érdemesnek találjuk egy másik érdekes lúgmérgezési esetet is röviden megemlíteni. Egy-két évvel ezelőt, vidékről egy fiatal leányt szállítottak osztályunkra súlyos külső és belső lúgsérüléssel. Az ajkakon, a nyelven, a garatban, az arcon, a jobb fülön és a külső hallójáratban, az orrlikak szélén, a mellen, a jobb válon és a felkaron barnás színű, itt-ott élesen elhatárolt, pörkösödést nem mutató, helyenkint pergamentszerűen beszáradó felmaródások voltak láthatók. Beszéde aphoniás, légzése nehezített volt, nyelni nem tudott. A kórelőzmény felvételénél a beteg elmondotta, hogy haragosa megleste és lúggal arculöntötte. Tekintettel a gége és a nyelőcső laesiójára a beteg előadását kétkedve fogadtuk, de a nyomozó hatóságok (csendőrség) a leány vallomását, mivel az eset tanúk előtt történt, megerősítették. A pontosabb kikérdezésnél magunk is elfogadhatónak láttuk a beteg bemondását. Az eset megtörténtekor a sérült énekelve, tehát nyitott szájjal haladt, amikor egy saroknál a tettes hirtelen, a mit sem sejtő sérült arcába öntött mintegy fél liter lúgoldatot. A lúgoldat a nyitott szájon keresztül bejutott a szájüregbe, melyet a sérült hirtelen részben aspirált, részben lenyelt. Az eset következtében a sérült egyik szemére megvakult és három héttel a történtek után még nyelési panaszai voltak. Ez esetet különösen törvényszéki orvostani szempontból véljük értékesnek.

A m. kir. Ferencz József Tudományegyetem női klinikájának közleménye. (Igazgató: Berecz János dr., egyetemi ny. r. tanár.)

A "Guttadiaphot" a szülészet és nőgyógyászatban.*

Irta: *Filep Aladár* dr., klinikai tanársegéd.

A diagnosis tökéletesítése és a helyes prognosis felállítása minden időben foglalkoztatta az orvosokat. Az idők folyamán sok különböző diagnostikus eljárást dolgoztak ki. Ezek között különösen az utóbbi években nagyon tekintélyes szerep jutott a haematológiai vizsgálatoknak. A quantitativ, de még sokkal inkább a qualitativ vérkép jelentős szerepéről a szülészeti és nőgyógyászati diagnostikában és prognostikában klinikánkról *Kósa Sándor* dr. számolt be.

Néhány hónappal ezelőtt figyelmünk egy új haematológiai vizsgáló eljárásra terelődött, melyet eddig — tudomásunk szerint — a szülészetben és nőgyógyászatban nem alkalmaztak. Az új eljárást két német gyakorló orvos *Fritz Mayer* és *Walter Bierast* dolgozta ki és *Viktor Schilling* a híres berlini haematológus tökéletesítette. Lényegileg arról van szó, hogy különböző festékoldatokkal pácolt itatós papir szeletekre a beteg karvénájából vett vért kell cseppenteni. A vércsepp szétterülése és beszáradása után áteső fényben (innen a guttadiaphot elnevezés) történik azután a tulajdonképeni vizsgálat. Ez alkalommal nem térhetünk ki részletesen a technikai vonatkozásokra. E tekintetben utalnunk kell *Schillingnek* a Guttadiaphotról írt könyvecskéjére. Csak azt hangsúlyozzuk, hogy az előírt szabályok pontosan betartandók, különben könnyen hibás eredményt kapunk. Egyik legfontosabb szabály az, hogy *a vérvételhez használt fecskendő és tű minden nedvességtől, vagy chemiai anyagtól mentes legyen.*

* A Magyar Nőorvos Társaság 1930. évi III. nagygyülésén tartott előadás.

A vérvételre 1—2 cm^3 *Record*, vagy *Luer* fecskendőt használhatunk. A vizsgálat céljára bőségesen elegendő vénából vett egy köbcentiméter vér, melyet rögtön rácseppentünk a már előre elhelyezett Guttadiaphot-lapra. A használt itatóslapoknak ugyancsak teljesen száraznak kell lenni. A vérvételhez használt tű vastagságához képest egy-egy itatós szeletkére egy-két csepp vért cseppentünk. Arra kell törekedni, hogy a szétterült és beszáradt vércseppek lehetőleg nagyok legyenek, megközelítsék az itatósszelet széleit. Nagyobb cseppek lényegesen megkönnyítik a leolvasást.

Mi olvasható le a Guttadiaphotról? Mutatkozik-e olyan elváltozás a vércseppben, amely csak egy bizonyos betegségre jellegzetes, vagyis specifikus reactió-e a Guttadiaphot? Azt már most hangsúlyoznunk kell, hogy a Guttadiaphot nem specifikus reactió és mai állapotában nem használható fel egymagában valamely betegség kórismézésére. *Olyan általános, nem specifikus reactiónak fogható fel, mely reávilágít a vér, illetőleg a vérplasma kolloidchemiai állapotának normális voltára, vagy kóros megváltozására.* Tehát minden olyan állapot, vagy betegség, mely a vérplasma normális kolloidchemiai egyensúlyát megzavarja, positiv Guttadiaphot-reactiót eredményez. Ilyenek elsősorban a heveny és idősült fertőző megbetegedések, mint a typhus, tbc., lues, sepsis stb. Ezeken kívül a terhesség is positiv reactiót ad. Meg is próbáltuk felhasználni korai terhesség felismerésére, sajnos eddigi kísérleteink nem végződtek a kívánt eredménnyel. Ha nem is használhatjuk fel a Guttadiaphotot a különböző betegségek felismerésére, iletőleg elkülönítő kórismézésére, de felhasználhatjuk — eddigi tapasztalatunk szerint — *egyes betegségek lefolyásának ellenőrzésére s bizonyos mértékig a prognosis felállítására.* Minket nőgyógyászokat ilyen szempontból főleg a gyermekágyi septikus megbetegedések érdekelnek, s erre később még vissza fogunk térni.

Mikor mondjuk a Guttadiaphotot negativnak, mikor positivnak? Az egyes itatósszeletkék szerint negativ a Guttadiaphot, ha:

a vörösszínű lapocskán a vércsepp éles széllel határolódik el az itatóspapirtól, negativ a kép akkor is, ha a vörös lapon a vércseppet keskeny világos udvar veszi körül, melyet sötét, élesszélű zóna szegélyez. Ez az ú. n. normális „korona".

Ugyanez vonatkozik a világoszöld és a kék lapocskákra is. Negativ a halványzöld lapon az olyan vércsepp is, mely egyenletes festődést mutat általános, vagy foltos *felvilágosulás* (Aufhellung) nélkül. A kék lapocskán negativnak számít az *egyenletesen zöldes-vörös festődést* adó vércsepp, a festéknek a vércsepp szélén való felhalmozódása nélkül.

A pozitiv Guttadiaphotot jellemzi:

1. a vércsepp szél *elmosódott volta.* Szakadozott, vagy hiányzó *„széli vonal"* a vörös lapon,

2. világos vörös „korona" a tulajdonképeni vércsepp körül. Itt hiányzik a normális koronánál látható sötét éles „széli vonal",

3. a vércsepp felvilágosulása (Aufhellung) a másik két lapon,

4. *zöld széli zóna, vagy színes gyűrű* képződése a kék lapon levő vércseppek körül.

Ezeket a jeleket figyelembe véve bizonyos gyakorlat után úgyszólva egy rápillantással megmondhatjuk valamely Guttadiaphotról, hogy pozitiv, vagy negativ-e. *Schilling* megadott egy komplikáltabb jelzőskálát, melyben az ABC első betűivel jelzi az egyes felismerhető elváltozásokat. A pontosabb észleléshez igen jól beválik ez a segédeszköz, most azonban itt is eltekintünk a részletezéstől. A legszükségesebb tudnivalók ismertetése után most már lássuk saját tapasztalatunk eredményét.

A Guttadiaphot reactiót *148* esetben *179*-szer végeztük el. Még pedig *63 terhes-*, *15 szülő-* és *47 gyermekágyas* nőnél. Ezenkívül nőgyógyászati megbetegedések esetében is megvizsgáltuk a Guttadiaphot viselkedését 23 esetben. Olyan egészséges terheseknél, kiknél lues, tbc., vesebajok, vagy más megbetegedések megfelelő vizsgálatokkal kizárhatók voltak, a Guttadiaphot-reactió legnagyobbrészt gyengén, vagy közepesen positiv volt. A vörös itatós szallagon rendszerint pathologiás, vagy átmeneti korona volt látható, míg a világoszöld és a kék itatós szeleten aránylag kevesebbszer találtunk positiv elváltozást. *Olyan terheseknél, kiknek vizeletében több-kevesebb fehérje volt kimutatható, a Guttadiaphot erősebben positiv reactiót adott.* Ugyanis nemcsak a piros itatósszeleten volt kifejezett a pathologiás korona, hanem a zöld szallagon foltos felvilágosodást, a kék szallagon pedig eléggé kifejezett festékgyűrűt és koronát találtunk. További tapasztalatok fogják megmutatni, hogy ezen elváltozásokat nem használhatjuk-e fel praeeklampsiás állapot gyors és egyszerű felismerésére.

Néhány *Wa.* positiv háziterhesünknél azt találtuk, hogy *a luessel szövődött terhesség nagymértékben eltolja pozitiv irányban a Guttadiaphot képét.* NégykeresztesWa. eseteiben pl. a vörös szallagon pathologiás korona a vörös és zöld szallagon diffus, vagy foltos felvilágosulás, a kék szallagon foltos felvilágosulás, széli festék felhalmozódás és néha színes gyűrű található. Kétkeresztes *Wa.* esetén már sokkal enyhébben jelentkeznek, vagy részben hiányoznak az említett elváltozások.

Érdekes, hogy egy igen nagyfokú *hydrops gravidarum* esetében úgyszólván teljesen negativ képet nyertünk. Viszont két középsúlyos *hyperemesis* erősebben pozitiv Guttadiaphotot eredményezett. *Szülőnők* vére pozitiv Guttadiaphotot ad, melynek foka függ a terhesség alatti Guttadiaphot milyenségétől és az — esetleges szülés alatt keletkezett — fertőzéstől, vagy vérvesztéstől. Közepes, vagy nagyobbfokú *vérvesztés* után a Guttadiaphot erősen pozitiv volta mellett a vércseppek tónusa sokkal halványabb, mint rendesen.

Gyermekágyban a Guttadiaphot különbözőképen viselkedik aszerint, hogy teljesen zavartalan-e lefolyása, vagy lázas megbetegedések complicálják. De az is befolyásolja, hogy a gyermekágy hányadik napján végezzük a vizsgálatot. Általában azt mondhatjuk, hogy minél több idő telt el a szülés óta, annál inkább hajlik a reactió a negativ felé. Lázas, septikus gyermekágyasoknál a fertőzés súlyossága szerint a reactió is erősen, vagy kevésbbé erősen pozitiv lesz. Azt tapasztaltuk néhány esetben, hogy a septikus folyamat gyógyulása folyamán a Guttadiaphot ugyancsak enyhébb reactiót ad. *További tapasztalatok fogják megmutatni azt is, hogy mennyire fog sepsises esetekben mint prognosis felállítására alkalmas jel beválni.* Mindenesetre különösen ebből a szempontból tovább folytatjuk vizsgálatainkat és az eredményről be fogunk számolni.

Nőgyógyászati megbetegedések közül ugyancsak elsősorban a *gyuladásos* fertőzéses eredetűek azok, ahol a Guttadiaphot reactió pozitiv. Több subacut, illetve chronikus adnex gyuladás esetében ugyancsak pozitiv eredményt kaptunk.

Rosszindulatú daganatok, így elsősorban méhrák esetében alig és erősen pozitiv reactiót felváltva találtunk. Az a benyomásunk, hogy a méhrák, különösen a méhnyakrák esetében a reactió milyenségét lényegesen befolyásolja a hozzá társulni szokott necrosis, illetőleg gyuladás, vagy annak hiánya.

Ezekben ismertettük röviden Guttadiaphot reactióink eredményét. Távol áll tőlünk, hogy eddigi — aránylag nem nagyszámú esetünk alapján — végleges bírálatot mond-

junk a reactió értékéről. Mégis úgy gondoltuk, nem végeztünk hiábavaló munkát, mikor erre a nagy gyakorlati fontosságúnak látszó, nem specifikus vizsgálati eljárásra felhívjuk a figyelmet. Szükségesnek gondoltuk ezt azért is, mert egy új vizsgáló eljárás értékét csak nagy anyagon szerzett tapasztalat alapján lehet eldönteni.

A Guttadiaphot reactió egyszerű, gyorsan kivihető és a hozzáértőnek értékes felvilágosításokat adhat a szervezetnek betegségekkel szemben való küzdelméről. Nagyon jól fejezte ki magát *Barta*, aki azt mondta, hogy:

„a Guttadiaphot hasonlatos a mikroskopi metszethez: minél nagyobb gyakorlata van valakinek a mikroskopikus képek vizsgálatában, annál többet tud belőlük kiolvasni." Igy van ez a Guttadiaphottal is. (Lásd: *Barta:* Orvosi Hetilap 1929. 46. sz.)

RÖVID KÖZLÉSEK A TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSI GYAKORLATBÓL.

A gyulai állami kórház kórbonctani intézetének közleménye. (Igazgató: Tauffer Emil dr., egészségügyi főtanácsos.)

Hajtótengely és hajtószíj okozta sérülésekről.

Irta: *Feldmann Ignác* dr., kórházi főorvos.

Az ismertetendő halálos sérülések mindegyike malmok gépberendezése körüli manipulatio közben jött ugyan létre, de a sérülések keletkezésök mechanismusa tekintetében mégis lényegesen eltérnek egymástól.

Megdöbbentő, hogy szerény törvényszéki orvosi gyakorlatomban három ilyen eset nem egészen négy héten belül kerülhetett sectiora és hogy a legelemibb elővigyázati rendszabályok betartása mellett mind a három baleset elkerülhető lett volna.

I.

Az első baleset egy békéscsabai gabonaőrlő malom erőgép által hajtott ú. n. közlőmű-terében történt. Miközben a gépész egy tömör fából készült kerékre feltett szíj, elszakadt részét a közlő (transmissiós) mű forgása közben varrogatta, az alatt egy napszámosnak a gépész utasítása szerint 750 mm. hosszú falécet kellett a kerék széléhez a hajtószíj lecsuszásának meggátlására odatartania. Mivel az épület fala és a kerék közti (545 mmnyi) távolság rövidebb volt a lécnél, az utóbbit ferdén kellett tartani, hogy a kerék küllőjéhez hozzá ne érjen. A szűk térben való célszerű elhelyezkedés nehézsége okozhatta, hogy a léc egyik végével a forgó kerék küllőjébe akadt, másik végével pedig a napszámos hasához ütődött.

Az ütődés következménye májrepedés volt. A rövid idővel a sérülés után a békéscsabai közkórházban végrehajtott műtét alkalmával közel két liternyi folyékony és alvadt vért távolítottak el a hasüregből. A máj felületén látott repedéseket pedig a nagy cseplesszel befedve azt több öltéssel a máj tokjához rögzítették. A halál a sérülés elszenvedése után kb. 40 óra mulva állott be.

A boncolásnál a máj jobb lebenyének felső felületén levő 5, többnyire felületes repedésen kívül a bal lebeny felső felszínén az odavarrt cseplesz felszabadítása után még egy 7 cm. hosszú haránt irányú repedés válik láthatóvá, melynek összetapadt szélei két csomós varrattal vannak egyesítve. A repedés eleinte mintegy 1½ cm. mélységig merőlegesen halad a máj állományába és a jobb lebenyben is mintegy 7 cm. hosszúságban subcapsularisan továbbterjed, majd egy előre, de különösen hátrafelé csaknem a májtokig érő, a máj tulnyomó részét elfoglaló repedésbe torkollik, melyből számos kisebb-nagyobb repedés sugárzik ki. Az utóbbiak hasadékai néhol véralvadékkal vannak kitöltve. A repedések falaiban több helyen élesen elhatárolt fakósárga tömött elhalt részletek találhatók. Kisebb repedések a máj belsejében a jobb lebenynek több mint ⅔-ad részében láthatók. Egy helyen a repedések szomszédságában egy ceruzavastagságú vena feketésvörös véralvadékkal van kitöltve. A májnak repedésektől mentes részei középtömöttek, vérszegények.

A halál felfogásom szerint nem tisztán az elszenvedett vérveszteségnek tulajdonítható, — mert ha kizárólag ez lett volna a halálok, akkor a sérült nem élt volna 40 óráig — hanem része volt benne a máj belsejében létrejött számtalan érszakadás által feltételezett keringési zavarnak, thrombosisoknak, a májparenchyma itt-ott elhalásba átment kiterjedt roncsolásának és végeredményében a máj mindezekkel összefüggő functiokiesésének, amely miatt a máj a kiterjedt roncsolással kapcsolatos és a rendes anyagcsere mentén is keletkező káros szétesési termékek közömbösítésében és kiküszöbölésében nem működhetet közre kellőképpen.

Ha a molnár akkor javította volna ki a hajtószíjjat, amikor a transmissiós kerék nem volt működésben, az ismertetett baleset nem történhetet volna meg.

II.

A második baleset egy kőrösladányi olajgyártó malomban történt, mely a hajtóerőt a vele egybeépített gabonaőrlő malom erőgépétől kapja. A gépész a megőrölt olajmag pergetésére szolgáló katlan üstje fölötti, az olajmag lisztjének forgatására rendelt kereket készült megindítani és ebből a célból ezt — a padlótól 1.4 m. magasságban fekvő — kereket a plafon alatt 50 cm-re elhelyezett transmissiós tengely egyik kerekével akarta összekötni. Azonban ehhez a mívelethez a transmissiós tengely forgása közben fogott hozzá és ez okozta vesztét.

Hogy miként történt a baleset, azt a helyszíni szemle és a boncolási lelet adataiból nem volt nehéz reconstruálni. Ugyanis a menyezethez erősített tengelytartó vasrúd és a menyezettől 50 cmnyire, a pergelő üst fölötti kerék tegelyétő pedig 97 cm távolságban levő egyik kerék közt 5.5 cm. széles hajtószíj volt szorosan a transmissiós tengelyre felcsavarodva, a szíj csavarulatai közé pedig felső és alsó ruha foszlányok voltak beszorulva és felcsavarodva, részben pedig lecsüngtek a tengelyről. Ebből nyilvánvaló, hogy a hajtószíj a molnárt ruhájánál fogva kapta el, melyből csak a jobb könyököt és annak szomszédságát körülvevő ingrész maradt a testen. S amikor a ruházat leszakadt róla, akkor a molnár 2.37 m. magasságból a betonpadlóra zuhant.

A helyszíni szemle alkalmával a menyezethez erősített vasrúd és ama kerék közt, melyre a molnár a hajtószíjjat feltenni igyekezett, a transmissiós tengely alatt a fehérre meszelt falon fél fej kerületének megfelelő, kissé hosszúkás félkörlap alakjával bíró vérfolt látszott, amely elárulta, hogy a hajtószíj által ruhájánál fogva megragadott molnár feje a falhoz vágódott s így keletkezett a koponya boltozatának az alapra is kiterjedt darabos törése és az ezzel kapcsolatos agyroncsolás. Valószínű, hogy az alszárak törése és a végtagakon talált zúzódások is a falhoz való ütődések következményei, — habár az sincs kizárva, hogy azok részben a 237 cm. magasságból a betonpadlóra való esés következtében jöttek létre.

A halál néhány perc alatt bekövetkezett. Ugyanis a megőrölt olajmagvak péppé gyúrásával foglalatoskodó ember, amikor egy jajkiáltásra megfordulva a molnárt a transmissiós tengelyen megpillantotta, rögtön a 6 m.

távolságban levő gépházba futott, hogy leállítsa a gépet, de mire visszatért, a molnárt már padlón halva találta.

III.

A harmadik — borzalmas következményeinél, a sérülések minőségénél és létrejövetelük mechanismusánál fogva legérdekesebb — baleset is csak a legelemibb elővigyázati szabályok be nem tartása miatt következhetett be.

Ugyanis egy motor-hajtásra berendezett daráló malom transmissiós tengelyének az épület falán keresztülvezetett, a föld színe fölött 65 cmre fekvő, 54 cm. hosszú szakasza *minden védő korlát nélkül* nyúlt ki a szabadba. Erre a tengelyrészre szükség esetén körfűrészt helyeztek el, vagyis a kukoricadarálógépet fürészelésre is felhasználták.

A baleset napján egy tíz éves fiú játszadozott a szabadon levő transmissiós tengely körül egy az épület tetejének fedésére fel nem használt kátránypapirsávval, melyet a forgásban levő tengellyel hozott érintkezésbe. A játék következményét egyrészt a tanúvallomás, másrészt a helyszíni szemle és a boncolási lelet legfontosabb adatai alapján vázolom.

A baleset megtörténtekor az egyik tanú látta, hogy a transmissiós tengely valamit forgat maga körül, amit közelebbről nézve szétroncsolt hullának ismert fel. Az odahívott körorvos a halottat a darabokra szaggatott felső ruhával együtt a transmissiós vastengelyre felcsavarodva találta. A koponya ketté volt válva, felső részét csak kicsi hajas fejbőrdarab tartotta össze a koponyaalappal. Az agyvelő a koponyaüregből teljesen hiányzott és a hulla közelében a földön hevert. Az erősen felcsavarodott ruharészeknek a vastengelyről való lefejtése után megállapítást nyert, hogy az eltört jobb kar háromszorosan rá volt csavarodva a vastengelyre, a jobb kéz pedig görcsösen fogta egy 100 cm. hosszú, 10 cm. széles kátránypapirtekercs darabját, melynek folytatása szintén a vastengelyre volt reácsavarodva, úgy hogy csak késsel volt róla eltávolítható. A hulla bal karja is több helyen el volt törve.

A vizsgálóbírói szemle alkalmával a karvastagságú transmissiós tengely szomszédságában 2 darab ú. n. kerékvető cölöp találtatott; a tengelyhez közelebb álló cölöp 33 cmnyire volt a tengelytől.

Ezen adatokból megállapítható, hogy a mikor a gyermek a kátránypapirt a tengelyre rátette, a kátrány a forgásban levő tengely melegétől megolvadva odatapasztotta a papírt a tengelyhez és a kézhez is. (A kátrány nyoma a jobb kéz kis újj felöli oldalán a sectiónál kivolt mutatható). A jobb kezet a forgó tengely a hozzá odaragadt kátránypapírnál fogva magához rántotta és a papír, majd a tengelyre szintén reácsavarodott jobb kar nyomán az egész test a tengely által körülforgatva az utóbbihoz közelebb álló oszlophoz többször igen nagy erővel odaütődött. Igy jött létre a koponyának az alapra is kiterjedő darabos törése, tetejének a koponyaalaptól való különválása, a centrifugalis erő hatása alatt az egész agyvelőnek a nyúlt velőről való leszakadása és a koponyaürből való kilökődése, a jobb oldali nyolc felső borda, a jobb felkar, a bal alkar nyílt törése, a bal orsócsontnak könyökben való nyílt ficama, a bal comb alsó epiphysének letörése, a bal alszár nyílt törése, baloldali nyílt bokaficam, izom- és ínszakadások s izomroncsolások, a lábtőcsontok közti ízületek megnyílása. Igy jött létre a májnak a rekeszről való leszakadása, a jobb májlebeny egy 150 gr-nyi darabjának különválása a balra átcsapódott és csak a lig. hepato-duodenalen, mint kocsányon lógó 580 gr-nyi nagyobb májtömegtől, nemkülönben a májról leszakadt darabnak a centrifugalis erő hatása alatt a medencébe való sodródása. Ugyancsak a centrifugalis erő hatásának tulajdonítható, hogy az egészben jóformán sértetlenül maradt lép a medencébe sodródott, ahol a boncolásnál a máj jobb lebenyének darabja mellett találtam meg.

Rendkívül érdekes még az, hogy a szív jobb kamrájában a félholdképű billentyűk alatt 2 cm hosszú, fél cm. széles, 2—3 mm. vastag, szabálytalan háromszögletű májdarab volt található. Ez a lelet azt bizonyítja, hogy e májdarabka kiszakadása és a v. cavaba való bejutása megelőzte a májnak a rekeszről való teljes leszakadását, illetve a máj jobb lebenyétől különvált nagyobb darabnak a medencébe való sodródását. Hiszen a kis darabka máj csak működésben lévő szív mellett, tehát még áramlásban lévő vérrel együtt kerülhetett be a jobb pitvarba és kamarába, míg a máj jobb lebenyéből leszakadt nagyobb darabnak a medencébe való lökődése és az egész májnak a rekeszről való leszakadása már csak a halál után következhetett be. Mert ha ez is akkor jött volna létre, amikor a szív még összehúzódni képes volt, akkor a hasüregbe nem 10 cm^3-nyi, hanem jóval több vér ömlött volna az egészen keresztül szakadt v. cava inf. nyílásán át.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A percutan typhus-védőoltásról. *Loewenstein.* (Wien. klin. Woch. 1931. 31. sz.)

A tuberculosis ellenes küzdelemben már régóta szerepel a percutan immunizálás. Ennek értéke azonban más betegségek esetén még nincs egészen tisztázva. *Loewensteinnek* kisérleti állatokat, tanítványainak pedig már embereket is sikerült diphtheria ellen percutan immunizálni. Ujabban typhus. dysenteria és cholera ellen immunizált sikerrel kísérleti állatokat az elölt kórokozók percután bedörzsölése által. A kezelt állatok vérsavója 1: 1600-szoros hígításban agglutinálta a kórokozót. Ilyen irányú ember kísérletei folyamatban vannak. Szerző ennek sikere esetén nagy jelentőséget tulajdonít a percután immunizálásnak, szerinte ugyanis a legtöbb népjárvány egyszerü bedörzsölő immunizáló beavatkozással megakadályozható lenne; a nép a bedörzsölő eljárástól ugyanis kevésbbé iszonyodik, mint az injectiós beavatkozásoktól. *Egedy Elemér* dr.

Az angina pectorisos roham fájdalmának keletkezéséről. *Czyhlarz.* (Wien. klin. Woch. 1931. 31. sz.)

Angina pectorisos rohamnál a görcsös. félelmesen intensiv fájdalom mindig elsődleges, a halálfélelem érzése, stb. mindig másodlagosak, a fájdalom következményei. A fájdalmat a szivmuködés fokozódása esetén az aorta kórosan (arteriosclerosis, lues) elváltozott kezdeti részének feszülése váltja ki. Másik felfogás szerint viszont az arterioscleroticusan elváltozott a. coronáriák görcse következtében beálló szivizom anaemisálás okozza a fájdalmat. *Czyhlarz* szerint a szivizom systolicus összehúzódása ellene dolgozik az a. coronáriák telődésének, sőt azokban regurgitatiot is hoz létre. Ha az a. coronariák lumene szükült, akkor az ereket környező izomzatnak erősebb munkát, görcsös összehúzódást kell kifejteniök az a. coronáriák szükülete okozta akadály legyözésére. Ez a görcsös összehúzódás erős fájdalom (stenosisgörcsfájdalom) formájában nyilvánul meg hasonlóan más, pl. hasi stenosisgörcsfájdalomhoz. Az angina pectorisos roham fájdalmát tehát az okozza, hogy a szivizomzat systolicus összehúzódásakor az a. coronariákban a regurgitátio akadályba ütközik. *Egedy Elemér* dr.

Parenteralis fehérjehatás diabetes mellitusban. *Nagel.* (Dtsch. Arch. Klin. Med. 171. k. 1. f.)

Singer 1924-ben jó eredménnyel számol be diabetesesek fehérjekezeléséről: vékonybélextractuminjitialás és tejadagolás után a glycosuria javult, a vércukor alászállt. Számos szerző utánvizsgálása részben hasonló eredményhez vezetett, a legtöbben azonban tagadják a parenteralis fehérjekezelés kedvező hatását. Ugyanaz a szerző véleménye is, ki azt találta, hogy fajidegen fehérje (caseosan) injitiálása utná a glycosuria és a vércukorérték vagy egyáltalán nem változik, sőt az esetek többségében emelkedik. Az elvétve előforduló javulások nem birnak bizonyító erővel, mert a valószínüség

szerint az egyidejüleg alkalmazott diaetás kezeléssel is bekövetkezett volna. A kedvezőtlen eredményekkel egyezik az a tény is, hogy diabeteses betegek az infectiókat — melyeknél szintén parenteralis fehérjeresorptio szerepel — rosszul türik, tolerantiájuk ilyen természetü betegségek alatt romlik. Tapasztalatai alapján óva int a cukorbaj „ingertherapia"-jától. *Molnár István dr.*

Sebészet.

Anyagcserevizsgálatok teljes gyomorkiirtás és kiterjedt bélresectiók után. *Shima.* Osaka. Japán. (Bruns. Beitr. 153. 2. sz.)

Szerző három esetben teljes gyomorkirtás után, 11 esetben pedig béltuberculosis miatti kiterjedt bélresectio után végzett anyagcserevizsgálatokat. Teljes gyomorkiirtás után a zsiranyagcsere zavara áll be; egy esetben volt csak észlelhető a fehérjeforgalom zavara. A béltuberculosis egy bizonyos szakaszában, dacára a messze elterjedt gócoknak, az anyagcsere éppen úgy folyik le, mint normalis körülmények között. Ha azonban a betegség előrehalad, úgy először a zsír-, majd később a fehérjeforgalom zavara áll be. A szénhidratforgalom nem szenved zavart. Kiterjedt resectio után először is csökkent a bél felszívóképessége. Bizonyos idő mulva azonban a megmaradt bélszakasz felszívóképessége compensatoricusan erősbbödik, ami a szervezet általános erejének növekedésében is megnyilvánul. Bélresectio prognosisa akkor tekintendő rossznak, ha a szénhidratanyagcsere mütét előtt és után is zavart mutat.

Mraz József dr.

A gümőkóros csipőízület arthrodesise. *Hass.* (Bruns. Beitr. 152. 4.)

A gümőkórosan megbetegedett csipőízület arthrodesisét gyermekeknél csak ritkán végzik, mert fiatal korban nem ritkán magától is meggyógyul a csípőízület és különben is van időnk várni. Felnőtteknél a következő javallatok alapján végzik: 1. Elroncsolt ízületi felszíneknél, amikor igen heves, semmivel sem szüntethető fájdalmak gyötrik a beteget; 2. ha a gümőkóros folyamat éveken keresztül folytatott konservativ kezelés dacára sem gyógyul; 3. statikusan teljesen elégtelen csípőízület esetén és 4% socialis indicatio alapján, hogy a beteget minél hamarabb munkaképessé tegye. Ellenjavalja a mütétet az ízület vegyes fertőzöttsége, multiplex gümőkóros gócok és ha a beteg általános erőbeli állapota nagyon rossz. Egyébként az arthrodesis eredményeivel gümőkóros csípőízületi gyulladás esetén nagyon meg van elégedve. *Marx József dr.*

A gastritis-kérdés. *Neubebauer.* (Bruns Beitr. 152. 4.)

Gastritis exogen okokból is keletkezhet, de sokkal gyakrabban haematogen uton odajutott toxinok, vagy pedig fehérje szétesési termékek az okai. A legtöbb gastritis a kiváltó okok megszünése után meggyógyul. Néha azonban mint idülten ismétlődő betegség az egész életen keresztül fennáll. Lefolyhat tünet nélkül is; a tünetei dispepsiásak, nervosusak és fekélyszerüek. A diagnosist bizonyossággal csak a górcső adja meg. Röntgen és gastroscop néha felmondják a szolgálatot. A fekélynek legtöbbször gastritis a kiinduló pontja, de valószínüleg nagy szerepet játszik a carcinoma keletkezésénél is. Azért, ha az igen hosszú ideig tartó nagy kellemetlenségeket okozó esetekben a belgyógyászati therapia nem vezet sikerhez, úgy tekintve a fenyegető rákveszélyt, sebészileg kell beavatkozni, kiterjedt resectio formájában. Gyomor- és vékonybél fekélyeknél is mindig kiterjedt resectiót kell végeznünk, nehogy visszamaradt, gyulladt nyálkahártyaterületek ismét fekélyhez vezessenek.

Marx József dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A hypophysis elülső lebenyének viszonya a méhrákhoz. *Hofbauer.* (Klin. Woch. 1930. 45. sz.)

A hypophysis elülső lebenye és bizonyos subthalamiás centrumok a genitaltraktusnak trophikus és vegetativ szempontokból fölébe helyezett szervei; a petefészek és a hypophysis kölcsönösen stimuláló befolyással vannak egymásra. Kísérletek végeztettek az irányban, hogy intraperitonealis és intramuscularis hypophysisadagolás a cervix hámjára milyen befolyást gyakorol. Ezen állatkísérletek azt mutatták, hogy a cervix hámborítékán bizonyos proliferativ jelenségek mutatkoznak. A legkifejezettebb jelenségeket a portio hámja mutatta, ahol a hámburjánzás mélyebbre is beterjedt, míg a hüvely nyálkahártyáján az elváltozások inkább regressivek voltak. Az említett burjánzást leukoplakia elnevezéssel jelöli és ezt praecancerosus jelenségnek tartja. A petefészkek és a lép eltávolítása siettették a hámnak a mélybe való burjánzását. Ilyen, izgató eljárások nélkül kiváltott burjánzás és a hámnak környezetbe való benyomulása a mindezideig ismeretlen volt és mivel ilyen hámburjánzás kizárólag a genitalis traktuson volt észlelhető. ez utóbbinak. a hypophysis elülső lebeny hormonjának stimuláló befolyásával szemben különleges helyet kell biztosítani. Fejlődéstanilag is külön áll ez a hám, amennyiben mesodermalis eredetü. A cervixcarcinoma sugaras kezelésében ezek alapján, a hypophysis besugárzásának jelentősége mindinkább előtérbe kerül.

Liebmann dr.

Genitalis vérzések kezelése különös tekintettel a polygonormra. *Walter Funke.* (M. M. W. 24. sz. 1931.)

A szerző megállapitja, hogy a polygonorm nemcsak a genitalis eredetü vérzések csillapításánál vált be, hanem extragenitális vérzések szüntetésére is esetlegesen alkalmazható. Gyuladásos vérzéseknél az eredmény nem volt szembeszökő, az uterusrostok contractioja folytán a részleges csillapodás mégis mindig bekövetkezett. Hypoplasias nemi szerveknél az uterus izomzat hiányos összehúzódását a polygonorm kompenzálni képes. Dysmenorrhoeák, gyermekágyi vérzések és klimekterikus vérzéseken kívül a polygonorm alkalmazásának úgy látszik nagyobb tere is lesz majd még.

Ács Miklós dr.

A női húgycső diathermiás kezelése. *Albert Stein.* (M. M. W. 15. sz. 1931.)

A női húgycső diathermiás kezelését mindezideig alkalmas elektrod hiánya késleltette. Egy esete kapcsán (évek óta fennálló neuralgia, a húgycső görcsös állapotai) kísérletezett először a Siemens—Reiniger—Veifa cég által készitett elektroddal. Ez az elektrod 15 cm. hosszú, 7 mm. átmérőjü. Kezelésnél az inaktiv elektrod az abdomenre kerül, az az aktiv elektrod az urethrába és a beteg szétterpesztett combjai között homokzsákokkal, vagy más módon rögzitendő. Az áramerősség 0.3—0.5 Amp. legyen. A kezelést a betegek jól türik. A nyálkahártya megégetésétől óvakodjunk! Az urethra különböző bántalmai között valószínüleg a gonorrhoeának is szerep jut a diathermiás kezelés alkalmazásában. *Ács Miklós* dr.

Szemészet.

Különböző illó olajok hatása a szem kórokozó csiráira. *H. Gasteiger* és *W. Hauptmann,* Innsbruck. (Arch für Augenheilk 104. köt. 1931. aug.)

Az újabb szemészi irodalomban gyakaran ajánlják illó olajok használatát különböző szembetegségeknél, igy különösen a télizöld olajat szaruhártyahegek feltisztitására, valamint ulcus serpensnél, továbbá a chaulmoogra olajat trachománál. *Collier* és *Nitta* a Koch Róbert intézetben vizsgálták az illó olajok bactericid hatását strepto-, staphylo-, gonococcusra és b. colira s azt találták, hogy a hatásuk nem egyforma. In vitro különösen hatásos a lemongra, ceyloni fahéj és kassia olaj, valamint a mustár, majoranna, guajak és keserü mandola olaj is, azonban a fehér egér peritoneumában mind hatástalan. Szerzők a ceyloni fahéj, kassia, télizöld, szegfü, thymian, lemongra, komló, chaulmoogra, terpentin és santal olaj hatását vizsgálták staphylococcus aureus (furunculus gennyből), dyphtheria bacillus (garatból), bac. subtilis (endophtalmitis), bac. Morax—Axenfeld (conj. chron.), b. pyocyaneus (ulcus corneae), pneumococcus (könnytömlőből) s néhány olajét gonococcusra is (cervix váladék). Vizsgálataik szerint (98 kisérlet 1400 táptalajjal) különböző olajok már aránylag nagy hígitásban is bactericid hatást fejtenek ki a kórokozó csirákra. A leghatásosabbak a ceyloni fahéj és a kassia olaj, amelyek a télizöld olajat in vitro hatásban túlszárnyalják. A leggyengébb hatásúak a terpentin, komló és chaulmoogra olaj. Utóbbinak alig van említésre méltó bactericid hatása A kórokozók közül a legellenállóbbnak a b. pyocyaneus, a legérzékenyebbnek a gonococcus és a b. Morax-Axenfeld bizonyult, amelyeket az összes olajok már nagy hígitásban is elpusztítottak.

Bendenritter Ferenc dr.

Gyógyeljárások és gyógyeredmények a szemtuberculosisánál. *Ed. Werdenberg,* Davos. (Klin. mon. f. Augenheilk. 1931. jul.)

A szerző a davosi szemészeti szanatórium nagyszámú szemtuberculosis anyagán tett tapasztalatairól számol be. 366 beteg 600 szeméről készitett statistikát. A davosi klinikán a szem tuberculósisánál négy gyógymódot alkalmaznak: 1. klimaticus, constitucios gyógymód, 2. specifikus therapia, 3. röntgen. 4. subconjunctivalis konyhasó, konyhasó-hetol injectiok. Magában véve egyik sem panacea. Mint fontos főgyógyító factor a systematikusan kihasznált, magaslati klimaticus kezelés jön elsősorban tekintetbe, mely a tüdőbeli tuberculoticus folyamatot képes áthangolni gyógyuló ten-

denciájú folyamattá s alkalmassá teszi a szervezetet más gyógymódok bevezetésére. A többi gyógymódok alkalmazásának indicatiójánál szigorúan individualizálni kell. A specifikus therapiánál szemelőtt kell tartani, hogy ennek célja a szervezet méregtelenítése s nem megmérgezése. Ezért a legenyhébb, kis toxintartalmú Rosenbach-féle sensibilizált bacillusemulsiót ajánlja intracután alkalmazni. Az alt-tuberculint, Ponndorf-féle tuberculint, tebeprotint, mint erős toxin tartalmú tuberculin készítményeket nem ajánlja. A tuberculin kúra alkalmazása kizárólag a productiv természetű folyamatoknál indokolt, míg az exudativ, incompensált (Ranke II.) typusnál contraindikált. Ugyanilyen indicatios területen mozog a röntgenbesugárzás és a konyhasóinjectiók alkalmazása. Egy évben csak hat ízben végez röntgenbesugárzást, kezdve 5% H. E. D.-nál. Maximalis dosis 20% H. E. D. Ily kombinált nem sematizáló kezeléssel az esetek 60%-ánál teljes gyógyulást, 32%-ánál erős javulást látott. Az intrathoracalis folyamatok szintén ily százalékban gyógyultak.

Fodor Géza dr.

Gyermekorvostan.

Az encephalitis kezelése reconvalescens savóval és aetiologiája. *J. Brock.* (Klin. Wochenschr. 1931. 34. sz.)

Heveny encephalitis epidemica két esetében — 10 éves fiúnál és 13 éves leánynál — a göttingai encephalitis rec. savót alkalmazta intramuskulárisan, 70. illetve 80 cm^3-nyi mennyiségben. Mindkét esetben a tünetek rövidesen javultak. néhány hét alatt gyógyulás állott be és 6, illetve 11 hónappal az oltás után a gyermekek egészségeseknek látszottak. A kezelést feltétlenül alkalmazandónak tartja, de tapasztalatai szerint csak encephalitis epidemicanál hatásos, egyéb eredetü encephalitiseknél és „asepticus agyhártyaloboknál" hatástalan. Ez az utóbbi körülmény is ellene szól *Knauer* és *Jaensch, Epstein* és mások azon felvételének, hogy az encephalitis epidemica és az „asepticus meningitisek" aetiologiája azonos.

König dr.

Gyermekek acetonaemiás hányásáról. *Heymann* (Klin. Wschr. 1697. o. 1931.)

Részletesen ismerteti a 3—12 év közötti gyermekeknél és pedig inkább leányoknál fellépő. csillapíthatatlannak tünő és acetonkiválasztással járó ijesztő kórképet, mely nem egyszer halállal is végződhet. A neuropathiások időnként visszatérő hányásával szemben (melynél az acidosis iránti hajlam ugyancsak kifejezett lehet) az elkülönítő kórismézésben nagy jelentőséget tulajdonít annak, hogy acetonaemiás hányásban szenvedő gyermekeknél a rohammentes időszakban szénhydratmentes táplálással rohamot lehet előidézni. A betegség pathogenesisében a neuropathiás alkat mellett a máj intermediaer anyagcseréjében beállott zavaroknak is szerepet tulajdonít. A gyógyszeres kezelés luminal adagolásban (nagy dosisok: 0.1—0.2 gr. luminal-natrium intramusc., szükség esetén 6 órai időközökben is), esetleg atropinnal kombinálva. áll. Minden lehető eszközzel igyekezni kell a szervezetbe szénhydratokat bevinni: oralisan és rectálisan adható erősen cukrozott tíró, gyümölcslevek, 15%-os cukoroldat, a suggestiv hatás kedvéért esetleg szondán át. Súlyosabb esetekben hypertoniás cukoroldat intravénás csepp-infusiója alkalmazható kitünő eredménnyel.

Lenárt György dr.

Urologia.

A vese arteriographiája. *Legueu, Fey, Truchot.*

A módszert *Dos Santos* ajánlotta. *Lamas* és *Caldas* 1929-ben számoltak be első eredményeikről, a francia urologiai társaságban *Chevassu* ismertette egyik felvételüket.

Egy éve annak, hogy *Dos Santos* a Necker kórházban bemutatta az eljárást és a már előzetesen végzett több mint 100 esetével meggyőzte a szerzőket a módszer veszélytelenségéről. A demonstrált felvételek az ő segítségével készültek.

A szerzők nem ragaszkodnak *Don Santos* technikájához. A befecskendést altatásban hajtották végre, melyet a splanchnicus-anaesthesiánál alkalmasabbnak tartanak.

A befecskendezett folyadék: ⅔ rész abrodil tömény oldata (85 a százra) és ⅓ natr. jodid (100 a százra). Az aorta és ágainak megtöltésére cca. 10—15 ccm. folyadék befecskendésére van szükség és a befecskendés közben kell pillanatfelvételt végezni. Tehát kb. 20 ccm. körül fogy el a folyadékból, mely másodpercenként 5 ccm. mennyiségben ürül ki a fecskendőből.

Az aortába jobb oldalt ugyanolyan módon szúrnak be, mint ahogy a bal oldalon a splanchnicus-anaesthesiát szokták végezni. Egyedül arra kell ügyelni, hogy a szúrást erősen ferdén, előre befelé és *felfelé* vezessük, hogy az aortának a diaphragma szárai által fixált részébe kerüljünk. *Dos Santos* már több mint 200 arteriographiát végzett minden kellemetlen következmény nélkül. A szerzők szerint a beavatkozás nem teljesen ártatlan, néhány esetükben jodismust, könnyü veseirritatiót, oedemákkal járó átmeneti uraemiás állapotot észleltek, melyek bár gyorsan gyógyultak, vigyázatra intenek. Az elért eredmények feltétlen figyelmet érdemelnek, a módszer még gyermekkorát éli és nem lehet még eredményeiről biztos képet alkotni. Annyi azonban bizonyos, hogy ismét egy új eljárást találtak, mely a régiek sikertelensige esetén segítséget nyújthat.

A szerzők például: 1. nem katheterezhető vesetbc.-t, 2, korai tumort hoznak fel, melyek az edények rajzának kieséből felismerhetők. Az eljárás indicatióit nem állíthatják fel, de úgy mondhatni, hogy kivételes nehéz esetekben kerülhet sor az alkalmazására, amikor komoly jelentőségü vizsgálómódszer lehet.

Melly dr.

KÖNYVISMERTETÉS

A nemi betegségek kérdése Budapesten. Irták: *Doros Gábor* dr. és *Melly József* dr., egyetemi magántanárok. (Budapest Székesfőváros Statisztikai Hivatala. 2 kötet. ára 10 P.)

E két hatalmas kötet megjelenése a magyar könyvpiacon belső értékén kívül már kifogástalan kiállítása folytán is, kellemes meglepetést okozott, ami elsősorban a kitünő papiranyagban, továbbá a finom és gondos nyomásban nyert kifejezést.

A szerzők a nemi betegségek tárgykörének nagy complexumából 16 fejezetet ragadtak ki és dolgoztak fel, amelyek tulajdonképen ennek az anyagnak legaktualisabb és legfontosabb részei. Különös méltánylást érdemel az a körülmény, hogy a szerzők e kérdések feltárásában, analysálásában, továbbá megvitatásában rendkívül nagy súlyt helyeztek arra. hogy adataik, elgondolásaik, célkitüzéseik stb. a való életre támaszkodjanak, amit annál inkább megtehettek. mert mindkét szerző e tárgykörben nemcsak elméletileg, hanem gyakorlatilag is több mint egy évtizedes, rendszeres és széles alapokon nyugvó munkásságot fejtett ki.

Megbízójuk, Budapest Székesfőváros Statisztikai Hivatala, elsősorban a *Fővárosnak* a nemi betegségekre vonatkozó viszonyait kívánta feldolgoztatni, e munka azonban a *Vidék* ilyen irányú kérdéseivel is behatóan foglalkozik, ami tulajdonképen másképen el sem képzelhető, miután a Főváros és Vidék nemibeteg kérdései. problémái egymással szorosan összefüggenek s egymástól semmiesetre sem választhatók szét.

E munkának rendkívül nagy előnye és erőssége az, hogy orvostudományos beállítása ellenére is nemcsak szakemberek számára jelent teljesen új hajtásokat e tárgykörben, hanem statisztikusok, közigazgatási tisztviselők, bírók, stb. is a jövőben e munkára támaszkodhatnak, sőt erre lesznek utalva, mert ez *Nékám Lajos*nak 1918-ban megjelent *„A nemibajok leküzdésének irányítása"* c. kitünő munkáján kívül, — amelynek azonban más az iránya és beállítása. de szintén rendkívül sok statisztikai adatot tartalmaz — a maga nemében nemcsak hézagpótló, hanem teljesen eredeti és önáló alkotás e téren, még európai vonatkozásokban is.

Helyszüke miatt e helyen a feldolgozott XVI. fejezet témáinak kritikai tárgyalásában nem bocsátkozhatom, még a szerzők fontosabb és figyelemre méltó célkitüzéseit sem ismertethetem, legfeljebb nagy vonásokban tudom ennek a munkának egészségügyi, elsősorban azonban fajegészségügyi értékét kiemelni. Statisztikai adataiból pl. megdöbbentően tükröződik vissza a veneriás betegségnek ártalmas befolyása a magyar népesedésre. E statisztikai adatok különösen tanúskodnak amellett, hogy a hazánkban kifejtett küzdelmek és elért eredmények korántsem kielégítők, főleg ezeket szembe állítva a nyugati országok teljesítményeivel, ahol a veneriás betegségek elleni küzdelem már régibb keletü s kétségkívül többet is tudnak áldozni e mozgalomra.

Ennek a legkülönbözőbb kérdéseket átfogó és tárgyilagosan megvilágító munkának nagy értékét és kimagasló voltát elsősorban abban látom, hogy hatalmas erkölcsi nyomást gyakorol nemcsak az illetékes hatalmi közegekre. hanem magára a társadalomra is, mert e munka a nemibetegségek kérdéseiben és problémáiban olyan adatokat szolgáltat, amelyek tárgyilagosan feltárják a mai helyzetet, ezenkívül meg is mutatják azt az utat, amelyet a fajegészségügy terén a jövőben követni kell, mert nagyon jól tudjuk, hogy régebben, főleg a világháború előtti időkben, az erre illetékes s döntő elhatározással bíró szakközegek, nem kevésbbé maga a társadalom a nemi betegségek kérdését meg nem változtatható, sőt még be sem folyásolható közönnyel nézték s csak a világ-

háború utolsó éveiben. főleg azonban ennek lezajlása után történt e téren dicséretes haladás. A prostitutióról írt fejezetek különös figyelmet érdemelnek, különösen életrevalók e fejezetben ennek leküzdését tárgyaló törekvések és célkitüzések.

Végül nagy örömömre szolgál ezenkívül, hogy ezen kitünő munka írói az Országos K. E. Antiveneriás Bizottságának tagjai sorából került ki s ezzel ez a tudományos egyesület fényes tanújelét adta annak, hogy ennek a teljesen önzetlenül dolgozó bizottságnak egyes tagjai, mily hatalmas erőfeszítésekre és teljesítményekre képesek. Ez a munka a magyar gondolatnak, tudásnak és akaratnak legfényesebb bizonyítéka, amely megérdemli, hogy nemcsak a szakkörökben, hanem a társadalom minden müvelt rétegeiben is igen meleg fogadtatásra találjon.

Neuber Ede prof.

A Szt. Margit közkórház szülészeti és nőgyógyászati osztályának közleménye.

Szülészet nőgyógyászat nélkül és viszont.

Irta: *Bud György* dr., közkórházi főorvos.

A nőgyógyászat és szülészet összetartozásának kérdésével foglalkozni időszerűnek látszik, mert az összetartozás elvének elismerése ellenére maga az élet választja szét e kettőt és mert elképzelhető, hogy jogszokássá váljék az, miszerint egymásután létesüljenek osztályok, amelyeken csak szülészettel vagy akár csak nőgyógyászattal foglalkoznak. Gyakorlatilag igen jelentős kérdéssel állunk szemben. A szülészet és nőgyógyászat közös fejlődésének, egymásra való hatásának történetét érinteni fogom, tárgyalásom alapjává szerény tapasztalataimat teszem.

A nőgyógyászat és szülészet összetartozásának kifejezője az a tény, hogy a magyar orvostudomány legmagasabb forumai, az egyetemi klinikák a hallgatóság ezirányú gyakorlati és elméleti kiképzését természetszerűleg együttesen végzik. Ennek oka az a felfogás, hogy a szülészet és nőgyógyászat anatomiai és functionalis basisa annyira közös, hogy külön-külön alapos elméleti és gyakorlati ismereteket szerezni nem lehet, a két tárgyat külön-külön alaposan oktathatni is kizártnak látszik. A gyakorlat zászlóvivői a klinikák után, sőt beteglétszámuk tekintetében azokat nagyon megelőzve, a kórházak egyes osztályai. A közkórházak építése előbb-utóbb megindul és mert lehet, hogy nem szakembereket a közkórházakon kívül létesített egyes intézmények — itten a különben áldásos szülőotthonokra gondolok — arra indíthatják, hogy maguk is hasonlókat létesítsenek, felvetett kérdésem időszerűségét csak fokozza.

Ha ezek után annak okait keressük, hogy miért létesülhetnek nálunk is tisztán szülészeti és tisztán nőbeteg osztályok, úgy ezeket négy csoportra oszthatjuk: 1. gazdasági okok, 2. a szülészetről és nőgyógyászatról alkotott téves fogalmak, 3. a szülészet jogos, de mindenesetre túlzott előtérbehelyezése, 4. a külföldi példák.

Ha az első csoportot nézzük, úgy azt kell mondanunk, hogy a gazdasági erők kényszerítő hatása alatt szükségintézmények létesülhetnek, amelyek pl. a kórházba törekvő szülőnőknek juttatnak elsősorban elhelyezkedési lehetőséget. Ez az átmeneti jelleg még elfogadható volna. Akkor azonban, amidőn új intézmények keletkeznek hasonló jelleggel, a szokás gyakorlattá lesz, amely ellen már nincsen fellebbezés.

Ami az okok második csoportját illeti, legyen szabad megjegyeznem, miszerint nemcsak laikusok, de nem szakorvosok is bizonyos mértékben tévesen ítélik meg a szülészetet és nőgyógyászatot. Sine ira et studio mondom ezt, hiszen magam is sajnálattal érzem, mennyire nehéz határozott képet alkotnom pl. a fülészetről. Igy érthető azután, hogy a szülészet a fogó, fordítás, esetleg daraboló műtét továbbá a császármetszés mint legnagyobb szülészeti beavatkozás képében jelenik meg, de mely utóbbit azonban — még a klinika is úgy tanítja — minden orvos el kell tudjon végezni. Hogy minő fáradságos dolog a szülészetben annyira fontos várakozás és milyen fáradságos út vezet addig, míg beavatkozásra szánjuk magunkat, az eléggé ismert. Azt már azonban csak szakemberek tudhatják, hogy a külső és belső vizsgálatoknak milyen nehéz, kritikai mérlegelése vezeti a szülészt elhatározásához és hogy az az egyéni képességek és szülészeti ismeretek mellett az a számtalan impressio, amely az általános orvosi, de elsősorban nőgyógyászati külső és belső vizsgálati eredményekből, technikai készségből adódik, mind visszatükrözik a szülésznek sajátos tevékenységében. Téves megítélések alapján születnek meg a „jó szülész és a kitűnő nőgyógyász" egymástól függetlenített, szakemberek előtt azonban nem létező alakjai. Másrészt a nőgyógyászat a fluorkezelés és az adnexitisek nehéz gyógyításának útvesztőjében átsiklik a mindenki által könnyedén, mert amúgy is kevés eredménnyel gyakorolható foglalkozások közzé. Az ma már egészen kialakulóban lévő felfogás, hogy a nőgyógyászati műtétek nem annyira szak, mint inkább technikai kérdések, amelyek az általános sebészet keretein belül elintézhetők. Hosszú évtizedek, tekintélyes orvosgeneratiok munkája, amely a szülészet és nőgyógyászat elválaszthatatlanul közös művelésében merült ki, és oly jó hatást gyakorolt a testvértudományokra is, máról holnapra értékét veszteni látszik.

A harmadik csoportba azon okok tartoznak, amelyek a szülészetnek jogos, de mindenesetre túlzott előtérbehelyezéséből származnak.

Népesedéspolitikai, nemzeti, eugenetikai és gazdasági okok mind erőteljesebben követelik a szülészeti ügyek rendezését, amelynek basisa kétségtelenül a jól berendezett szülőintézet. De a modern gyakorlati és elméleti törekvések is megnyílatkoznak ennek szükségessége mellett. A terhességgel és szüléssel kapcsolatos számos nehezen kezelhető megbetegedés megelőzésének, a prophylaxisnak gondolata nyilvánul meg terhesek rendszeres ellenőrzésében. Azon egyelőre elméleti törekvések, amelyek a terhességi élettan és patologia sok homályos kérdésének tisztázását célozzák, csak fokozottan emelik a szülészet jelentőségét. Szerény véleményem szerint is ezek nem csak a szülészeti problémákban, hanem általánosan orvosiakban is mint pl. a növekedés biologiai vagy a daganatok patologiai kérdésében is döntő szerepet fognak játszani. Az előbb elmondottak azonban nem jelenthetik azt, hogy a szülések immár csak szülőosztályon folyhatnak le. *A házi szülészet jogosságát és megfelelő szakszerű ellenőrzés mellett az intézeti szülészettel teljesen egyenértékű voltát nemcsak elismerjük, de hangsúlyoznunk is kell!* A szülészti osztályok elsősorban a kóros, házi szülészet keretében el nem intézhető eseteknek elhelyezésére valók. Természetesen ez csupán elvi álláspont, amely nem jelentheti azt, hogy a szülőnők felvételét korlátozzuk. Sokkal komplikáltabb kérdés ez, semhogy ilyen könnyedén elintézhető volna. Mégis annak ellenére, hogy a társadalmi viszonyok mind nagyobb tömegben kényszerítik a vajudókat szülőintézetek felkeresésére, szakember álláspontja csak az lehet, hogy a szülőosztályok nem férőhelyek a vajúdók számára, hanem gyógyító intézmények, ahol a vajúdók sorsa elsősorban attól függ, milyen képzett szakemberre bízták magukat.

A negyedik csoportba tartozó és legalább a mi körülményeink között legkevésbbé jelentős okok a külföldi példák. Közismert, hogy míg Németországban a szülészet és nőgyógyászat klinikán épúgy, mint kórházban együttesen van, — addig Amerikában, Angliában és Franciaországban teljesen különválasztott. *Stoeckel* assistense *Philipp* a múlt évben számolt be a berlini gynekologiai társaság-

ban azokról a törekvésekről, amelyek Amerikában a szülészet és nőgyógyászat egyesítését célozzák. Legyen szabad idéznem őt: „Die Auffassung von der Einheit der Geburtshilfe und Gynekologie ist lebhaft zu begrüssen". Hogy a fentjelzett államokban a szétválasztás napjainkig megmaradhatott, annak oka elsősorban az, hogy már a 18. század nagy haladást mutat a szülészeti vizsgálódások módszereiben; pedig ez a szülészeti képzettség volt az alapja a gynekologiai vizsgálatok fejlődésének. A szülészeti ismeretek vezették rá lassankint *Buscht, Duncant,* de különösen *Schulzet* és *Simset* a bimanualis gynekologiai vizsgálatra, amely ma is a legfontosabb vizsgáló módszerünk, *Sims, Simon, Hegar, Spencer—Wells* már az eseptikus idők előtt kitűnő technikával eredményes műtéteket végeztek és ha igaz is, hogy *Diffenbach, Billroth* és *Czerny* sebészek az operativ gynekologiai technikát nagy mértékben előre vitték, mégis a lassankint specializálódó gynekologusoknak is sokat köszön a sebészet. Megint csak a német gyakorlati gondolkodásnak kitűnő példája, hogy összekapcsolja azt a szülészetet és nőgyógyászatot, amely szülészeti vizsgálatokból és észleletekből alakult ki a gynekologia és amely gynekologia gyakorlata és elmélete oly sok előnnyel járt a szülészet fejlődésére. *Hegar*, aki nek neve örökre ismert marad a szülészetben, mint a nőgyógyászatban — mint *Tauffer Hegarról* írt megemlékezésében mondja — *Semelweiss* tanait nemcsak a szülészetben, de a gynekologiában is kitűnő eredménnyel alkalmazta. Nem lehet a véletlen dolga, hogy ez a kitűnő szülész, nagyszerű nőgyógyász-diagnoszta és fistulaműtő is volt egy személyben. A két *Hegar* személyében is egyesített foglalkozás egymást kiegészítve lett a német és *Tauffer* személyén át a magyar nőgyógyászat és szülészet modern fejlődésének alapja.

Tekintsünk el azonban a szülészet és nőgyógyászat közös fejlődésének történetétől, a külföldi és hazai példáktól, tekintélyektől és kíséreljük meg önállóan vizsgálni a kérdést. Mivel a gyakorlat áll érdeklődésünk homlokterében, a gyakorlatot mindenesetre nagy mértékben szolgáló elméletet csak futólag érintsük és kérdezzük, vajjon az ovulatio és menstruatio közötti finomabb kapcsolat, a belső secretios vonatkozások és kölcsönhatások, a constitutio jelentősége, a terhességi élettan és patologia számtalan fel nem fedett és így az elméletbe nyúló kérdésében elképzelhető-e, hogy a szülészet és nőgyógyászat külön utakon járjon?

Jól tudjuk, hogy az elméleti és gyakorlati foglalkozásúak egyaránt meggyőződéssel vallják, miszerint minden eset más és más, minden eset tanulsága hatását érezteti más esetek kritikai értékelésében. A gyakorlati szülészet sem nélkülözheti azon értékeket, amelyek különböző korban és különböző egyének nőgyógyászati vizsgálatainak anatomiai és functionalis ismeretében rejlenek. Másrészt a genitáliák terhesség okozta változata, a méh nagyszerű működése a szülés alatt és ennek külső, belső vizsgálati ellenőrzése sem értéktelen a nőgyógyászati kórismézés és kezelés szempontjából. Hányszor állíttatunk a terhesség és nőgyógyászati szövődmény nehéz kérdésének megoldása elé? És ha tudjuk is, hogy a terhesség és szülés sajátos változásai magukban álló új ismereteket, sőt tovább megyek egyéni szülészeti képességeket tételeznek fel, mégis ki tagadhatná, hogy alig van nőgyógyászati megbetegedés, amely a terhesség alatt elő ne fordulna? És, ha a hüvelyi műtéti kezeléseknek kellő indicatioval és kellő technikával elért csodálatos eredményeit és nélkülözhetetlenségét tekintjük, felmerül a kérdés, vajjon miért nem tartoznak ezek is az általános sebészet körébe? Azért nem, mert az eredményes szülészeti és nőgyógyászati hüvelyi megoldások — meggyőződésem szerint — a szülészeti és nőgyógyászati vizsgálatok és beavatkozások állandó, egymást kiegészítő gyakorlásából adódnak. Másszóval pl. a nőgyógyászati hüvelyi teljes kiírtással szerzett tapasztalatok hatásukat éreztetik a szülészetben alkalmazott legkülönbözőbb sebészi és typusosan szülészi hüvelyi megoldások minőségében.

Ha csupán a szülészetet tekintjük, úgy azt kell mondanunk, hogy ha a szülészet tisztán koponyafekvésűmagzatok, jó fájások és normális térviszonyok melletti, normális lefolyású szülések vezetéséből állana, úgy az orvosok szülészeti kiképzésének jelentősége kevés volna. A rendes lefolyású szülések túlnyomó többsége ma is jól képzett bábák vezetése mellett zavartalanul folyik. Az orvos azonban a terhesség ellenőrzése alatt is fontos szerephez jut, a szülés alatt pedig annak rendellenessége esetén szerephez juttatják. A redellenességek egy része házi szülészet keretében elintézhető, másrésze feltétlenül intézeti kezelést igényel. A házi és az intézeti szülészet eredményei mindenek előtt az orvos gyakorlati képzettségétől függnek. *Stoeckel* a múlt évben a Deutsche Mediz. Wochenschriftben cikket közöl: „Mindestforderungen für die Einrichtungen von Entbindungsstationen" és azt mondja: „die zunehmende Notwendigkeit der Anstaltsentbindungen ist vor allem begründet durch die chirurgische Richtung, die die operative Geburtshilfe bekommen hat. *Természetesen nem a szertelen operálgatás a cél, hanem az, hogy helyes indicatioval, kellő időben, megfelelő technikával meríttsük azon előnyöket, amelyeket a szülészetben a józan sebészi irányzat nyujt.*

A gyakorló orvos nőgyógyászati ismereteinek szembeszökő jelentősége pl. az, ha terhesség mellett a rákot korán felismeri, hagy ha a szülés alatt beszorult myomagócot kórismézi stb. *Az intézetet vezető orvos pedig ezeket az eseteket a nőgyógyászatban szerzett tapasztalatok alapján fogja sikeresen megoldani. A gyakorlai készség egyik alapja a folytonos gyakorlás. A gyakorlás lehetőségének korlátozása pedig korra és elméleti képzettségre való tekintet nélkül a gyógyítás minőségét hátrányosn befolyásolja.*

Ezek után szerény tapasztalataim rövid ismertetése szolgáljon legerősebb támaszául a jövőben is változatlanul vallott felfogásomnak, hogy a szülészet és nőgyógyászat egymást harmonikusan egészítik ki.

A Szent Margit közkórház osztályának vezetését 1929. végén vettem át. Az azóta eltelt, részben tatarozásra fordított csonka évben 600 körül járt szüléseim száma. Ismételten hangsúlyozni szeretném, miszerint a szülészet nagyrészt olyan ismereteket és képességeket tételez fel, amelyek a nőgyágyászati ismeretek keretén kívül esnek. Ez a tétel különösen a szülés sajátos észlelésére, a várakozni és kellő időben beavatkozni tudásra vonatkozik. Vannak azonban esetek, amelyek a sablonos szülészeti ismereteken és tapasztalatokon felül olyan képességeket igényelnek, amelyek a tiszta szülészet keretein belül el nem sajátíthatók, de amelyeket elsajátítva épen mert nem gyakorolhatjuk, csakhamar elveszítjük. Eredményeinket ezek az esetek lényegesen befolyásolják. Talán azokat, akik a kisebb szülőintézetek keretében gyakorolt nőgyógyászatot mégis feleslegesnek fogják tartani, ellenkező véleményre fogja bírni az a körülmény, hogy működésemnek egészen elején, amikor a szülések százát sem számoltam, súlyos problémák elé állíttattam, amelyeknek megoldása messze meghaladja a sablonos szülészeti ismereteket.

Egy 20 ágyas szülőosztály évi forgalma 500—600 szülés lehet. Az alábbi táblázat épen 600 szülésre eső szövődményes eseteket és azok megoldásait ismerteti. A kevésbé komplikált szülészeti esetek sima megoldását feltételezve, épen az ezekhez hasonló esetek sikeres kórismézése és kezelése fogja a szülészeti osztály értelmét és értékét kiemelni, de sikertelensége épen olyan súllyal annak létjogosultságát kétségbe vonni.

Szülések száma: 600. Szövődményes esetek: 8.

Sorszám	Diagnosis	Műtét	Megjegyzés
1.	Portiocarciuoma + grav. IX.	Méhamputatio magzattal Wertheim	Egészséges gyermekével távozott
2.	Kismedencébe szorult nyomógóc + grav. IX.	Sectio caes. transp. cerv. + myomaenuelcatio	Egészséges gyermekével távozott
3.	Subserosus nyomógóc + grav. III.	Myomaenuelcatio	Egészségesen távozott
4.	Pyelitis, cholecystitis febris, dislocalt méh + grav. IX.	Sectio caes. vag.	Egészséges gyermekével távozott
5.	Grav. extraut. l. s. mens. VII.	Amputatio uteri adrexektomia l. s. Tóth drainage	Egészségesen távozott
6.	Torsios ov. cysta + lues + grav. V.	Cystektomia	Gyógyultan távozott (Antilueses kúra!)
7.	Donylasba lenött tumor + grav. V.	—	Műtétre vár
8.	Ujjal perforált méh a gyermekágyban + anaemia mgr.	Amputatio uteri + Tóth drainage	Egészségesen távozott

1. Portiorák és kiviselt terhesség megoldása erősen kivérzett, emellett tbc-s vajúdón, nagyobb vérvesztés elkerülése céljából a méhnek magzattal együtt történt amputatioja révén (utána a csonk kiírtása *Wertheim* szerint olyan technikai készséget tételezett fel, amelyet a tiszta szülészet keretében gyakorolni nem, de elfelejteni egészen biztosan lehet. Az asszony állapotának, a hasmetszések alkalmával való vérvesztések jelentőségének értékelése, nemcsak a szülészetből, de a nőgyógyászati hasonló tapasztalataiból is adódott.

2. A medencébe szorult myomagóc felismerése, a terhesség továbbviseltetése életképes magzat érdekében, a konzervativ műtéti megoldás a myomagóc enucleálásával sectio caesarea kapcsán beszédes bizonyítéka a szülészeti és nőgyógyászati ismeretek összefüggésének.

3. Az előbbi esethez hasonló volt terhesség és subserosus myomagóc szövődménye a myomagóc műtéti kezelésével.

4. Ezekkel ellentétben épen az elhúzódó hasműtétekkel járó narkosis és sock hatás veszélye késztetett, hogy a mindenképen műtéti megoldást igénylő cholecystitis, pyelitis, kihordott terhesség és szűkebb medence, ferde fekvés esetében, még a magzat életének veszélyeztetése árán is a sectio caesarea vaginalishoz folyamodjunk sikerrel. Ebben az esetben az általános orvosi ismereteken kívül épen a szövődményes nőgyógyászati hasmetszések veszélyei késztettek az egyedül helyes hüvelyi megoldásra.

5. Orvosa, szülőosztályomra szállíttatja a vajudót harántfekvés diagnosissal. A VII. hónapos méhenkívüli terhességet azonnal felismerve, igen súlyos műtét révén, a hüvely felé Tóth-drainage-t alkalmazva, az aszony életét megmentettük. (A magzat 3 napot élt.) Ki tagadná, hogy a kórismézésben és a súlyos műtét sikeres elvégzésében a nőgyógyászatban szerzett gyakorlati ismeretek döntő szerepet játszottak.

6. Súlyos lues mellett kocsánycsavarodott petefészektömlővel operáltunk egy V. hónapban terhes nőt, aki teljesen felépülve antilueses kúra hatása alatt valószínűleg egészséges magzatot fog szülni.

7. A Douglasban lenőtt cysticus tumorral bíró V. hónapos terhes vár műtéti megoldásra.

Ha az indicatiot mindenre kiterjedő szigorú kritikával állítjuk fel úgy ez a technikai készség mellett csak megerősít elhatározásunkban, hogy vállaljuk azt a rizikót, amely a műtétekkel általában együtt jár. Igy határoztuk el magunkat, hogy miután a gyermekágyban erős vérzés miatt betapintottak és a méhet újjal perforálták, a halódó betegen 800.000 vörös vérsejt mellett, helyi érzéstelenítésben operáljunk és méhamputatio, Tóth drainage révén egy beteget életének megmentsünk. (8. eset.)

Minden szülőinézet vezetőjének, minden pillanatban készen kell lennie arra, hogy akár hüvelyi, akár hasi műtétet végezzen a vajúdó életének megmentése érdekében. Ezért van, hogy a megfontolt és kellő indicatiók mellett végzett műtétek gyakorlása számára épen olyan indokolt, és nélkülözhetetlen, mint pl. a histologusra a mikroskop, amelynek használatában őt korlátozva, alig számíthatna arra, hogy kényes histologiai kérdések eldöntésére méltónak tartsák.

A szülészet és a nőgyógyászat nélkülözhetetlen kölcsönhatását minden szakember egyaránt érzi. Legszembetűnőbb azonban ez az intézeti szülészetben, amely mérsékelt sebészi irányánál fogva nagy sebészi gyakorlatot igényel. Szerény személyem mindenesetre örömmel siet kiegészíteni *Stoeckel* helyes elvét, hogy a szülőintézetek vezetői jól képzett szülészek legyenek. Magam így formuláznám a tételt: jól képzett szülészek és jól képzett nőgyógyászok legyenek a szülészet és nőgyógyászat állandó gyakorlásával.

Nemzetközi neurologiai kongresszus.

Az idegkórtannak, mint önálló orvostudományi ágnak jelentős megnyilvánulása volt az első nemzetközi kongresszus, amelyet *B. Sachs* tanár, newyorki idegorvos, a kongresszus „atyja", az amerikai neurologiai egyesülettel egyetértően három év előtt pendített meg és alapos előkészítés után a folyó évben meg is valósított. Az öt nap közül az első és az utolsó két nap tárgyalási nap volt, míg a közbeeső egy nap a pihenésnek, illetve kirándulásnak (Jungfrau) volt szánva. Augusztus 31-én a berni kaszinó nagy dísztermében történt az ünnepélyes megnyitás. *Motta* köztársasági alelnök francia nyelven, utána *Asher*, a berni egyetem rektora angol nyelven üdvözölte a kongresszust, melynek folyamán a jelenlevő *Pawlow* nagy orosz reflexologust köszöntötte és átnyújtotta a berni egyetem díszdoctori oklevelét *H. Cushing*-nak és *Sherrington*-nak. Ezután *Wegelin* tanár, a berni orvosi kar dékánja német nyelven, végül *Bing* baseli orvostanár olasz nyelven mondtak üdvözlő beszédeket, melyeknek sorát *Sachs* tanárnak, mint a kongressus elnökének angol beszéde fejezte be. Négy délelőttön át az időt a kitűzött négy referatum töltötte ki, míg a délutáni osztályülésekre a tudományos közlések maradtak. Az első referatum *az agydaganatok diagnosztikája és therapiája*, a második *az izomtonus anatomiája, physiologiája és pathologiája*, a harmadik *az idegrendszer acut, nem-genyes infectiója*, a negyedik *a trauma oki jelentősége idegtünetek keletkezésében* volt. Nem szorul kiemelésre, hogy az első referatum folyamán *H. Cushing* beszámolója 2000 szövettanilag is igazolt agydaganatról a tárgyalások csúcspontját jelentette, valamint, hogy bennünket, magyarokat *Sarbó Arthur referatuma az idegrendszer mikrostrukturalis elváltozásairól háborús tapasztalatok alapján* érdekelt különösen és megérdemelt meleg fogadtatásban is részesült. Magyar részről még *Benedek László* debreceni tanár szerepelt egy eredeti, az agydaganatoknak kopogtatási transsonantia útján történő helyi megállapítására vonatkozó hangos film bemutatásával, mely igen nagy érdeklődéssel találkozott és még *Schaffer Károly* szólott *a családi vakságos idiotaságnak* egy aktualis kérdéséről, t. i. e bán-

talomnak a splenohepatomegaliához való viszonyáról nagy figyelem közepette, mely előadáshoz *B. Sachs* és *G. Marinesco* tettek megjegyzéseket. *Schaffer* egyébként egyik osztályülésen elnökölt is. Előadásokat tartottak még *Szondi Lipót* és *Thurzó Jenő Piroth Andrással;* előbbi a neurastheniának konstitutiós alapjáról, utóbbiak a liquornyomásról értekeztek. Végül *Sarbó Arthur* és *Fényes István* hozzászólásairól kell megemlékeznünk; előbbi a rubralis ataxia általa felállított fogalmát fejtette ki kisagyi és homlokagyi syndromákkal kapcsolatosan, utóbbi a fokozott agynyomás röntgenologiai jeleinek diagnostikai jelentőségéről csontszövettani vizsgálatok alapján szólt. Az utolsó nap estéjén egy konferencián tárgyalták a neurologiának az általános orvostudományhoz és az elmekórtanhoz való viszonyát úgy az egyetemeken, mint a kórházi osztályokon; hét referens nagyon különböző értelemben tárgyalta a felvetett kérdést, anélkül, hogy végleges megállapodásra sikerült volna jutni.

A lefolyt kongresszus jelentőségére rávilágít az a körülmény, hogy pl. az agydaganatok tárgykörét a klinikai tünettan, a kórszövettan, a röntgen-, a ventriculo- és enkephalographia és liquordiagnosztika szempontjából, therapiásan a sebészet, az átsugároztatás és az organotherapia segélyével nyert eredmények alapján tárgyalták összesen 27 előadásban, vagyis csupán az első themakörből 27 referatumot tartottak. Vitathatatlan, hogy ez a tárgyalásnak úgy hypertrophiáját, valamint hyperplasiáját jelentette, ami a figyelemnek igen erős koncentratióját kívánta meg. Nagyon valószínű, hogy a jövőben a referatumok eme tárgyalási modorának megváltoztatására szükség lesz.

Rakonitz Jenő dr.

VEGYES HÍREK

Az Orvosi Hetilap terjedelme ismét a régi 36 oldal. Köszönhetjük ezt a magunk agilitásának, mint a magyar szaklapok syndicatusának, s nem kis mértékben a nyomdák és nyomdász szakszervezet együttes fellépésének, kik keresetüket érezték veszélyeztetve e semmi jóra sem vezető rendelet által.

De amily önzetlenséggel küzdöttünk mi még gazdasági érdekeink terhére is olvasóink kulturalis érdekeiért: Hetilapunk sértetlen terjedelméért: — olyan önzetlen támogatást várunk előfizetőinktől az évnegyed elején tartozásaiknak legalább részletekben kiegyenlítése és folyó előfizetési dijaiknak beküldése tekintetében. — Mai számunkhoz e célra cheque-lapot mellékeltünk; kérjük annak hátlapján a beküldött összeg hovaszánásának pontos leírását, hogy könyvelésében hiba ne essék. Ma már ez nem okoz külön bélyegköltséget. — Kiadóhivatalunk készséggel áll rendelkezésére mindenkinek pontos kimutatással tartozásairól.

Aki barátunk, az nemcsak előfizet, de terjesztője is Hetilapunknak, mert az e pártolást nagyon is megérdemli és rá is szorul. Ne hagyjanak cserben hiveink most, e nehéz időkben, melynek megúszását reméljük és hisszük orvostársaink segedelmével.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület október 3-iki ülésének tárgysorozata: 1. Elnöki megnyitó. 2. Bemutatás: *Sebestyén Gyula: a)* Appendicitist utánzó vesetályog mütéti esete. *b)* Gyomorral összekapaszkodó vastagbélrák mütéti esete. — Előadások: 1. *Vándorfy József:* A gyomornyákhártya működéséről gyomorsülyedés eseteiben. 2. *Melly József:* A diabetes mellitus socialis pathologiája.

Az angol társadalombiztosító orvosainak fizetése. Az angol közegészségügyi miniszter a parlamentben a következő adatokat közölte. 1930-ban a biztositottak száma 15.398.000 volt, a gyógykezelő orvosok száma 15.750, akik 7,300.000 font díjazást kaptak (ez az 1930-iki érték szerint kb. 200 millió pengő).

Az angol orvostanhallgató tandíja és szigorlati díja. Nagybrittania orvosi iskoláiban az orvosi tanulmányok költsége nem egyenlő, de minden egyetemen és orvosi iskolában magas. Például *Bristolban* 6 éven át, évente 31—36 font (összesen 215 font), könyvekre 75 font, iktatás 1½ font, vizsgálatok díja 24 font, a fentartás költsége évente 140 font. Összesen 455 font, azaz 12.740 pengő. Évente tehát kb. 2000 pengő. *Edinburgban* 5 év alatt a tandíj 210 font, könyvekre 10—20 font, vizsgadíjak 36½ font, a fentartás heti 2—3 font. *Leeds* egyetemén a tandíj 5½ évre 294 font, könyvek 46 font, iktatás 2 font, vizsgadíjak 19 font, fentartás évente 100 font, azaz a tanulmányi költségek kb. 10.000 pengő, ehhez a fentartás 2800 pengő. *Oxford* és *Cambridge* még drágább.

Olasz statisztika szerint az 1929—30. tanévben a téli semesterre az olasz egyetemeken összesen 9990 orvostanhallgató iratkozott be. Az összes fakultások hallgatóinak létszáma 29.630.

Az Egyesült Államokban hivatalos kimutatás szerint 4.235.753 analphabeta van. Az utolsó évtizedben a számuk kereken 650.000-el csökkent.

Konstantinápolyban szeptember 14-én nyitották meg a német kórházat.

A németországi sörfogyasztás nagy mértékben csökkent. A sörtermelés 1930-ban 10 millió hektoliterrel kevesebb, mint előző években, ami 623 millió márka megtakarítást jelent.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetemen szeptember hó 26-án: *Ajkay Zoltán Miklós József, Ascher Ferenc László, Bálint Géza István, Boros Sándor János,* de *Chátel Andor István, Goreczky László, Göttinger Pál,* felsőmérai *Ostorharics Horváth Klára, Huszák István György, Horváth Sándor Péter, Frenreisz István József Ferenc, Irás Jenő János, Kovács Mária Gizella, Kovács Ferenc, Károlyi István Béla, Martos Katinka, Sugár László, Margitay Becht Dénes László, Pechó Zoltán József, Szabó Gyula János, Szántó Ignác, Szatmári Sándor, Szécsényi Nagy László, Végh Pál Miklós, Vinkler Károly;* a pécsi tudományegyetemen szeptember 23-án: *Baló Lajos, Filesz Károly, Lichtenstädter Manó, Sugár Magda.* Üdvözöljük az új Kartársakat!

A Vas-utcai dr. Pajor Sanatorium új osztályt létesített bel- és sebészeti betegek részére sanatoriumi mintaszerű ellátással, amely osztályon *a napi ápolási díj:* többágyas modern komforttal berendezett tágas teremben *sebészeti betegeknek 7.— P, belbetegeknek 9.— P.* A vegyi- és röntgenlaboratorium, a *mütöterem,* valamint az assistentia díját is leszállította, úgy, hogy ezen árak 50%-ig, sőt azon túlmenően is csökkentek. A sanatorium *különszobáinak árát is mérsékelte* és a beteg maga választja meg az igényeinek megfelelő elhelyezkedést. *Szülőosztályán tiznapi átalányár* van rendszeresítve: *kétágyas szobában 180.— P., egyágyas szobában 220.— P,* mely összegben napi ötszöri étkezés, a szülőszoba díja, valamint a szülésnél és gyermekágyban anya- és csecsemő részére szükséges gyógy- és kötszerek ára bennfoglaltatik. Ezáltal a dr. *Pajor Sanatorium* sok vonatkozásban *olcsóbb, mint a közkórház vagy klinika külön szobája;* ehhez járul még a sanatoriumnak a diagnostikában és therápiában való közismerten tökéletes tudományos felkészültsége és megmarad a beteg szabadorvosválasztás joga, mindezt a beteg modern kényelemmel ellátott elsőrangú gyógyintézetben kapja. Kívánatra részletes felvilágositást nyujt a *dr. Pajor Sanatorium* igazgatósága, Budapest, VIII., Vas-utca 17.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Lapunk mai számához Mihály Ottó gyógyárú nagykereskedés Budapest *Leo—Insulin*-ról szóló prospektusát mellékeltük.

Kétszobás garzonlakás telefon használattal **kiadó.**
Rendelőnek különösen alkalmas. — Erzsébet-körut 44., II. 19.

Keresek megvételre jó állapotban levő ***orvosi laboratoriumi berendezési tárgyakat*** (mikroszkop, thermostat, centrifuga stb.). Ajánlatokat ármegjelöléssel „*Eszközök*" jeligére a Petőfi Irod. Vál. Kertész-u. 16. kérek.

Klinikai, kórházi könyvtárosok figyelmébe! Magas áron vásárlok idegen nyelvű orvosi ***folyóiratokat,*** teljes sorozatait, ***duplikatumokat, egyes köteteket,*** sőt ***egyes füzeteket*** is. — Ajánlatokat „Folyóirat" jeligére „Petőfi" Irodalmi Vállalat, Budapest, VII., Kertész-utca 16 kérek.

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-készitmény. Anaemia, neurasthenia, chlorosis** stb. eseteiben. Kiváló **stomachicum és roborans.** Készíti: **ERÉNYI LÁSZLÓ „Diana" gyógyszertár.** Budapest, VII., Károly-körut 5. Telefon: 415—55.

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

75. évfolyam. 41. szám. Budapest, 1931 október 10.

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:

Artz Lipót: A bőrlymphogranulomatosis klinikai képe. (987—988. oldal.)
v. Dániel Gábor és Schiffbeck Emil: A sajátvérkezelés értéke a tüdőgümőkórnál. (988—994. oldal.)
v. Jancsó István: Válasz v. Dániel Gábor dr. és Schiffbeck Emil dr.-nak „A sajátvérkezelés értéke a tüdőgümőkórnál" című közleményére. (994—995. oldal.)
Laib Tivadar: A skarlat otitisek statisztikai megvilágításban. (995—998. oldal.)
Fekete Károly: Ujabb szempontok a tejpangás kezelésében. (998—1000. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (159—162. oldal.)
v. Szentmihály Lajos: Szülés alatti thymuitrin injectio és expressio után bekövetkezett méhrepedés gyógyult esete. (1000—1002. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet és nőgyógyászat. — Gyermekorvostan. (1002—1003. oldal.)
Könyvismertetés: (1003—1004. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (1004—1006. oldal.)
Balázs Gyula: Tévedések és hibák a heveny mérgezések gyógykezelésében. (1006 és a borítólap III. oldalán.)
Egerváry Tibor: Megjegyzés Melly Béla dr. „A kankós mellékhere gyulladásról" című cikkéhez. (A borítólap III. és IV. oldalán.)
Vegyes hírek: (A borítólap IV. oldalán).

A bőrlymphogranulomatosis klinikai képe.*

(Klinikai előadás.)

Irta: *Arzt Lipót* dr., egyetemi ny. r. tanár, a bécsi II. sz. bőr- és nemikórtani klinika igazgatója.

Előadásomban rövid történelmi bevezetésen és a Paltauf—Sternberg-f. lymphogranulomatosis fogalmának meghatározásán kívül az irodalomnak legrégibb eseteivel kívánok foglalkozni. *Grosz* „Eddig nem közölt bőrmegbetegedés (lymphogranulomatosis cutis)" címmel egy biztos lymphogranulomatosis esetről számolt be, melynek szöveti leletét is ismertette, ez az eset csomók alakjában bőrelváltozásokat is mutatott. Kétségtelen, hogy már régebbi megfigyelések szerint is előfordultak lymphogranulomás bőrelváltozások, ezek azonban morphologiai alakjuk szempontjából egészen másképen értékelendők. Míg *Grosz* esetében a lymphogranulomának jellegzetes morphologiai elváltozásai a bőrön is megtalálhatók, addig más régebbi megfigyelések szerint ezek teljesen hiányoztak. Ebből kiindulva a lymphogranulomának bőrelváltozásait a bőrkivirágzások szöveti szerkezete alapján két csoportra oszthatjuk, ú. m. nem fajlagos és fajlagos csoportra.

A nem fajlagos bőrelváltozásokra jellegzetes, hogy sokféle alakban mutatkoznak, majdnem minden esetben erős viszketést okoznak. Az előadás tulajdonképeni tárgyát képező fajlagos bőrfolyamatokat áttekinthetően a következőképen csoportosíthatjuk:

A lymphogranulomatosis bőrelváltozásai
(szöveti vizsgálatok és biologiai tulajdonságok alapján)

Nem fajlagosak.	Éretlen alakok.	Fajlagosak.	Nem fajlagos elváltozások egyidejüleg.
Szöveti kép: sohasem jellegzetes. Biolog.: fajlagos toxikodermák stb	Szöveti kép: előbb nem jellegzetes, később rendszerint jellegzetes. Biolog: fajlagos.	Szöveti kép: mindig jellegzetes Biolog.: fajlagos.	Szöveti kép: mindig nem jellegzetes és mindig jellegzetes. Biolog.: fajlagos (*Bruusgaard, Bossellini, Bacher* esetei.)

* 1931. május 23.-án, a Debreceni Orvosegyesületben tartott előadás kivonatos ismertetése.

Arzt és *Randak* még egy másik beosztást is megkísérelt, hasonlóképen *Linser* is. Ha a bőrben magában keletkezik egy lymphogranulomás folyamat, úgy autochton, *Linser* szerint cutan lymphogranulomáról beszélhetünk, ha azonban a bőr csak úgy vesz részt a folyamatban, hogy az alatta fekvő elváltozások azoknak tovaterjedésével fokozatosan hatolnak a bőrre, úgy allotochton, vagy a bőrre terjedő lymphogranulomáról szólunk.

Ennek az előadásnak a keretében a bőr lymphogranulomatosisának fajlagos kórképét több esetnek sorozatos áttekintésével óhajtom bemutatni. *Grosz*nak a már említett és 1906-ban végzett megfigyelését — amelyben lencse, mogyoró mekkoraságú barnás-vörös, kemény tapintatú, többszörös csomók voltak jelen a mellkas oldalsó bőrén — követi irodalmunknak második megfigyelése, *Nobl* esete 1911-ben. Ebben az esetben a törzs bőrén szétszórtan számos, barnás-vörös papula volt látható, amelyek — miként *Nobl* mondja — syphilises papulákra emlékeztettek.

A harmadik esettel saját megfigyeléseink sorozata kezdődik. 52 éves férfibeteg nyak- és törzsbőrén jobboldalt babnyi papulák jelentkeztek, amelyek közül egyesek kifekélyesedtek. Emellett majdnem általánosnak mondható mirigyduzzanat volt jelen, amely részben daganatok képében állott fenn továbbra is, részben pedig fekélyes széteséshez is vezetett. Ugy a bőrcsomók, mint a belső szervek szöveti képe a lymphogranulomának morphologiai képét mutatták.

A negyedik eset egy 41 éves kereskedőre vonatkozik, kinek kórelőzményében tuberkulosis szerepel. Nyakán mirigyduzzanatok mutatkoztak és evvel kapcsolatban úgy a felkaron, mint a combokon beszűrődések léptek fel. Az elváltozások kékes-vörös elszíneződés jelenlétében csakhamar szétestek és kifekélyesedtek. A boncolás alkalmával a gyomor-béltraktusban lymphogranulomákat, a bőrben pedig lymphocytás beszűrődést találtam Sternberg-f. óriás sejtekkel.

Az ötödik eset egy 25 éves lakatos, kinek tarkóján jobboldalt mirigyduzzanatok mutatkoztak, amit daganatképződés, majd ellágyulás követett. További lefolyásában az egész jobb fülkagylónak és a hajasfejbőr nagyrészének

elroncsolása következett be. Boncolás alkalmával kitünt, hogy a koponyacsontok is résztvettek a folyamatban, a májban és lépben pedig csomós elváltozások mutatkoztak. — *Söveti kép:* fenti szervekben lymphogranuloma, de a fekély széli részéről készített metszetekben is Sternberg-féle óriássejtek.

A hatodik eset a bal nyakfél és a bal hónalj daganataival kezdődött; a hónaljban csakhamar hasadékalakú fekélyképződés mutatkozott, amely rendkívül erős továterjedésnek indult. A környező bőrben daganatszerű lapos beszűrődések, elszórva kisebb csomók is jelentkeztek. A boncolás megerősítette a lymphogranuloma diagnosisát. Szövetileg jellegzetes sarjszövet úgy a fekély széli részében, mint az izoláltan előforduló kisebb csomókban. Amellett erős lymphocytafelhalmozódás, ezekben ismét nagy habos plasmájú sejtek. Sudan III-al való festéssel ezek a sejtek xanthomasejteknek, illetőleg lipoidphagocytáknak bizonyultak.

A hetedik eset egy 28 éves mezei munkásnőre vonatkozik, akinek bal hónaljában levő fájdalmas daganatát egy évvel azelőtt műtétnek vetették alá. Egynéhány hónap elmultával újabb csomók jelentkeztek a bal hónaljban és később ugyanilyenek a mell bőrén. Belgyógyászati diagnosis: malignus thorax-folyamat. Az esetet egy kivágott bőrcsomónak szöveti vizsgálata tisztázta, amelyben eosinophylsejtek mellett plasmasejteket és Sternberg-féle óriás sejteket sikerült kimutatnom.

A 8-ik esetben 1½ évvel megvizsgálása előtt a jobb kulcscsont fölött daganatszerű képletet észleltek,amelyhez hasonló elváltozások később a jobb hónaljban és a nyak bal oldalán léptek fel. A jobb mellkasfélen, de leginkább a mellső hónaljvonalban a bőrben számos babnyi csomócska mutatkozott. A lymphogranuloma diagnosisának felvételét egy kivágott bőrdarabkának szöveti vizsgálata erősítette meg. Ebben az esetben is a beszűrődött területen kifejezett recés structura. Specifikus zsírfestéssel pseudoxanthomasejteket mutathattam ki.

Ha áttekintjük a hat saját megfigyelés alatt állott esetet, valamint az irodalomból ismert két esetet *(Grosz* és *Nobl)*, úgy azt látjuk, hogy a két első eset *(Grosz* és *Nobl)* csomóképződéssel kezdődött, míg az én első esetemben a lmphogranulomás bőrfolyamatok már is széteséses elváltozásokat mutattak. Amellett kiterjedt fekélyképződések is keletkeztek. A negyedik esetben a multiplex beszűrődéseket követő szétesési folyamat dominált. Az ötödik esetben egy helyen fellépő, de annál erősebben mélybehatoló fekélyképződéssel álltunk szemben; a folyamat előterében a destructio állt,hiszen az egész fülkagyló és a koponyacsontok egyrésze is hiányzott. A hatodik esetben ismét a hónalj fekélyesedett ki, ezt azonban a környi részeken kicsiny csomóképződések kísérték. A két utolsó eset (7.8) is a hónalj környékén fellépő csomóképződést mutatott a bőrben.

Ezekből a megfigyelésekből a lymphogranulomára vonatkozólag talán két körülményre hívhatjuk fel a figyelmet:

1. szétesési hajlam, illetőleg fekélyképződés, akár egyes, akár többes alakban.

2. a bőrelváltozások kedvenc előfordulási helye a hónalj és az azt körülvevő bőrterület.

Röviden óhajtok még a lymphogranulomatosis keletkezésének gondolatával is foglalkozni. Ha a fenti eseteket az autochton, vagy allochton lymphogranuloma csoportjába akarjuk sorolni, úgy az 5. és 6. esetben a mirigyfolyamatoknak a bőrre való terjedése révén nyilvánvalóan az allochton keletkezés jöhet szóba. A hatodik esetben azonban az elváltozásoknak egy része talán autochton módon is létrejöhetett, különösen, ha a bőrnek izoláltan álló csomóit vesszük tekintetbe. A két utolsó esetben (7. és 8.) csakis autochton bőrfolyamatra gondolhatunk. Nem tudjuk, hogy a bőrelváltozások miként jönnek létre, azonban ha abból a feltevésből indulunk ki, hogy a lymphogranuloma a nyirokapparatus rendszermegbetegedése, úgy más szerzők *(Ribbert, Burkhard, Jadassohn, Hedinger, Arndt,* stb.) megfigyelései alapján arra gondolhatnánk, hogy a bőrben természetes körülmények között jelenlevő nyirokszövetet tehetjük felelőssé ezért a localisatióért, amely lymphogranulomásan elfajulhat. Ezekből a megfigyelésekből talán joggal szabad arra következtetnünk, hogy a bőrnek lymphogranulomás elváltozásai a dermatologiai gyakorlatban nem is olyan ritkák; minden gyanús elváltozást — leukaemiás eredetre — vérlelettel kell tisztáznunk, könnyen lehetséges, hogy a bőrelváltozások beható tanulmányozásával talán még sikerül újabb lymphogranulomás kórképeket elkülönítenünk.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Az Erzsébet Királyné Sanatorium közleménye. (Igazgató-főorvos: Országh Oszkár dr., m. kir. egészségügyi főtanácsos.)

A sajátvérkezelés értéke a tüdőgümőkórnál.*

Irta: vitéz *Dániel Gábor* dr., és *Schiffbeck Emil* dr.

A therapia a vért mint gyógytényezőt különböző elgondolás alapján és különbözőképen alkalmazza. Az elégtelen vagy elvesztett vérmennyiség pótlására átömlesztés útján nagy mennyiségben adja. Fehérjetartalmánál fogva használja ingerkeltésre és nem fajlagos protoplasma-activálásra a betegségek több fajtájánál. Végül, mint az immun- és antianyagok hordozóját a fertőző betegségek specificus kezelésére adja.

A tuberculosisnál a vérsavót a tüdővérzés csillapítása céljából fecskendezik be. Eredményét ép úgy, mint egyéb vérzésnél (haemoglobinuria, haematuria, melaena stb.) a vér fehérjéjének alvadásserkentő hatásától várják. Eltekintve e tüneti kezeléstől, a szerzők többsége a vért a tuberculosis specificumának szánta, még azon esetekben is, amelyekben a későbbi eredmény a kezelésnek csupán nem fajlagos, tisztán proteinhatását igazolta.

Már *Koch Róbert*[1] megpróbálta tuberculinnal immunisált *állatok savójával* gyógyítani a tuberculosist. Utána *Behring*[1], *Maragliano*[2], *Marmorek*[3], *Bruschettini*[4], *Spengler*[5] („I. K."), később *Strubell*[6] („Lipoidserum"), *Kisch*[7] („Haemoprotein") és még sokan kísérleteztek ugyancsak állati savóval. Mások, hogy az állati vérben jelenlevő fajidegen fehérje zavaró hatását kiküszöböljék, a *human vérsavót* ajánlották kezelésre. Igy *Bandelier* és *Roepke*[8] *Morelli*[9], később *Liebermeister*[10], *Miliani* gümős vagy tuberculinnal immunisált ember savóját, olasz és francia szerzők izzadmányból nyert savót, *Bottacin* és *Mayro*[11] cantharidin-hólyag tartalmát használták fel e célra.

Königsfeld[12] typhus abdominalisnál szerzett kedvező tapasztalatai alapján a *betegnek saját vérével* való kezelését ajánlotta más fertőző betegség esetében is. Részben az ő eljárását alkalmazta később *Tenkhoff*[13], *Rhode*[14], *Weicksel*[15] *és Peus*[16]. Utóbbi 100 betegénél a kezelés után az étvágytalanság feltűnően, a többi panasz csak lényegtelenül javult. *Weicksel* 36 betegről szóló alapos tanulmányában szintén csak nagyon szerény eredményt könyvel el. E kezeléssel újabban is foglalkoztak; a közlemények

* A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1931. ápr. 11-iki ülésén tartott előadás.

azonban nagyobbára kisebb anyagról számolnak be, másrészt — úgy véljük — nem elég részletesek ahhoz, hogy teljes véleményt alkothassunk magunknak a gyógymódról. A szerzők többsége elismeri ugyan a vérkezelés jó hatását, de lényegtelennek, csupán általánosnak, illetve tüneti jellegűnek mondja; a többi azonban nagyon tartózkodó, sőt elutasító véleményt nyilvánít az eljárásról.

Magyarországban *Duzár*[17] négy gümőkóros csecsemőnél apa- és anyavér intraperitonealis átömlesztésétől életmentő hatást és később gyógyulást látott. *Reök*[18] sajátvér-, izzadmány- és genykezeléssel sebészi tuberculosisnál jó eredményt ért el. *vitéz Jancsó*[19] éveken át számos tüdőbajost kezelt a sajátvér-oltással. Feltűnően jó tapasztalatait a múlt esztendőben ismertette. A gyógymódban a tuberculosis specificus gyógyításának kérdését úgyszólván megoldottnak látja, melynek alkalmazása után javul, sőt meg is gyógyul a betegség; az eljárás emellett teljesen veszélytelen.

A vérkezelés ismertetett *methodikájában* a különböző szerzőknél kisebb-nagyobb eltérések találhatók. Fő, elvi különbség az, hogy egyesek a gyógyult, gyógyuló vagy egyéb gümőkórosok vérét, mások pedig — aránytalanul többen — csakis a beteg saját vérét adták. Az előbbi eljárás bizonyos fokig passiv imunisatio jellegével bír, a mindkettőben szereplő vérfehérje pedig ingerkeltésképen hat. Minthogy az előbbi homoio-, az utóbbi autoproteintherapia, a saját vér képviseli az aránylag enyhébb ingert.

A vér vétele mindenkor a könyökvenából történik és frissen, illetőleg savó alakjában, vagy defibrinálás után ugyancsak frissen, illetőleg rövidebb-hosszabb állás után parenteralisan, mégpedig intracutan, subcutan, intramuscularis vagy intravenás befecskendezés útján adatik be a betegnek. Leghatásosabb a friss defibrinált vér, jóval kisebb a hatása a többi féleségű vérnek, melyek közül azonos nyujtásmód mellett egyesek szerint a nativ vér, mások szerint a savó fejti ki a legenyhébb ingerhatást. Az adagot a köbcentiméter tört részétől egészen 10 ccm-ig szabják meg. *V. Jancsó* a beteg saját vérét frissen intramuscularisan, a savót intravénásan eddig nem közölt nagyságú, 10—20 ccm-es adagokban fecskendezi be. Minthogy az izomba oltott friss vér enyhébb hatást fejt ki, a kezelés kezdetén és később a savókezelés folyamán fellépő heves reakciók esetében így adja. Az intravénásan bevitt savó hatásosabb lévén, nehány vér-befecskendezés után lehetőleg a kezelésnek erre a módjára tér át, sőt könnyebb esetben egyenesen vele kezdi meg azt.

Az ismertetett adatok és különösen v. *Jancsó* jó eredményei késztettek a vérkezelésnek tüdőbajosokon való kipróbálására.

A v. *Jancsó eljárását követve* a sajátvérkezelést azzal a módosítással adtuk, hogy a kezdő adagot 5 ccm vérre, illetve 1 ccm savóra szállítottuk le és az adagokat óvatosabban emeltük. A vért és savót eleinte nem thermostatban, hanem szobahőmérsékleten őriztük meg. Ezen eljárás mellett azonban nehány erős, súlyos általános panaszokkal járó lázas kilengést tapasztaltunk, amit csak a savó bomlásával tudtunk magyarázni. Ezért azt jégszekrénybe helyeztük és azóta hasonló kellemetlenség nem zavarta a kezelést, viszont a hatásosság tekintetében sem észleltünk különbséget a szoba- és jégszekrény-hőmérsékleten tartott savók között.

Az első 32 betegen azt tapasztaltuk, hogy az intramuscularis úton adott vér és az intravenásan befecskendezett savó kis adagja között a reakció tekintetében különbség szintén nem látható, ezért azóta — néhány eset kivételével — savót adtunk.

Nagyobb beteganyag rendszeres kezelésénél bizonyos munkabeosztás szükséges. Mi a következőképen jártunk el: a vért sterilen 50—150 ccm-nyi mennyiségben a reggeli órákban vettük. 4—10 óra mulva, tehát még aznap a beteg az első savóadagot, majd 2 napos időközökben még 4, vagyis összesen 5 oltást kapott 8 nap alatt. Ezután 6 napon át pihent, majd hasonló, 2 hetes szakaszokban folytattuk a kezelést. Intraglutealisan azonos időrendben adtuk a vért, mindenkor frissen a vétel után; a befecskendezés fájdalmasságot nem okozott.

A savó leöntését 4—10 és 48 óra mulva végeztük és azt mennyisége, de főkép a szükséglet mekkorasága szerint emelkedő adagokra (1, 2, 3, 4, 5 ccm vagy 2, 5, 8, 12, 15 ccm vagy 5, 8, 12, 16, 20 ccm stb.) osztottuk el. Az eseteknek 2—3, tehát nagyon csekély %-ában romlott meg a savó, amit könnyen felismerhettünk abból, hogy a tükre homályossá, lepedékessé, ömaga pedig zavarossá vált. Ennélfogva felesleges a savónak bármiféle fertőtlenítő oldattal (pl. carbolsavval) való keverése. Hasonlókép szükségtelen a friss vér alkalmazása előtt az alvadás meggátlására a fecskendőt oxalat- vagy citratoldattal átnedvesíteni.

A vérvétellel karöltve — tehát 2 hetenként — a vérsejtsülyedést és a teljes vérképet vizsgáltuk, azonkívül 2 óránként szájhőmérőzést, egyszer hetenként testsúlymérést végeztettünk.

Az adagolás nagyságát a tüdőfolyamat kiterjedése, jellege, illetve activitása, a beteg általános állapota és hőmérséklete szerint állapítottuk meg, hogy a súlyosabb beteg kisebb vérveszteségben és enyhébb ingerkeltésben részesüljön. Az adag emelésénél a lázgörbét vettük mértéknek; 0,5°-on aluli, múló hőemelkedésnél megismételtük az előbbi adagot, ezen felülinél csökkentettük azt. 1°-ot meghaladó vagy 1 napnál tovább tartó lázas reakciónál rövidebb-hosszabb időre megszakítottuk a kezelést.

Kezelésben részesült 106 — 24 nő és 82 férfi — beteg 10 hónap alatt, mintegy 2700 injekcióval. A kezelés tartama egyénenként 2—26 hét, átlagban 8 hét volt 25 injekcióval.

Az *indicatio* kérdését — tekintettel arra a szoros kapcsolatra, mely épen tüdőtuberculosisnál az elért gyógyeredmény és az esetek megválogatása között található — célszerű részletesebben ismertetni. Ez eseteinkben meglehetős széleskörű volt. Kezeltük a cirrhoticus, nodosus-fibrosus, fibrocaseosus, exsudativ és ulcerosus phthisist, legnagyobbrészt nyílt, cavernás és kivétel nélkül erős activitással bíró, progrediáló folyamatokat. Nyolc eset a *Turban—Gerhardt* II., a többi a *Turban—Gerhardt* III. stadiumába volt számítható, ezek közül kb. 25%-nál az összparenchymának a felénél nagyobb része volt betegnek mondható. A tüdőtuberculosis mellett gégefolyamat nagyobb számban (8), egyéb extrapulmonalis localisatio (bél-, csont-, ízületi tbc.) csak néhány betegnél fordult elő. Kezelésre ezek szerint a szanatóriumi beteganyag súlyosabb részét választottuk ki, mivel köztudomású, hogy a kezdődő és jóindulatú tuberculosis gyógyulása kezelés és szanatóriumi kúra nélkül sem tekinthető ritka eseménynek. A kezelés egyébként a szanatóriumokban szokásos hygienés — diaetás — gyógyszeres kúra keretében, tehát a gyógyintézeti fekvő beteganyagon történt.

A vérsavó-kúrával egy időben már előbb megkezdett vagy elvégzett művi kezelésben részesült 20 beteg (7 pneumothorax, 8 phrenicus, 3 plastica, 2 plomba). Ezen beavatkozások nem csökkenthették a vérkezelés értékelését, minthogy rendszerint a hatástalan sebészi eljárás correctiós kezeléseképen alkalmaztuk azokat. Viszont az itt ott elért eredmény ellene szól annak a tapasztalatnak (v. *Jancsó*), hogy a művileg már kezelt esetekben a vérkezelésnek rosszak az esélyei.

A *kezelés kivitelében szerzett tapasztalataink* alapján azt ajánljuk, hogy, ahol csak lehet, intravenásan savót adjunk; ez a módszer hatásosabb és a beteget újabb felesleges ércsapolástól kíméli meg. Az adagolásban alacsony kezdés és óvatos fokozás a helyes: 0,5-től 10 ccm-ig 0,5—1 ccm-rel emeljük az adagot és csak nagy activitással nem bíró esetekben növeljük bátrabban a savó mennyiségét. Ha a savó minden elővigyázat mellett is megromlik (főkép, ha hyperglykaemiás vagy lipaemiás), vért adunk intramuscularisan. Ha a beteg javul, az eredmény rendesen már közvetlenül a befecskendezés után, de legkésőbb 2—3 hét mulva jelentkezik. Egy hónapi teljesen eredménytelen kezelést nem érdemes tovább folytatni; célszerűbb abbahagyni és esetleg később mégegyszer megpróbálni.

A *gyógyeredmény megítélésében* a közismert nehézségekbe ütközünk. A tuberculosis az a betegség, amely kórképének tarkaságával, kórjóslatának bizonytalanságával a legváltozatosabb, minden törvényszerűséget megcáfoló, nem ritkán meglepő lefolyást mutatja. Ez tudvalevőleg rövidebb-hosszabb időre elhúzódóan, progressiós, javulásos és latens szakaszoknak előre nem látható váltakozásából áll. Az újabb tuberculosis-kutatás és különösen a röntgenvizsgálódás fejlődése a javulásra való nagy-Utóbbiból az tűnik ki, hogy a leghosszabb ideig a művileg kezelt betegek tartózkodtak intézetünkben, a vérrel kezeltek kevéssel, a hygienés-diaetás kúrát végzők sokkal rövidebb időt fordítottak betegségük szanatóriumi gyógyíttatására.

Tekintetel az esetek aránylag nem nagy számára, tartózkodunk végleges következtetés levonásától s hangsúlyozzuk, hogy eddigi észlelésünk csupán tájékozódásra alkalmas.

I. a táblázat*

	Esetek száma	Kúraidő (napokban)	Közérzet Vélt munkaképesség				Köhögés					
			lényegesen javult	javult	nem változott	romlott	nem köhögött	megszűnt	lényegesen csökkent	csökkent	nem változott	erősbödött
Vérkezelés**	82	121	8 *10*	40 *49*	27 *33*	7 *8*	4	3 *4*	8 *10*	27 *35*	34 *43*	6 *8*
Hyg.-diaetás kúra	84	77	5 *6*	45 *54*	25 *30*	8 *10*	—	8 *10*	1 *1*	31 *39*	34 *44*	5 *6*
Művi kezelés	113	136	13 *12*	67 *59*	27 *24*	6 *5*	8	27 *27*	4 *4*	35 *34*	29 *28*	7 *7*

fokú hajlamosság és a spontán gyógyulás gyakoriságát bizonyítja. Erre nézve intézetünkben is értékes tapasztalatokkal *(Barát* és *Jezsovics*[20]*)* rendelkezünk. Éppen a tüdőgümőkór ezen nagy spontán regressiós képességével és részben a nem eléggé szigorú kritikával magyarázható az, hogy sok új tuberculosisellenes szer az idők folyamán több-kevesebb népszerűségre tud szert tenni. Amíg a tuberculosisról szabatosabb fogalmunk nincs, amíg a betegség kimenetelének mai bizonytalansága tart, addig egy gyógymód vagy beavatkozás eredményének értékelésénél a legnagyobb óvatosság kívánatos. Saját vizsgálataink eredményének elbírálását az is megnehezíti, hogy a kezelés, az egyébként is gyógyító hatással bíró, intézeti kúra keretén belül történt. Ezen nehézség jelentőségét úgy igyekeztünk csökkenteni, hogy több betegünket bizonyos idő elteltével, csak akkor vettük kezelésbe, amikor az előző szanatóriumi kúra teljesen vagy részben hatástalannak bizonyult. Ez a megfigyelési idő átlagban 5½ hét volt és a betegek ⅔-ánál legalább 4 hetet tett ki a kezelés megkezdése előtt.

Eredményeinket táblázatokban foglaltuk össze, melyek közül az I. a subjectiv tüneteket, a II. az alárendeltebb, a III. az elsőrendű fontosságú objectiv szempontokat tartalmazza. Összehasonlítás és könnyebb megítélés céljából az intézetünkben a vérkezelés ideje alatt megfordult többi beteg gyógyeredményét is azonos szempontok szerint összesítettük. Külön vettük a művileg (pneumothorax, phrenicusexairesis, plomba, thoracoplastica) kezelt eseteket és azokat, akik csupán hygienés-diaetás-gyógyszeres kúrában részesültek („a" táblázatok). Kihagytuk, illetve külön (a „b" táblázatokban) tüntettük fel a *Turban—Gerhardt* II.-s és a szövődményes eseteket, nevezetesen azokat, amelyekben meghalt a beteg, gége-, bél- vagy más extrapulmonalis tuberculosisa volt, illetve luesben, diabetesben vagy egyéb kísérő betegségben szenvedett. Azt hisszük u. i., hogy ezeknél az eredmény vagy eredménytelenség nem annyira a kezeléssel, mint inkább a beteg állapotának súlyosságával, illetve a szövődményes betegség alakulásával volt összefüggésbe hozható; így csak pontatlan statisztikai mérlegelésük volt lehetséges. A táblázatok elején még feltüntettük a kimutatás alapjául szolgáló esetek számát és a kúraidő átlagos tartamát.

A *közérzet* és *vélt munkaképesség* a vérrel kezelteknél nagyjában ugyanazon javulást mutatta, mint a szanatórium többi betegénél, de a művi kezelés eredményének mögötte maradt. Említésreméltó a „lényeges javulás" aránylag nagy száma. Hasonló tapasztalat újabb gyógymódok bevezetésénél nem szokatlan és suggestiós, tisztán psychicus tényezőkre vezethető vissza. Ezt igazoló subjectiv megnyilvánulást több betegünknél vettünk észre. Általában kivétel nélkül jó kedvvel, nagy készséggel vetették alá magukat a kezelésnek.

A *köhögés* a szanatóriumi kúrát végző betegek nagyobb számánál szűnt meg; a haemotherapiás betegeknél viszont több volt a „lényeges csökkenés", úgyhogy ezen két oszlop és ezzel együtt a többi eredmény kb. kiegyenlíti egymást. A sebészi kezelésben részesülteknél az eredmény jobb volt.

Köpetmennyiség és *vérsejtsüllyedés* tekintetében a vérkezelés utáni eredmény az egyszerű szanatóriumi kúráét sem éri el. Az a körülmény talán, hogy bármely protein — s így a vér — befecskendezése után átmenetileg, néha napokra elhúzódóan gyorsul a vérsejtsüllyedés *(Peus*[16]*, Petschacher*[21]*, Weicksel*[15]*)*, a vérkezelésben részesült egyének vérsejtsüllyedésének statisztikáját némileg ronthatja.

Legnagyobb a különbség a serotherapiában részesült és többi beteg között a *hőmenet* javulásában, mégpedig az előbbiek hátrányára. Aránylag nagy részük maradt lázas, illetve kevés láztalanodott. Ez egyezik *Weicksel* észelelésével, aki a vérkezelés kapcsán sem hőmérsékcsökkenést, sem lázas kilengést nem látott. Megfelel ez a tapasztalat egyszersmind annak a ténynek is, hogy a befecskendezett saját vér minden más, fajidegen, de még fajrokon fehérjénél is kisebb, de egyszersmind hatástalanabb ingert vált ki. Mindamellett kiemelendő, hogy pl. 6 olyan betegnél következett be láztalanodás a vérkezelés után, akik ezt megelőzően egyszerű fekvő-levegőkúrára a hőmérsékletemelkedésüket megtartották.

---

* A rovatok alsó részében olvasható dült számok a %-os értéket jelentik.

** A vérrel kezelt betegek hygienás-diaetás kúrát is végeztek.

A *testsúlygyarapodást* tekintve meglepően jók az eredmények s felülmúlják a többi beteg, sőt sebészileg kezelt esetek súlyemelkedését is. Számos jelentékeny hízást észleltünk, úgyszólván kivételszámba ment az a beteg, kinek testsúlya a kezelésre nem reagált. Súlyeredményeink meghaladják az insulin-hizlalás átlagos értékeit. Néhány érdekesebb esetünket alább röviden ismertetjük.

A 21 éves kereskedő neje (kétoldali hatalmas, cirrhoticus csúcscavummal) ittlétének első 2 hete alatt mindössze ½ kg-ot hízott. 49 befecskendezésből álló s ma is folyamatban levő vérkezelés alatt hetenként átlag 1 kg gyarapodással máig 20 kg-ot hízott, ami, 39.60 kg-os asszonyról lévén szó, meghaladja az eredeti súly 50%-át. Vérsejtsüllyedésének sebessége a felére csökkent, láztalan lett, fizikális és röntgenlelete feltünően javult. Hosszú amenorrhoea után vérzése újból jelentkezett, ami a szervezet megerősödésének a jele.

A 35 éves postamesternő, kinél régebben thoracoplasticát végeztek, cirrhoticus cavernás folyamatával 4 heti szanatóriumi kúra alatt nem bírt súlygyarapodást elérni, sőt fogyott. A vérkezelés (17 inj. 9 hét alatt) után rövidesen hízásnak indult s csaknem 1 kg heti átlaggal 8.50 kg-ot gyarapodott.

A 23 éves jegyszedőnő a kétoldali körülírt cirrhoticus kiscavernás folyamata miatt megkezdett szanatóriumi kúrájának első 2 hete alatt fogyott. A 20 hét alatt adott 45 savóbefecskendés után 13.50 kg-ot hízott.

A 26 éves bankhivatalnok súlyos exsudativ phthisissel került intézetünkbe, ½ éves kúrája s a közben végzett phrenicusmütét teljes eredménytelenséggel járt; a tüdőfolyamat romlott, a beteg fogyott és ágyát hónapokon át nem hagyhatta el. 53 injekcióból álló kúrája alatt tüdőfolyamata lényeges változást nem ért el, mégis megerősödött, nagyfokú subjectiv javulás mellett 8.50 kg-ot hízott, erősen gyorsult vérsejtsüllyedése a felére csökkent s ágyát elhagyhatta.

A 32 éves köztisztviselő régebben légmellkezelésben részesült. Jobboldali cirrhoticus elváltozás miatt szanatóriumi kúrát folytatva, nem hízott. A vérkezelésre csak csekély súlygyarapodással reagált, insulinkúra után pedig hasonló volt az eredmény. A kétféle — autoserum- és insulin- — kezelés párhuzamosan való adása a beteg ittlétének utolsó 2 hetében 2.50 kg súlygyarapodást hozott.

A 26 éves magántisztviselő jobboldali nodosus disseminált, nyilt folyamatának légmellkezelése alatt 9 héten át sehogy sem hízott. A bevezetett savókezelés után csakhamar gyarapodott s hízását heti 0.60 kg-os átlaggal jelenleg is tovább folytatja.

II/a tábtázat.

	Köpetmennyiség					Hőmérséklet					Testsúly			
	megszünt	lényegesen csökkent	csökkent	nem változott	szaporodott	láztalan volt	leláztalanodott	láza csökkent	lázas maradt	lázas lett	sokat gyarapodott	gyarapodott	súlyban maradt	fogyott
Vérkezelés **	1 *1*	9 *11*	27 *33*	36 *44*	9 *11*	16	7 *11*	4 *6*	54 *82*	1 *1*	21 *26*	47 *58*	9 *10*	5 *6*
Hyg.-diaetás kúra	3 *4*	8 *10*	28 *34*	32 *40*	10 *12*	20	13 *21*	5 8	41 *65*	4 *6*	26 *31*	39 *47*	7 *9*	11 *13*
Művi kezelés	12 *11*	7 7	39 *38*	38 *37*	10 *9*	27	26 *29*	13 *15*	43 *50*	5 *6*	44 *39*	46 *41*	9 *8*	15 *12*

A *köpet bacillustartalma* alig vált több betegnél negativvá, mint a kúrázóknál, viszont sokkal kevesebben vesztették el bacillusaikat a sebészi kezelésben részesülteknél. A táblázatnak ez és a hőmérsékletre vonatkozó része még azt mutatja, hogy a vérrel kezelt betegek között eredetileg is kevesebb volt láztalan és Koch-negativ, mint a többi beteg között, ami a kezelt anyagnak aránylag súlyosabb voltát mutatja.

A *röntgenlelet* értékelésénél a művileg kezelt esetek egy részét, amelyben jó pneumothoraxa volt a betegnek, nem vehettük a statisztikában figyelembe, minthogy az összenyomott tüdőben nem láthattuk a lelet finomabb változását. Az összehasonlítás egyébként azonos eredményt mutat az egyszerű hygienés-diaetás kúrában részesült betegekével. Kétségtelenül előfordult néhány feltűnő röntgen-javulás és caverna-zsugorodás is, azonban hangsúlyozzuk, hogy *hasonló javulást a nem kezelteknél is nem kevésbbé gyakran láttunk.*

III/a táblázat.

	Vérsejtsüllyedés				Bacilláris lelet			Röntgenlelet			
	lényegesen javult	javult	nem változott	romlott	neg. volt	neg. lett	pos. maradt	lényegesen javult	javult	nem változott	romlott
Vérkezelés **	9 *12*	19 *24*	31 *40*	19 *24*	6	13 *17*	63 *83*	3 *4*	5 *6*	64 *81*	7 *9*
Hyg.-diaetás kúra	15 *27*	10 *18*	19 *35*	11 *20*	17	9 *13*	58 *87*	2 *3*	6 *8*	61 *81*	6 *8*
Művi kezelés	36 *43*	13 *16*	23 *28*	11 *13*	17	37 *40*	56 *60*	4 *5*	9 *13*	45 *64*	13 *18*

A 24 éves villanyszerelőnél előttünk ismeretlen oltás után az addig discret nodosus folyamat jobboldalt kiterjedt disseminatiojúvá romlott. A légmellkezelés nem sikerült. A 11 hét alatt adott 25 savóbefecskendezés után a köpet negativvá lett, később meg is szünt, a beteg hízott, vérsejtüllyedése, fizikális lelete javult; a röntgenlelet a disseminatio tisztulását mutatta.

A 23 éves cipőfelsőrészkészítő kétoldali vegyes jellegü és csúcscavernás tüdőfolyamata 16 héten át nyert 32 befecskendezésre javult. Subfebrilitását kivéve minden panasza és tünete lényegesen javult: 10 kg-on felül hízott, köpete Koch-negativvá lett, a röntgenfelvételén a folyamat nagyrésze felszívódott, a jobboldali kb. tojásnyi csúcscavum teljesen eltünt.

A SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM SEBÉSZETI KLINIKÁJÁNAK KÖNYVTÁRA

A 23 éves segédmunkásnak a savókezelés megkezdésekor kétoldali cavernás felsölebenyfolyamata volt és súlyban nem gyarapodott. A 12 heti kezelés (21. inj.) a hízáson és egyéb tünetek javulásán kívül az egyik, mintegy diónyi felsőlebenycavum elütnését, a másik nagyobb caverna lényeges beszükülését eredményezte.

A 31 éves pénzügyőrnek légmellkezelése után jobboldali csúcscaverna és vaskos mellhártyakéreg maradt vissza. 18 hét alatt 43 oltást kapott, ez alatt 10 kg-ot hízott, köpete csökkent és Koch-bacillus-tartalmát elvesztette, kb. tojásnyi cavernája nagy mértékben beszükült.

A 20 éves kereskedelmi alkalmazott lelete jobboldali kb. ökölnyi kettős cavernából és gyéren elszórt heges disseminatioból állott, a megkísérelt légmellkezelés nem járt eredménnyel. A 26 héten át tartó, 51 befecskendezésből álló kezelésre a caverna kb. felényire beszükült, a beteg 9.20 kg-ot hízott, láztalanodott, vérsejtsüllyedése 74 mm-ről 21-re csökkent.

A 21 éves kereskedő nejénél a fent említett nagy hízáson és egyéb javuláson kívül az egyik nagyökölnyi csúcscaverna tojásnyira, a másik kisökölnyi üreg mogyorónyira zsugorodott.

A *fizikális vizsgálati leletben* a kisebb változást (a hurutos tüneteknek részleges javulását vagy rosszabbodását stb.) nem méltattuk különösebb figyelemre. A lényegesebb változás is általában párhuzamosan haladt a röntgenlelet alakulásával.

A tuberculin-*allergia* viselkedéséből mindössze azt az egyetlen következtetést vonhattuk le, hogy a láztalanodó betegek allergiája többnyire csökkent. Ez a megállapítás — a tüdőelváltozás megmaradása esetén — egyfelő kétségessé teszi a láztalanodás jelentőségét a gyógyulás szempontjából véve, másfelől azt sejteti, hogy a bekövetkezett láztalanodás nem immunisálásnak, hanem desensibilisálásnak az eredménye.

A *vérkép* gyakori ellenőrzésével részint azt néztük, hogy a vérvétel által okozott veszteség nem viseli-e meg a beteget s a következő vérvételig kigyenlítődik-e ez, részint azt figyeltük, hogy a kezelés folyamán mutatkozik-e változás. Kétségtelenül megállapíthattuk, hogy a már vázolt eljárás mellett elszenvedett, havi legfeljebb 300—350 ccm-nyi vérveszteség még vérszegényebb betegnél sem volt a szervezetre anaemisáló hatással, sőt a sorozatos vérvétel után javult a vérszegénység. A kórlefolyással való összehasonlításból az tűnt ki, hogy a javuló esetekben, bár lényegtelenül, de nőtt a vörösvérsejtek száma és csökkent, helyesebben szólva a normálishoz közeledett a fehérvérsejteké. Több javult betegnél kifejezetten jobbratolódás, illetve lymphocytosis volt megállapítható. A nem javult eseteknek más és más volt a vérképe a lefolyásnak megfelelően.

A nem javult, sőt *romlott betegek* kórtörténetét tanulmányozva érdeklődésre tarthatnak számot azok, akiknél az állapot rosszabbodása látszólag a vérkezeléssel volt összefüggésbe hozható.

A 28 éves jegyzőgyakornoknál baloldalt fibrocavernosus, jobboldalt gyér meszes disseminált tüdőelváltozás, manifest gégefolyamat, a vizeletben geny és Koch-bacillus volt megállapítható, Eredménytelen pneumothorax-kísérlet után sajátvérkezelést kezdtünk intraglutealis vér-, majd intravenás savóoltásokkal. Eleinte subjectiv javulás és testsúlyemelkedés volt az eredménye a zavartalan lefolyású kezelésnek, a VI. héten, 18 befecskendezés után azonban miliaris tuberculosis fejlődött ki s a beteg 1 hét múlva meghalt. Boncolásnál az acut miliaris és a régi tüdőfolyamat mellett régibb eredetű gége- és urogenitalis tuberculosis, ezenkívül az agyban tuberculum solitare találtatott.

A 27 éves katonatiszt, kinek kiterjedt súlyos fibrocaseosus cavernás phthisise, gége- és régi bélfolyamata (évek óta tartó hasmenése) is volt, a legsúlyosabb eset volt kezelt betegeink közül és ép tüdőparenchymával úgyszólván alig rendelkezett. A nyolcadik, 10 ccm-es savóbefecskendezés után addig subfebrilis hőmérséklete 1—2°-kal emelkedett, gyarló szívműködés mellett elesettség és napi 4—5-szöri teljesen híg hasmenés jelentkezett. A kezelést abbahagytuk, a beteg állapota azonban semmit se javult s 18 nap után meghalt. A boncolás az említett szervek kiterjedt, széteső tuberculosisát mutatta.

A 23 éves fémesztergályos tüdőelváltozása jobboldali, elégtelen légmellkezelés után visszamaradt cavernás (ökölnyi csúcscavum), baloldali elég kiterjedt nodosus disseminált folyamatból állott. Gyakori bélpanaszai és a székletben talált Weber-próba béltuberculosis jelenlétét is sejtették. Az első 3 ccm-es savóbefecskendezésre magasan subfebrilis lázgörbéje 1°-os emelkedést mutatott, néhány óra múlva azonban az eredeti szintre visszaesett; az 5 és 7 nap múlva adott 3—3 ccm-es adag újabb és állandóbb lázas emelkedést vont maga után. A beteg alig érzé rosszabbul magát, mégis fogyott. Két hét múlva a láz eredeti magasságára csökkent s a beteg ebben az állapotban távozott intézetünkből.

A 18 éves tanulónak jobboldalt fibrocavernás elváltozása, baloldalt a hilus körül gyér disseminatioja volt. A légmellkezelés nem sikerült. A huszadik, 15 ccm-es savóoltás után — miután már nyolc ízben kapott 20 ccm-es adagot minden kellemetlenség nélkül — 39°-os láz kíséretében a jobboldali folyamat jelentékeny rosszabbodása következett be az alsólebeny tömör beszűrődése képében. A láz 10 nap múlva a megelőző subfebrilis magasságra süllyedt, a röntgenlelet azonban nem mutatott javulást. A beteg ennek ellenére megtartotta előző testsúlygyarapodását.

A 26 éves kézimunkásnő fibrocaseosus, cavernás, retrahált folyamata az egész bal és a jobb tüdő felső felére terjedt, azonkívül gégetuberculosisa is volt. 4 havi kúrája alatt phrenicusmütétet végeztettünk nála, 10 kg-ot hízott, de csak subjective javult. Ezután 2 hónapon át 19 különböző, többízben 20 ccm-es savóadagot kapott különösebb reactio nélkül. A huszadik 8 ccm-es adagra 38.5°-os lázas kilengés következett, amit az addig láztalan betegnél hónapokon át tartó alacsony hőemelkedés követett. Ez alatt az idő alatt a beteg subjective romlott, objective tüdejében változás nem volt észlelhető, gégefolyamata rosszabbodott, súlyban néhány kg-ot gyarapodott.

Ezen esetek tanulsága alapján nem tehetjük magunkévá azt az általánosan vallott felfogást, hogy a sajátsavókezelés teljesen veszélytelen, bár közelfekvő az a feltevés, hogy a rosszabbodás egyrészt az esetek súlyossága, másrészt a kissé bátor adagolás miatt következett be. Extrapulmonalis, de különösen gége- és béltuberculosis esetében, ahol a generalisatio több-kevesebb jele észlelhető, a vérkezelés — ha nem is ellenjavallt — csak nagyon óvatosan alkalmazható. Arra vonatkozólag, hogy a vérkezelés *az extrapulmonalis tuberculosist hogyan befolyásolta*, az ilyen esetek kis számára való tekintettel nem mondhatunk érdemleges véleményt. Annyit azonban megállapíthattunk, hogy a gége- és bélfolyamatok többségében — a tüdőlelettől függetlenül, vagy azzal karöltve — inkább romlott az extrapulmonalis elváltozás.

A *b)* táblázatban felsorolt Turban Gerhardt II. stádiumú betegek eredményei általában megegyeznek a többségével. Hasonlóképpen nincs lényeges különbség a szövődményes esetek adataiban sem, már csak azért sem, mert többnyire a szövődmény jelenléte vagy lefolyása és nem az alkalmazott kezelés döntötte el az eredményt.

4 esetben kifejezett *gócreakciót* láttunk: egy lázas tüdőelváltozás (nedves szörtyzörejekkel), egy lázas csuklóízületi gyulladás és két látzalan gonitis képében. A tüdő elváltozása napok, az ízületeké hetek alatt nyomtalanul visszafejlődött. A hőmérsékletnek 1°-nál kisebb kilengését kb. egyforma gyakran láttuk felfelé és lefelé. 6 betegnél 1—6 órával az injekció után kezdődő s 24 órán belül végződő, általános rosszulléttel kísért 1—3°-os hirtelen hőemelkedést észleltünk. 2 betegnek a kezelés folyamán a tüdőlelettől függetlenül romlott a gégefolyamata.

Kísérő betegségképen egy betegnek diabetes mellitusa, háromnak arteriosclerosisa volt. Ezeknek egyikét sem befolyásolta kedvezőtlenül a vérkezelés; ismeretes, hogy amint a cukorbajnal *(Singer,[22] Bertram[23])*, úgy a hypertoniánál is *(Rusznyák[24])* jó hatását látták az ingertherapiának. Egy latens lues eset változatlan maradt, egy subacut gonorrhoea gyógyult *(Egerváry[25])*.

A vérkezelés *hatásmódjának* magyarázatára két felfogás áll egymással szemben, a specificus és az általános proteinhatásé. A bevezető próbálkozások túlnyomóan a specificus elgondolásból indultak ki, a későbbi eredmények nagyobbára az aspecificus componens javára utalnak. *Tripodi*[26] egészséges ember vérével, *v. Jancsó* ugyanevvel és tüdőbajosok inactivált savójával nem tudott javulást elérni. Utóbbi azonkívül azt is megfigyelte, hogy a sajátvérkezelésre csakis a gümőkóros folyamat reagál. *Weicksel*[15] betegeinél a vérkezelés alatt a tuberculin-allergia fokozódott s a régi intracutan reakciók több esetben fellobbantak. Ezen észlelések a fajlagos jelleg mellett, viszont egyéb szempontok, így az allergia viselkedése is eseteinkben ellene látszanak szólani. Nem fajlagos hatásmódra vall valószínűleg az is, hogy az összes tünet közül a testsúly mutatta a legkifejezettebb javulást és hogy a láztalanodás desensibilisatiós alapon volt feltételezhető.

Ami a kezelés *eredményét* illeti, azt tapasztaltuk, hogy a sebészi therapia a vérkezeléssel szemben kimagasló jelentőségű. Csakis a hygienés-diaetás kúrát végző bete-

I/*b* táblázat.

	Esetek száma	Kúraidő (napokban)	Közérzet Vélt munkaképesség: lényegesen javult	javult	nem változott	romlott	Köhögés: nem köhögött	megszünt	lényegesen csökkent	csökkent	nem változott	erősbödött
Turban Gerhardt II. esetek**	8	72	— / 0	5 / 62	3 / 38	— / 0	2	1 / 16	— / 0	2 / 33	3 / 51	— / 0
Szövődményes esetek: Vérkezelés**	16	164	1 / 6	2 / 13	6 / 37	7 / 44	—	— / 0	— / 0	2 / 13	10 / 62	4 / 25
Szövődményes esetek: Hyg.-diaetás kezelés	72	88	1 / 1	21 / 30	32 / 44	18 / 25	4	3 / 4	— / 0	18 / 26	27 / 40	20 / 30
Szövődményes esetek: Művi kezelés	26	127	— / 0	7 / 27	11 / 42	8 / 31	1	— / 0	1 / 4	5 / 20	12 / 48	7 / 28

II/*b* táblázat.

	Köpetmennyiség: megszünt	lényegesen csökkent	csökkent	nem változott	szaporodott	Hőmérséklet: láztalan volt	leláztalanodott	láza csökkent	lázas maradt	lázas lett	Testsúly: sokat gyarapodott	gyarapodott	súlyban maradt	fogyott
Turban Gerhardt II. esetek**	— / 0	1 / 12	3 / 38	4 / 50	— / 0	3	— / 0	— / 0	5 / 100	— / 0	1 / 12	5 / 63	2 / 25	— / 0
Szövődményes esetek: Vérkezelés**	— / 0	— / 0	2 / 13	10 / 62	4 / 25	—	— / 0	1 / 6	10 / 62	5 / 32	3 / 18	6 / 38	1 / 6	6 / 38
Szövődményes esetek: Hyg.-diaetás kezelés	1 / 1	2 / 3	16 / 23	27 / 40	23 / 33	11	6 / 10	8 / 13	34 / 57	12 / 20	14 / 19	24 / 33	12 / 17	22 / 31
Szövődményes esetek: Művi kezelés	2 / 8	1 / 4	5 / 19	11 / 42	7 / 27	3	3 / 13	1 / 4	18 / 79	1 / 4	1 / 4	11 / 42	5 / 19	9 / 35

III/*b* táblázat.

	Vérsejtsüllyedés: lényegesen javult	javult	nem változott	romlott	Bacilláris lelet: neg. volt	neg. lett	pos. maradt	Röntgenlelet: lényegesen javult	javult	nem változott	romlott
Turban Gerhardt II. esetek**	2 / 25	2 / 25	3 / 38	1 / 12	6	— / 0	2 / 100	— / 0	— / 0	8 / 100	— / 0
Szövődményes esetek: Vérkezelés**	2 / 13	4 / 27	4 / 27	5 / 33	1	— / 0	15 / 100	— / 0	— / 0	13 / 81	3 / 19
Szövődményes esetek: Hyg.-diaetás kezelés	5 / 10	10 / 20	14 / 28	21 / 42	10	3 / 5	58 / 95	2 / 3	1 / 2	41 / 65	19 / 30
Szövődményes esetek: Művi kezelés	1 / 6	2 / 13	5 / 31	8 / 50	1	1 / 4	24 / 96	— / 0	1 / 5	11 / 50	10 / 45

gekkel való összehasonlításról lehet tehát szó s ez a testsúlygyarapodás tekintetében a vérkezelésre előnyös, a láztalanodásban hátrányos adatokat eredményez, a többi tünet tekintetében pedig nincs kifejezett eltérés. Meg kell azonban említenünk, hogy a haemotherapiás részlet-eredmény több olyan betegnél is bekövetkezett, akinek állapota előzően nem javult. Mindezek alapján kissé túlzottnak gondoljuk *v. Jancsó* felfogását, aki a kezelést a tuberculosis specificus gyógymódjának tartja és tőle a betegség „gyógyulását" várja. Érdeme az, hogy erre az ismert eljárásra a figyelmet saját vizsgálataival felhívta.

A productiv, kis activitással bíró folyamatok — mint láttuk — sokkal kedvezőbben reagálnak, mint a súlyos formák. *Legjobban befolyásolta a kezelés a testsúlyt, azután a subjectiv, ritkábban az objectiv tüneteket,* azonban cavernás elváltozás röntgenologiai javulását is láttuk. *Megkísérelhetőnek* tartjuk az eljárást *hízlalás céljából az insulin-kúra* és mint az aránylag legenyhébb ingert *a tuberculin és arany helyett,* azokban az esetekben tehát, amelyeknél az ingertherapia kerülhet szóba; *végül minden* olyan, *egyéb kezelésre alkalmatlan, nem túlságosan súlyos folyamatnál,* amelynél a szervezet reakció- és regenerációképessége feltételezhetően megtartott. Előrement vagy párhuzamos művi kezelés, a caverna vagy mellhártyakéreg jelenléte, vagy egyéb kísérő betegség általában nem akadálya a kezelésnek. Gége- vagy bélfolyamatnál azonban nagy óvatosság ajánlatos.

Összefoglalva tapasztalatainkat azt mondhatjuk, hogy a sajátvérkezelés nem gyógyítja a tuberculosist, hatása a compressiós kezelés eredményét nem közelíti meg s a hygienés-diaetás gyógymódnál nem hasznosabb. Nem tekinthetjük causalis eljárásnak, legfeljebb egyes esetekben betegeink tüneti kezelésére használhatjuk fel.

Irodalom: 1. Id. *Bandelier* és *Roepke* után, lásd 8. alatt 466. o. — 2. Tuberculosis 1906—5. — 3. Berl. klin. Wschr. 1903—48. és Med. Klin. 1906—3. — 4. Id. *Bandelier* és *Roepke* után, lásd 8. alatt 473. o. — 5. Deutsch. med. Wschr. 1908—38. — 6. Münch. med. Wschr. 1920—5. — 7. Deutsch. med. Wschr. 1924—669. o. — 8. Lehrb. d. spezif. Diagn. u. Ther. d. Tbk., 1922—Leipzig (Kabitzsch). — 9. Id. *Tripodi* után, lásd 26. alatt 242. o. — 10. Die Tbk., ihre verschiedenen Erscheinungsformen u. Stadien, sowie ihre Bekämpfung, 1921. — Berlin (Springer). — 11. Id. *Weicksel* után, lásd 15. alatt. — 12. Münch. med. Wschr. 1915—8—253. o. — 13. Deutsch. med. Wschr. 1924—1751. o. — 14. Münch. med. Wschr. 1925—1107. o. — 15. Deutsch. med. Wschr. 1925—1392. o. — 16. Münch. med. Wschr. 1927—60. o. — 17. Orv. Hetil. 1929—4—97. o. — 18. Orv. Hetil. 1930—18—436. o. — 19. Orv. Hetil. 1930—30—750. o. és Beitr. z. Klin. d. Tbk. 1931—76—4/5. — 20. A Magyar Orvosok Tuberkulózisegyesületének Munkálatai 1929—11—226. és 1930—12—171. o. — 21. Ztschrf. f. d. ges. exper. Med. 36. — 22. Wien. klin. Wschr. 1924—155. o. — 23. Klin. Wschr. 1925—1106. és 2285. o. — 24. Klin. Wschr. 1924—3—272. o. — 25. Orv. Hetil. 1930—28—693. o. — 26. Tubercolosi 1930—8.

Válasz vitéz Dániel Gábor dr. és Schiffbeck Emil dr.-nak: „A sajátvérkezelés értéke a tüdőgümőkórnál" cimü közleményükre.

A mult év május 14-én a kir. Orvosegyesületben tartott előadásomban, valamint az azóta megjelent közleményekben (O. H. 930. XXX.) (Beiträge zur Kl. der Tuberk. 931. 76. K. Gyógyászat, 931. 24—25. sz.) részletesen beszámoltam a vérsavó-vérkezeléssel több évi kísérleteim során elért eredményekről. Minden esetben hangsúlyoztam, hogy a tüdőparenchymának 50%-át meg nem haladó egy- vagy kétoldali exsudativ, vagy kiterjedt összenövéseket nem okozó fibronodosus, illetve cavernás folyamat a vérsavó-vérkezeléssel az esetek túlnyomó többségében gyógyítható. Az ennél súlyosabb folyamatok gyógyulási lehetősége, a beszűrődés terjedelmével és a szervezet regenerálóképességével arányosan csökken. Nem várható gyógyulás tekintet nélkül a folyamat terjedelmére, ha kiterjedt összenövések callusképződések vagy lenőttfalu cavernák vannak jelen. Statisztikát szándékosan nem adtam. Nem hiszem, hogy statisztikával, melynek a legnagyobb tárgyilagosságra törekvés mellett is van egyéni színe, egy gyógymód értéke eldönthető lenne. A különböző statisztikák a rendelkezésre álló anyag különfélesége miatt még akkor is nehezen hasonlíthatók össze, ha a vizsgálatok egy jól kitaposott indicatiós terület határai között történnek. Sajnos a jelen esetben az elért eredmények összehasonlítására ez sem szolgálhat alapul. *Dánielék* az általam megjelölt indicatiós határokat mellőzve, „meglehetős széles indicatio alapján kezeltek cirrhoticus, fibrocaseosus, ulcerosus phtisist, legnagyobbrészt nyilt cavernás és kivétel nélkül erős aktivitással biró, progrediáló s több extrapulmonális localisatióval társult folyamatot." „Kezelésre a szanatoriumi beteganyag súlyosabb részét választottuk" — mindja vitéz *Dániel.* — Végeredményben tehát vérsavóvérkezelésben részesültek azok a betegek, akik az előzetes szanatóriumi hyg.-diaet.-kezeléssel nem javultak, akik eredménytelen sebészi therapiában részesültek és végül mindazok, akiknél a sebészi beavatkozás contraindicalt volt. Tárgyilagos biráló szemében ez a beteganyag nem szolgálhat egy komoly összehasonlító statisztika alapjául olyan beteganyagon elért eredményekkel szemben, amely nékem áll rendelkezésre. Természetes tehát, hogy *Dánielék* megközelítőleg sem értek el, de ezen a beteganyagon nem is érhettek el olyan eredményeket, mint amilyenről én beszámoltam. Fokozza a differenciát a rövid és erősen megterhelt kezelési idő is. Amíg náluk az átlagos kezelési idő egyénenként nyolc hét volt 25 injectióval, nálam 21 hét 43 injectióval. S mindezek dacára is észlelték a köhögés *lényeges csökkenését,* illetve megszűnését, a közérzet *lényeges javulását.* Észlelték a láz megszünését olyan betegeken, akik lázukat a megelőző fekvő-kúra dacára is megtartották. Észlelték a köpet bacillus tartalmának eltünését. Igazolták a röntgenlelet általános javulását, a kavernák zsugorodását, illetve eltünését, disseminált gócok felszívódását és a testsúly feltünő gyarapodását. Mindezt olyan betegeken, akiken a vázolt kórtörténeti kivonatok és az áprilisi előadáson vetített röntgen-felvételek szerint az addig alkalmazott therapiák eredménytelenek voltak. Nem kisebbítheti tehát értékét az, hogy spontán kavernagyógyulások is fordulnak elő. Aránylag kevés beteg lett láztalan és kevés köpet lett negativ, de egyrészt a vérrel kezeltek közt „eredetileg is kevesebb volt láztalan és Koch-negativ, mint a többi beteg közt", másrészt az ilyen súlyos folyamatok közt sok a társfertőzés, ami a lázas állapotot fentartja. *(Balogh, Brauer—Peters,* Gyógyászat, 931. 24—25. sz.) A versejtsüllyedést illetőleg nézetem azonos. Értékelhető eredményt csak nehány nappal a kezelés befejezése után megejtett vizsgálattal kaphatunk. *Dániel* a közérzet javulását az új gyógymódoknál jelentkező suggestiós tényezőkre vezeti vissza. A jelen esetben pedig általánosságban alig jöhet számításba ez, mert *Országh Oszkár* ig.-főorvos májusi orvosegyesületi és szeptemberi hirlapi nyilatkozata után egyre-másra érdeklődtek nálam a szanatoriumi betegek hozzátartozói, hogy engedjék-e családtagjaikat ezek után is vérsavó-kezelésben részesíteni?

A táblázat szerint legjobb eredményeket a sebészi kezelésben részesült betegek értek el. Rámutattam már, hogy hibás eljárás egy hézagos technikával és még hiányos indicatióval biró belgyógyászati therapiás eljárás alig nehány hónapos eredményét, egy pár évtizedes, kidolgozott technikával és határozott indicatiós területtel biró sebészi therapia eredményével összehasonlítani. Távolról sem gondolom ezen eredményeket kétségbe vonni, de kérdem,

vajjon hogy alakult volna az a táblázat, ha az előírt indicatio betartatott volna? Mert hiszen, ha „kétoldali hatalmas csucscavum" thoracoplastica utáni cirrhotikus cavernás folyamat" „légmellkezelés utáni tojásnyi-ökölnyi caverna" a vérkezeléssel „feltünően zsugorodik, illetve eltünik és a köpet negativvá válik", akkor nem nehéz elképzelni, hogy a légmellkezelés indicatiós körébe tartozó korai cavernák is gyógyulnak. Ilyenek azonban a kezeltek közt nem szerepeltek. A mult év szeptembere óta több cavernás lázas beteget vettem kezelésbe, néhányat közülük kényszerítő okokból súlyos állapotban. Háromnál a kezelést félbe kellett szakítanom, kettő jelentékeny hőcsökkenéssel önként szakította meg. A többi — nyolc — láztalan s egy kivételével Koch-negativ lett. Cavernája mindannyinak eltünt. Lesz majd alkalmam ezt hivatalos leletekkel igazolni. Hasonlóan jó eredményekről kaptam személyes értesítést a bécsi poliklinikáról, de ezekről, mivel csak ezután kerülnek közlésre, nem áll jogomban nyilatkozni. Jogosan vetődhet fel majd ezek után a gondolat, hogy egyáltalán helyes-e a korai cavernás betegeket a folyton ismétlődő sebészi beavatkozás kellemetlenségeinek s főkép az ezzel járó esetleges szövődményeknek kitenni, ha azok 5—6 hónap alatt belgyógyászati kezeléssel is gyógyulnak.

A vérsavó-kezeléssel kapcsolatosan gyakran történik hivatkozás külföldi szerzőkre. Első közleményemben több külföldi szerzőre hivatkoztam, akik részben állati, részben human vérrel, illetve savóval, néhányan saját vérrel próbálták a tbc.-t gyógyítani. Külön rámutattam, hogy *Weicksel* saját savóval 36 beteget kezelt, de csak 0.5—2 cm^3 maximális dosisban, subcutan, 4 hónap maximális kezelési idővel. *Rhode* és *Peus* friss vérrel, friss- és régi defibrinált vérrel és savóval próbálkozott. Tehát sem egyik, sem másik abban a formában, amint én tettem, de kijelentem, hogy ezekre is csak kísérleteim befejezése után bukkantam. A kezelés methodicáját a gyakorlati élet tapasztalatai alapján állítottam össze és 2 évi feltünés nélkül folytatott kísérlet után személyi érdek nélkül hoztam nyilvánosságra, mert meggyőződésem volt, hogy ennek alkalmazásával betegeink és a köz érdekét szolgáljuk. Más a tuberculosis a gyakorlati életben és más a szanatoriumban, azért az eredmények sem lehetnek s nem is lesznek azonosak, különösen egy még meg nem alapozott therapiánál nem. De újabb tapasztalataim alapján e helyen is kérek mindenkit, akinek módjában áll, hogy e kérdéssel behatóan foglalkozzék, mert meggyőződésem, hogy megfelelő viszonyok között eredménnyel jár.

vitéz *Jancsó István* dr.

Budapest székesfőváros Szent László járványkórház fülészeti osztályának közeménye. (Igazgató főorvos: Furka Sándor dr., e. ü. főtanácsos. Osztályvezető főorvos: Szatmáry Sándor dr.)

A skarlát otitisek statisztikai megvilágításban.

Irta: *Laib Tivadar* dr., alorvos

A hevenyfertőzőbetegségek kapcsán fellépő középfülgyulladásoknak nagy fontosságot kell tulajdonítanunk, először is mert hihetetlen magas százalékban szokott társulni az egyes járványokhoz, másodszor pedig a még enyhének igérkező megbetegedést is prognostikailag a legsúlyosabbá teheti.

Az egyes megbetegedésekhez társuló otitisek igyekeznek megtartani karakterisztikus tulajdonságaikat, de felvesznek olyan változatos és tipusos tüneteket is, hogy ezáltal magukon viselik az alapmegbetegés bélyegét. Ezért tehát általános képet nem lehet róluk festeni, hanem csak az egyes megbetegedések keretében vázolni.

Sajnos az egyes részletkérdéseket az anyag nagysága és a tárgykör sokoldalúsága miatt nem világíthatom meg kellőképen, csak egy keretet adok a számok halmazához és igyekezek kitérni arra a fontos kérdésre, hogy az otitiseknek milyen az összefüggése az alapmegbetegedésekkel, különösen, mint aethiológiai tényezővel szemben.

Ezen kérdés tisztázásához különösen hozzájárul *Preising*, aki szorgos és lelkiismeretes kutatásai alapján azt állítja, hogy a normalis dobüreg csiramentes, tehát a dobüregben talált bakteriumok nem saprophyták, hanem aethiológiai tulajdonsággal bírnak és különféle adatok összegyűjtése után úgy találta, hogy az acut otitisek 84 %-át streptococcusok okozzák.

Ezek után feltételezhetjük, hogy a fertőző megbetegedés csak egy localis dispositiót okoz, ami azután segédkezet nyújt a gyulladás kifejlődéséhez. Ez nem vonatkozik azonban a dyphtheriás és thyphusos középfülgyulladásokra, mert ott nagyon gyakran, mint aethyológiai tényezőt, az alapmegbetegedés bacteriumát találjuk.

Ezek után foglalkozzunk a scarlatinával, mint közismerten otitist okozó megbetegedéssel. A gyakorlati életben talán ezen otitiseknek van a legnagyobb jelentősége, mivel a vele kapcsolatos fülkomplikációknál megbetegedhetnek az összes anatómiai függelékek és ezáltal a legsúlyosabb elváltozások előidézője lehet. Elég szomorú bizonyíték erre *Bürckner* statisztikája, aki kimutatta, hogy az összes süketek és süketnémák 12%-át a scarlát tett nyomorékká. Ugyancsak a chronicus otitisek tetemes százaléka scarlátos eredetű.

A scarlát otitisek gyakoriságára *Krepuska* már 1911-ben, klasszikusan szép dolgozatában hivta fel a figyelmet és ugyancsak a Budapest Szföv. Szt. László járványkórházának 1910. évi scarlatanyagát feldolgozva azt találta, hogy a 3032 beteg közül 505-nek tehát: 16,6%-nak volt járulékos középfülgyulladása. Mint azonban alább látni fogjuk az otitisek százalék száma az egyes évek és epidemiák szerint nagyon tág határok között mozog, a genius epidemicus szeszélyétől és természetétől függően. Ezért van azután, hogy a százalékszám szerzők szerint 5—27,4 %-ig ingadozik.

A középfülgyulladás a betegség bármely időszakában felléphet, van azonban két idő, amikor előszeretettel jelentkezik, még pedig leggyakrabban az első héten a lázas szakban, azután pedig a láztalan hámlási szakban. Ezt azonban alaptétel gyanánt nem lehet lefektetni, mert az egyes esetek és évek nagyobb eltéréseket is mutatnak. Az eltolódás a súlyosabb járványoknál és megbetegedéseknél az első hét javára történik.

Egyes német szerzők ezen az alapon klinikailag kétféle kórformát különböztetnek meg: a súlyos korai és a könnyű késői otitist. Hogy ez mennyire nem helytálló, azt csak mi látjuk, akiknek a kezén óriási beteganyag megy keresztül. Azt pedig már *Krepuska* is említi, hogy nagyon gyakran a legsúlyosabb fülszövődmények a hámlási szakban jelentkeznek.

Az otitis kezdetét és lefolyását a súlyos kórforma sokszor elfedi és csak már a nagyon előrehaladott elváltozásokat vesszük észre. Ajánlatos tehát a slúyos scarlátesetek fülészeti ellenőrzése és figyelembetartása, hogy minél hamarabb beavatkozhassunk, de még sokszor így sem tudjuk a súlyos necrotikus kórforma kifejlődését megakadályozni, mert órák alatt, alig észrevehető tünetektől kísérve a legsúlyosabb destructiók léphetnek fel.

Ha az otitis a megbetegedés láztalan szakában kezdődik, úgy láztalanul is lefolyhat, *Holgreen* szerint ez a legyengült szervezet reactióképtelenségével magyarázható.

A dobüreg fertőződése haematogen módon is történhet, de nagyon nagy százalékban az út a tubákon át vezet, különösen áll ez a súlyos toroktünetekkel járó esetekre, amikor a tubákon is hasonló súlyos necroticus elváltozások léphetnek fel. Amennyiben a tubák csillószőrös hámja már tönkrement, nincs ami továbbra is olyan féltékenyen vigyázzon a dobüreg sterilitására, az tehát magára hagyva áldozatául esik a bacterium invásiónak. A toroktünetek súlyossága és az otitisek fellépése között nem találunk mindig összefüggést, mert nagyon gyakran látjuk, hogy az enyhe toroktüneteket okozó scarláthoz társul a súlyos otitis. Itt tehát a fertőződés haematogen úton történhetik. Az otitisek 98%-ában kórokozó gyanánt a sreptococcus haemoliticust tudtuk kimutatni, úgy a dobüregi, mint a műtétre került eseteknél a csecsüregi genyből is: ez talán részben a scarlát ethyologiájának tisztázásához is hozzájárul.

A scarlát-otitisek legsúlyosabb alakja az úgynevezett otitis media acuta necrotisans. A többi ismert kórformát tehát nem részletezve, ezzel kissé bővebben foglalkozzunk. Ezen kórformát régebben a németek scarlat-diphtheriás elnevezéssel jelölték, amikor is a diphtheriás szó *Wirhow*tól kezdeményezett histologiai elnevezés volt és a fibrosusgyulladásnak a necrobiosissal való társulását jelentette. Mivel azonban ez értelemzavaró volt, azért tértek át a scarlát-necrosis elnevezésre, mert míg a diphtheriánál a fibrosus gyulladás, addig itt a necrobiosis dominál. A diphtheriás otitiseknél is elég mélyre terjedő a necrosis, de sohasem annyira, mint a scarlátnál. A mérsékelt gömbsejtes infiltratio és az ad maximum tágult és trombotisált véredények adják a jellegzetes kórbonctani képet. A thrombosis a nagyon virulens törzseknek és azok toxinjainak a következménye. Ezen súlyos elváltozások okozzák azután az epithel, submucosa, muscularis, periost, idegek és csontok gyors pusztulását. A hallócsontocskák nyálkahártya borítékuktól megfosztva, mint elhalt sequesterek fekszenek a dobüregben, legellenállóbb még szerencsére a kengyel talpa. A csontok gyors necrosisát sietteti még a geny resorbtiós tulajdonsága is. A labirynthititisek fellépését szerencsére csak nagyon ritkán észleljük, de előfordulhat mindkét faja. *Manasse* hívta fel a figyelmet arra a érdekes körülményre, hogy míg a pitvar és csiga genyes, addig a többi részek csak serosus gyulaldás képét mutathatják. Ezenkívül toxin hatás folytán degeneratiós neuritisek léphetnek fel, főleg az acusticus cochlearis ágában, míg a vestibularis intact lehet.

Az egyszerű otitiseknél restitutio ad integrum lehetséges, de már a necrotikus alaknál nem, mert az rendesen átmegy chronicus alakba, vagy pedig úgy gyorsul, hogy a hallójárat hámja benő a dobüregbe, ami azután secundaer cholesteatoma képződéséhez vezet.

Az otitisek kezdeti stadiumában igyekezzünk már beavatkozni, mert a dobüregben pangó geny rövidesen foetiddé válik, benne necroticus cafatokat és sequestereket találunk, a Fallop csatorna gyors elpusztulása által facialis paraesis lép fel, a dobüreg bármely falának az elpusztulása pedig a legsúlyosabb szövődményeket okozhatja. A korai paracentesis elmulasztása tehát nagyon komoly szövődménynek lehet az előidézője, mégis sokan nem paracentálnak, vagy legalább az indicatióját a legszűkebb határok közé szorítják. Pedig nem közömbös az, hogy a geny maga keresi-e meg a jó, vagy a rossz utat a dobhártyán, vagy pedig mi biztosítjuk a lefolyást ott és olyan nyiláson, mint aminőre az adott viszonyok között szükség van. De még abban az esetben sem tarthatjuk sem károsnak, sem hiábavalónak a paracentesist, ha genyet nem kaptunk, mert semmivel sem nagyobb beavatkozás, mint bármely más annyira dícsért próbapunctio és gyakran annak a szerepét is tölti be. A későbbiekben majd számszerüleg is bizonyítva láthatjuk, hogy mennyivel gyakrabban lép fel mastoiditis a nem paracentált eseteknél, mint azoknál, akiknél idejekorán beavatkoztunk.

A fülfolyás, ami eleinte lehet serosus, de mind inkább genyes jelleget öltve, hosszú hónapokig tarthat. Nagyon fontos az a körülmény, hogy a geny még 10—12 hét után is fertőző lehet és ezáltal újabb epidemiák kiinduló pontját képezheti. Ezért szükséges a nem elég inteligentiával rendelkező egyén, vagy szülők gyermekeinek hosszú, zárt, intézeti kezelése.

A genyes középfülgyulladások leggyakoribb és igen súlyos szövődményéről, a mastoiditisről nem akarok közismert dolgokat elmondani, csak olyant és annyit, amennyire szükség van, hogy az otitisek komolyságát és jelentőségét kellőképen megvilágítsam. Eléggé meggyőző már az a körülmény is, hogy az otitisek 12%-nál észleltünk súlyos mastoiditist, de ebbe csak az operált esetek vannak bele számítva. A szövődmény jelentkezhet már az otitissel egyidejüleg is és ilyenkor a középfül, mint átjáró szerepel a bacteriumok útjában. A két kórkép egymást el is fedheti; sőt vannak esetek, amikor határozottan látjuk, hogy a mastoiditis az elsődleges és csak a retrograd otitis árulja el a betegség székhelyét. Nagy általánosságban már a fülfolyás mennyiségéből is következtethetünk a mastoiditis jelenlétére, ha a többi praegnáns symptomáját nem is észlelnénk. Ugyanis a túlbőséges és három hétnél tovább tartó fülfolyás mindig komolyan megfontolandó. Nyugtalanító tüneteket rendesen csak akkor látunk, ha a geny lefolyása az antrumon keresztül megnehezített. Ugyanúgy mint az otitis, a mastoiditis is nagyon változatos kórképet és tünetcsoportot okozhat, a változat annyiféle, ahányféle anatomiai structurája van a csecsüregnek, ennek megfelelően a lágyrészek viselkedése is nagyon különböző, hol a temporális tájon jelenik meg a duzzanat és subperiostealis tályog, hol pedig a fossa digastricában.

Ha a mastoiditis keletkezésének okát kutatjuk, úgy rengeteg tényezőt kell figyelembe vennünk, többek között a bacteriumok milyensége és virulentiája jelentős tényező, pl. a streptococcus mucosusról tartják, hogy előszeretettel okozna mastoiditist. *Witmaac* a tág pneumaticus cellarendszert hibáztatja, míg mások a pneumatisatio hiányát. A németek az exudativ diathesist is emlegetik, mint praedisponáló momentumot. A gyermekkorban különösen számbavehető körülmény a dobüreg és függelékeinek anatomiai fejletlensége, a rövid, tág, horisontális, sőt sokszor lefelé irányuló tuba, az antrum és a dobüreg közötti tág communicatio, az el nem csontosodott fissura petrosquamosa. Mint mechanikus tényezőt a hydrogen superoxydot is emlegetik.

Ezek után lássuk számszerű adatokkal megvilágítva és megerősítve a scarlat- otitisek nagy jelentőségét. Az elmult 15 év alatt 25.260 scarlat beteg állott kórházunkban kezelés alatt, közülük 4418-nál lépett fel járulékos otitis, ami 17.4%-nak felel meg.

I. táblázat.

Év	Sp. beteg	Fül-beteg	Százalék szám
1914	1799	274	15.3%
1915	1957	253	12.9%
1916	2659	308	11.5%
1917	2356	282	11.9%
1918	1205	198	16.4%
1919	611	125	20.6%
1920	1705	269	15.8%
1921	2496	514	20.6%

Év	Sp. beteg	Fül-beteg	Százalék szám
1922	1507	278	18.5%
1923	1002	225	22.4%
1924	1218	243	19.9%
1925	2262	446	19.6%
1926	2326	520	22.3%
1927	1353	299	22.0%
1928	804	184	22.8%
Összesen:	2526	4418	14.4%

A százalékszám tehát nem lenne olyan magas és alatta van *Jochmann* 20%-nak, ha azonban az egyes éveket és a nagyobb epidemiákat vizsgáljuk, mint pl. az 1921, 1926, 1928 évet, akkor már az otitisek száma a 22.8%-t is eléri. Ezzel szemben az egyes évek a feltünő alacsony százalékukkal tünnek ki, mint az 1916 év, amikor az otitisek száma 11.5%-t tesz ki.

A százalékoknak ilyen tág határok közt való hullámzásából azt az érdekes körülményt figyelhetjük meg, hogy a morbitás szempontjából a nagyobb epidemiák enyhébbek voltak a fülcomplicatiók előidézésében, mint a kisebb morbiditású járványok.

A második tabella az otitisek fellépésének idejét részletezi. Az otitisek fellépésének idejét négy csoportba osztottuk, aszerint, amint a megbetegedés első, második, vagy harmadik hetében, vagy pedig ezután lépett fel. A középfülgyulladás kezdetét nem minden esetben lehetett pontosan megállapítani, ami 4418 betegünk közül is csak 3682-nél volt pontosan megállapítható.

II. táblázat.

Év	Kezdődött I-ső héten	Kezdődött II-ik héten	Kezdődött III-ik héten	Kezdődött III-ik hét után
1914	13	32	14	34
1915	68	111	84	154
1916	42	55	61	106
1917	40	48	64	101
1918	32	40	36	79
1919	22	15	26	29
1920	45	60	65	66
1921	121	95	73	73
1922	78	54	57	33
1923	55	32	51	41
1924	62	34	36	57
1925	139	101	66	69
1926	180	90	85	110
1927	91	32	25	82
1928	45	13	20	60
Összesen:	1033	792	763	1094

Ha az egyes éveket külön-külön vizsgáljuk, úgy meszszebbmenő következtetéseket nem tudunk levonni, azonban ha a 15 év anyagának összegezését nézzük, úgy feltünik, hogy az otitisek legnagyobb részének jelentkezése a megbetegedés első hetére és a harmadik hét utáni időre esik. A harmadik táblázatban látjuk feltüntetve, hogy az otitis egy, vagy két oldali megbetegedés alakjában jelentkezett-e.

Az adatokból kitünik, hogy az egyoldali megbetegedés a gyakoribb és a két oldali csak lényegesen kisebb százalékban szerepel. Ez prognosticailag fontos, mert a kétoldali megbetegedés sokkal jobban igénybe veszi a

III. táblázat.

Év	1 old. fülbeteg	Százalék szám	2 old. fülbeteg	Százalék szám
1914	174	62.7%	100	37.3%
1915	178	70.3%	75	29.7%
1916	223	72.4%	85	27.6%
1917	210	74.4%	72	25.6%
1918	128	64.7%	70	35.3%
1919	86	67.6%	39	44.4%
1920	190	70.6%	79	29.4%
1921	318	61.8%	196	38.2%
1922	153	55.0%	125	45.0%
1923	118	52.4%	107	47.6%
1924	149	61.3%	94	38.7%
1925	271	66.8%	175	39.2%
1926	249	47.8%	271	52.2%
1927	136	45.5%	163	54.5%
1928	100	54.3%	84	45.7%
Összesen:	2683	60.7%	1735	39.3%

már amúgy is legyengült szervezetet és ha a sok complicatio közül csak a sinus thrombosisra gondolunk, látjuk, hogy mennyire súlyos megbetegedés az, ha kétoldali s milyen kétségbeejtő dilemma elé állítja az orvost.

A negyedik táblázat szemlélteti, hogy a scarlat-otitiseknél milyen gyakori a spontán-perforatio. Ebből is láthatjuk, hogy sokszor mennyire alattomosan és tünetmentesen kezdődhetik és annak ellenére, hogy a kórházi beteganyag szigorú fülészeti ellenőrzés alatt áll, az otitist csak a fülfolyás megindulása árulja el.

IV. táblázat.

Év	Operált	Spont. perfor.	Paracentalt
1923	21	16	5
1924	29	20	9
1925	63	45	18
Összesen:	113	81	32

Év	Sp. perfor	% szám	Paracen.	% szám
1914	175	63.8%	99	36.2%
1915	217	85.8%	36	14.2%
1916	216	70.2%	92	29.8%
1917	211	74.9%	71	25.1%
1918	130	65.7%	68	34.3%
1919	82	65.6%	43	34.4%
1920	178	66.2%	91	33.8%
1921	279	54.2%	235	45.8%
1922	168	60.4%	116	39.6%
1923	127	56.4%	98	43.6%
1924	133	54.7%	110	45.3%
1925	256	57.3%	190	42.7%
1926	316	66.7%	204	39.3%
1927	147	59.4%	122	46.9%
1928	79	46.7%	105	59.3%
Összesen:	2744	62.1%	1674	37.9%

A spontan-perforatiók gyakorisága abból a szempontból is fontos, hogy tapasztalatunk szerint ezeknél sokkal gyakoribb a mastoiditis kifejlődése, mint a paracentaltaknál. Ennek bizonyságára állítottuk össze a fenti kisebb

táblázatot, ahol három éves, mastoiditis miatt operált anyagunkat aszerint csoportosítottuk, hogy az otitis spontan-perforatióval kezdődött-e, vagy pedig előzetes paracentesis történt. Amint látjuk a 113 operált beteg közül 81-nél spontan perforálódott a dobhártya, míg a paracentáltak közül csak 32 szerepel. Mindezek dacára *Scheibe* azt állítja, hogy a paracentesis egyáltalában nem befolyásolja a mastoiditis kifejlődését, sőt ezeknél még gyakoribb a complicatio.

Hogy spontan-perforatiók után olyan gyakori a mastoiditis, azt részben már a mechanikus okok is érthetővé teszik, mert hiszen a dobhártya erős és rugalmas rostokban dús anyagának perforatiójához a váladék nagy mennyisége és nyomása szükséges. Ez a nyomás alatt álló geny azonban nem csak a dobhártya felé előre, hanem az adituson keresztül hátra a csecsüreg felé is talál utat és különösen a csecsemők spongiosus csontállománya, szivacs módjára absorbeálja a genyet. Tehát ezzel a mastoiditis kiindulásának az alapja adva van.

A spontan-perforatiót elősegíti az egyidejüleg fennálló tuba elzáródás is, mert ez is erősen hozzájárul a váladék mennyiségének növeléséhez. Jó tehát, ha késsel kezünkben, beavatkozásra készen figyeljük az otitis kifejlődését, szemünk előtt tartva azt a régi sebész igazságot: „Ubi pus, ibi evacua."

Az ötödik táblázatban az operált mastoiditiseket gyűjtöttük össze. Mivel azonban jelen dolgozatban nem célunk az otitisek complicatióit is részletesebben tárgyalni, azért most ezekkel bővebben nem is foglalkozunk.

V. táblázat.

Év	Összes operált	%	Egy old. műtét	Két old. műtét
1914	45	16.4%	31	14
1915	16	6.3%	13	3
1916	26	8.4%	21	5
1917	20	7.8%	17	3
1918	15	7.5%	9	6
1919	20	16.6%	16	4
1920	27	10.0%	20	7
1921	70	13.6%	39	31
1922	37	13.3%	22	15
1923	23	16.2%	15	8
1924	36	14.8%	22	14
1925	71	15.9%	46	25
1926	75	14.4%	43	32
1927	71	23.7%	40	31
1928	51	27.7%	25	26
Összesen:	663	13.6%	379	224

Amint látjuk az egyes epidemiák itt is elég nagy hullámzást okoznak, jelezve az otitisek komolyságát. Az egy oldali középfülgyulladásoknak megfelelően az egyoldali operált mastiditisek száma is lényegesen nagyobb.

A hatodik táblázatban az otitises betegek mortalitásának számát és krölüményeit ismertetjük. Ezen táblázat teljességét az a sajnálatos esemény teszi csorbává, hogy az 1918 év előtti időben elkallódtak és így az otogen és nem otogen halálokok elkülönítése csak az ezutáni években sikerült. De különben is nagyon nehéz feladat az egyes halálokok különválasztása, mert különösen a mi beteganyagunknál, ahol az okok sokfélesége jöhet számításba. A mortalitás megdöbbentően nagy, de ne feledjük el, hogy kórházunkban csak a súlyos septicus és rossz socialis viszonyok közt élő betegeket szállítják, ezeknél pedig jó eredményt elérni nem mindíg sikerül.

VI. táblázat.

Év	Fül-beteg	Meghalt összesen	Otogen halálok	N. otogen halálok
1914	274	21	—	
1915	253	19	—	
1916	308	25	—	
1917	282	24	—	
1918	198	20	—	
1919	125	18	—	18
1920	269	41	1	40
1921	514	73	2	71
1922	278	27	—	27
1923	225	24	2	22
1924	243	31	3	28
1925	446	37	4	33
1926	520	18	5	13
1927	299	14	4	10
1928	184	11	4	7
Összesen:	4418	403	25	269

Összefoglalva a scarlat-otitisekről mondottakat, a következő tapasztalatokat szürhetjük le:

1. Az otitisek fellépése független az epidemiáktól, mert az egyes járványok napjaiban is nagy eltéréseket észleltünk, hanem csakis a betegség characterétől a genius epidemicustól függ.

2. Nagyon fontos, hogy már az otitisek kezdetén beakatkozzunk, mert igen gyakori a spontán-perforáltaknál a mastoiditis fellépése.

3. Fokozatosan ügyeljünk az első és harmadik hét utáni időre, mert akkor szokott az otitis jelentkezni, de akkor sem mindíg egyszerre mindkét oldalon.

Irodalom: *Krepuska:* Orvosképzés 1911. — *Krepuska:* Orvosképzés 1926. — *A. Denker—O. Kahler:* Handbuch der Hals Nasen und Ohrenheilkunde — *Jochmann—Hegler:* Lehrbuch der Infectionskrankheiten. — *G. Jürgens:* Kraus und Brugsch. Specielle pathologie und Therapie innerer Krankheiten. — *Heine:* Münchener Med. Woch. 191z. 44. sz. — *E. Urbantschitsch:* Monatschrift für Ohrenheik. 1929. — — *Barvich:* Monatschrift für Ohren, Nasen und Kehlkopfheik. 1927. — *Haimann:* Archiv für Ohren, Nasen und. 1929. — *Pirqette:* Lehrbuch der Kinderheilkunde.

A debreceni Tisza István Tudományegyetem szülészeti és nőgyógyászati klinikájának közleménye.

Újabb szempontok a tejpangás kezelésében.

Irta: *Fekete Károly* dr., tanársegéd.

Amilyen gazdagon nyílatkoznak meg az orvosi irodalomban az emlőmirigy működését fokozó törekvések, ép oly ritkák azok a közlemények, melyek a mirigy kiválasztását gyógyszeres úton megszüntető kísérletekről számolnak be.

Ez azzal magyarázható, hogy az anyatej hiánya sokszor az újszülött, vagy csecsemő életét is veszélyeztető betegséget okozhat. Emellett a tejpangása kétségtelenül eltörpülő problema, bár mint olykor jelentékeny fájdalmakkal járó folyamat, nagyobb figyelmet is megérdemelne.

Az érdeklődés hiányának tudható be, hogy ma még mindíg igen elterjedt a tejpangás kezelésének az a módja, mely hashajtó sókal, meg só- és folyadékszegény étrenddel való vízelvonáson alapszik.

Akinek alkalma volt észlelni ilyen kezelés mellett az emlőmirigy visszafejlődését, az ismeri mindazt a kellemetlenséget, melyet a fájdalmak miatt amúgy is szenvedő betegnek ki kell állnia az erélyes hashajtás és a szomjazás miatt. Ez a kezelés teszi azután sokszor a tejpangást a beteg közérzetét komolyan rontó folyamattá.

Emellett nem szabad figyelmen kívül hagyni azt sem, hogy ebben a gyógymódban azok részesülnek, akik a szülés és igen sokszor többé-kevésbbé súlyos szülészeti műtét traumáját még ki sem heverték, hogy a gyakori hasmenés és azzal kapcsolatban a szervezet esetleges vízszegénysége kedvező feltételeket létesít kórokozó mikroorganizmusok megtelepedésére és pathogen hatásuk kifejtésére, ami fertőzés esetén a gyógyulás esélyeit ronthatja. De meg nehezen elképzelhető, hogy a szervezet vízforgalmában a keserűsó hatására beállott változás komolyan befolyásolhatná az emlőmirigy aktiv sejttevékenységen alapuló elválasztó működését és így a tejpangás kifejlődését. Nehezen feltehető ez azért is, mert aránylag kevés tej képződése szükséges ahhoz, hogy a már terhesség alatt is többékevésbbé telt alveolusok és tejutak ad maximum megteljenek, az emlő feszes legyen és a tejpangás ismeretes kórképe kialakuljon. Ezen kevés tej képződéséhez szükséges vízmennyiséget pedig a mirigy sejtjei még az aránylag vízszegény szervezettől is könnyen elvonhatják. Másrészt meg, miután a fájdalmak csak akkor jelentkeznek, mikor már a feszülés közel áll a maximumhoz és miután a keserűvizet csak akkor szokták adni, mikor a fájdalmak megvannak, ebből a szempontból elkésett intézkedésnek kell azt tartanunk.

A kifejlődött tejpangásnál, ahol a sejtek már csak az erősen emelkedett intraalveoláris nyomás miatt sem tudnak több tejet képezni, a vízelvonó sós hashajtó feladata az volna, hogy az emlőmirigy tartalmának felszívódását elősegítse. De vajjon ésszerű-e azt gondolni, hogy ennek a köbhámmal bélelt kiválasztó mirigynek a tartalmát úgy fel lehet szívatni, mint pld. a peritoniális üreben keletkezett ascitest, vagy valamilyen szövet-közti vizenyőt?

Bizonyára nem.

Mert ha ez lehetséges volna, akkor a víz gyorsított felszívódása folytán az emlő tartalma erősen besűrűsödne, mert a zsír, az alakelemek és a fölöslegessé vált mirigyállomány felszívódását eszközlő phagocyták munkáját a keserűvíz nem fokozza. Ily módon megváltozna az emlő tartalmának élettani összetétele, amely külső beavatkozások nélkül alkatrészeinek arányos kiválasztása és felszívódása folytán szokott kialakulni. Ez a miliőváltozás pedig a phagocytosisra sem lehetne közömbös, úgy, hogy ha a vízelvonással csakugyan sikerülne a tej víztartalmának felszívódását siettetni, akkor ezzel egyszersmind a többi alkatrészek normális felszívódási viszonyait zavarnánk meg.

A tejpangásnál a fájdalom egy részét az emlő nyirokutainak és nyirokmirigyeinek duzzanata okozza. Ami viszont a tejnek és magának a vízálománynak a felszívódása folytán jön létre. Ha már most képesek volnánk valamilyen eljárással az összes alkotóelemek felszívódását siettetni, ezzel jobban megterhelnők — ha rövid időre is — az emlő nyirokapparátusát és a fájdalmakat fokoznánk.

E megfontolások alapján határoztam el magamat ezen probléma tanulmányozására és a kérdés eldöntésére, hogy van-e a vízelvonó eljárásnak gyógyító hatása.

Munkámat azzal kezdtem, hogy megfigyeltem a tejpangás kórlefolyását minden orvosi beavatkozás nélkül. Ügyeltem arra, hogy csak olyan többszörszülték kerüljenek az észleltek közé, kik előző gyermekeiket maguk szoptatták és akiknek bőven volt tejük. Az előszörszülők közül pedig azokat választottam ki, akiknek kifejezetten mirigyes, nagy, már enyhe nyomásra is sok előtejet ürítő emlője bőséges tejelválasztást ígért. Régebbi tapasztalataim azt bizonyítják, hogy olyan betegeimnél is, kik előzőleg élő magzatot szültek és azokat bemondásuk szerint anyatej hiányában később mesterséges táplálásra voltak kénytelenek fogni, utóbb valamilyen okból halott magzatot szülvén, elég gyakran fejlődött ki nagyobb fájdalmakat okozó tejpangás. Mégis óvakodtam őket eseteim közé felvenni, mert megállapításom szerint kisebb százalékban fejlődött ki náluk a tejpangás kórképe. Valószínűnek tartom, hogy ez a kisebb százalék is azokból az emlőkből került ki, melyek elválasztás szempontjából kifogástalanok, mindössze talán nehezen szívhatók és ezért volt kénytelen az anya előző gyermekeinél a mesterséges táplálásra áttérni.

A folyadékfelvételt a kezelés nélküli esetekben egyáltalában nem befolyásoltam.

Megfigyeléseimet a következőkben összegezem: 40 eset közül kilencben az emlők közepesen teltek meg, fájdalmak egyáltalában nem jelentkeztek. Ezek közül négyen először szülők voltak. A másik öt közül G. B.-né, 39 éves, 5 gyermekét, G. I.-né, 42 éves, 4 gyermekét, K. A.-né, 42 éves 8 gyermekét, E. L.-né, 34 éves, 5 gyermekét, T. F.-né, 32 éves, 4 gyermekét saját emlőjén táplálta, most halott magzatot szülvén, első kettőnek az emlőjén a gyermekágy klinikánkon töltött 8—9 napja alatt egyáltalán nem láttunk olyan elváltozást, mely arra utalt volna, hogy a tejelválasztás a szülés után megindult. Egynek egy napig volt feszes, egy két és az ötödiknek három napig volt közepesen telt az emlője. Ezek az esetek is mutatják, hogy milyen fontos szerepe van a tejelválasztás megindulásánál a szívásnak. A többi 31 esetben középértékben két és fél napig tartottak a fájdalmak. A feszesség, illetve erősebb teltség a fájdalmakkal kb. egyidőben szünt meg. Voltak olyan betegeink is, kiknél a fájdalmakat az emlő nyirokrendszerének megduzzadása okozta, mivel maguk az elválasztó mirigyek nem voltak duzzadtak. A mirigyállomány látható visszafejlődése középértékben 7 nap alatt következett be.

Ezután a keserűvízzel való kezelés eredményeinek megfigyelésre tértem át. Eseteim egy részét nem közvetlenül észleltem, hanem régebbi fejlapok decursusából olvastam le a kórlefolyást. Igy aránylag rövidebb idő alatt nyertem 50 esetben betekintést, annak qualitativ és quantitativ értékeibe a vízelvonó eljárás hatása alatt. Ezek közé természetesen csak a már kifejlődött tejpangás esetei kerültek be. Két esetben itt is észleltem négy napig tartó makacs fájdalmakat ép úgy, mint kezelés nélkül. Középértékben kb. 2—5 nap alatt zajlottak le az emlő visszafejlődését megelőző fájdalmak.

Fontos a kérdés megítélése szempontjából nyolc eklampsiás betegünknél tett megfigyelésem. Valamennyinél a gyógyulással kapcsolatban bő diuresis indult meg a gyermekágy első napjaiban. Ha az emlőmirigyből az ott felhalmozódó tej (halott magzat) tényleg olyan módon szívódhatna fel, mint a szövetek vizenyője, vagy a hydropsok, akkor a tejpangás ki sem fejlődött volna, vagy ha meg is teltek volna az alveolusok, tartalmuk a szervezet egyéb részében is felhalmozódott fölösleges vízmennyiségekkel együtt rövidesen felszívódott volna. Ily módon azt várhatnánk, hogy a tejpangás vagy nem jött létre, vagy sokkal rövidebb ideig tartott és enyhébb fájdalmakat okozott ezen betegeinknek. Ezzel szemben azt látjuk, hogy a kórlefolyás átlagban ugyanannyi időt vett igénybe, mint a keserűvízzel vagy egyáltalában nem kezelt eseteinkben.

Ha a tejpangás és az ezzel kapcsolatos fájdalmak hosszabb ideig tartottak volna és ha egyáltalában az egész folyamat súlyosabb jelleget öltött volna, arra gon-

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM

dolhatnánk, hogy a tej víztartalmának felszívódása mégis valamilyen összefüggésben van a szervezet vízforgalmával, mert azzal magyarázhatnánk a dolot, hogy a tej felszívódási lehetőségét csökkenti a szövetek közül, mégis könnyebben felszívódó nagy folyadékmennyiség, mely a vérsavó koncentrációját a megszorított vízfogyasztás ellenére is a normális értékben tartja.

Ezek alapján tekintettel eseteink elég nagy számára (98) határozottan állíthatom, hogy a vízelvonó eljárásnak a tejpangásnál semmiféle gyógyító hatása nincs. Emellett minden logikai és tapasztalati alapot nélkülöz. Ezen tény egyszerű megállapításával azonban nem elégedhetünk meg, hanem arra kell törekedni, hogy a régi és hatástalan gyógyeljárást kiszorítsuk a gyakorlatból, amit csak úgy érhetünk el, ha jó vagy legalább is jobb eljárást tudunk kidolgozni.

Ezen célzattal gondoltam a kámforsavra. Abból a meggondolásból indultam ki, mely szerint az emlő fejlődéstanilag tulajdonképen módosult izzadságmirigy. Ha — mint ismeretes — a kámforsav az izzadságmirigyek működését csökkenteni képes, valószínűnek tartottam, hogy az ezekkel rokon emlőmirigyekre sem lesz hatástalan.

Természetes, hogy már kifejlődött tejpangásnál nem érhetünk el semmi eredményt a tejmirigyek működését csökkentő gyógyszerrel, mert mikor az intraalveoláris nyomás elérte maximumát, már úgysem választhat el a mirigy. Itt a felszívódást kellene fokozni. Éppen azért én a kámforsavat azonnal a halott magzat megszületése után adtam, napi háromszor 1.0 gr-os mennyiségben a gyermekágy első 4—5 napján keresztül.

Betegeim valamennyien többszörszülők voltak, sőt négyen már előzőleg is halott magzatot szülvén, 3—4 napig fájdalmakat okozó tejpangásról számoltak be. A többinek bőségesen volt teje és ma is élő gyermekeit maga szoptatta.

A kámforsavval elért eredményeimről röviden a következőkben számolok be: 26 betegem közül hétnél az emlő kisebb teltsége mellett egyáltalán nem fejlődtek ki fájdalmak. Hárman egy napig, ismét hárman pedig másfél napig tartó fájdalmakról számoltak be. Félnapig tartó kisebb érzékenységet öt esetben észleltem. Ugyancsak egy napig tartó kisebbfokú érzékenységet és feszülés érzést tapasztaltam hat esetben, míg három napig, fokozatosan csökkenő, enyhébb fájdalmai két betegemnek voltak. A kámforsav ilyen, meglehetősen nagy adagjai után semmi kellemetlenséget nem tapasztaltam, még a gyomor részéről sem. Ha ezeket a számokat összehasonlítjuk a kezelés nélküli és keserűvizes esetekével, szembeötlő a javulás. Mégis tudván, hogy mennyire kiszámíthatatlan az emlőmirigy a tejpangást illetőleg, kevésnek tartom eseteim számát ahhoz, hogy végleges eredményt szűrjek le. Közlésükre csak azért vállalkoztam, mert nagyon hosszú idő volna szükséges ahhoz, hogy egymagam annyi esetet gyüjtsek össze, mely már döntő bizonyítékot szolgáltatna a kámforsav-adagolás értékét illetőleg.

A kámforsav után kipróbáltam még a thyroxin „Roche"-t is. *Kraul*[1] és *Wachtel*[2] thyreoidinnal elért jó eredményeit a thyroxinnal is teljes mértékben sikerült elérnem.

Ez azonban csak a még ki nem fejlődött tejpangás eseteire vonatkozik, mert mikor az emlő feszes volt és a mirigy ad maximum megtelt tejjel, akkor már sem a thyroxin, sem a kámforsav, sem a sós és egyéb húgyhajtók nem tudták egyetlen esetben sem annyira siettetni a mirigy viszafejlődésével együtt a fájdalmak megszűnését, ami azt bizonyíthatná, hogy ezen gyógyszerek adagolásának egyáltalán valami értelme volna.

A thyroxint tehát szintén a magzat megszületése után azonnal kezdtem adni háromszor 0.001 gr. mennyiségben naponta 4—5 napig. A thyroxin hatásmódját *Morita*[3] kísérletei úgy magyarázzák, hogy az közvetlenül magára az emlőmirigy működésére hat gátlólag. *Mórita* ugyanis azt tapasztalta, hogy szoptató tengerimalacok emlője thyreoidin-adagolására megkisebbedett és a magzatok a táplálék hiányában elpusztultak. Közvetlen a malac születése előtt eltávolítván a pajzsmirigyet, a szülés után szokatlanul nagyra nőtt már a mirigy és csak jóval később fejlődött vissza, mint a nem thyreopriv állatoknál. A thyreoideának *Scott* és *Ott*[4] szerint is speciális hatása van e tekintetben.

A thyroxinnal elért eredményeim még jobbak, mint a kámforsavval eszközöltek, mert 20 betegem közül hétnél egyáltalán nem jelentkezett sem duzzanat, sem fájdalom. Hatnál egy napig, kettőnél másfél napig, ötnél pedig mindössze fél napig tartó kisebb fokú fájdalmasságot tapasztaltam, mely inkább csak érintésre volt számottevő.

Még ennél is jobb eredménnyel kecsegtet kámforsav és thyroxin kombinált adagolása. Tekintettel azonban eseteim kevés számára, végleges ítéletet még nem mondhatok ezen gyógyeljárás igazi értékéről.

Átgondolva most már tapasztalataimat, hangsúlyoznom kell, hogy a *tejpangás elleni védekezést akkor kell megkezdeni, mikor az még nem fejlődött ki.* Erre a célra ezidőszerint legjobb a thyroxin; a thyroxin és kámforsav együttes adagolása pedig olyan jó eredményeket ígér, hogy kipróbálását mindenkinek ajánlhatom és magam is felhasználok erre minden alkalmat.

Ha már egyszer kifejlődött a tejpangás, akkor pedig ne rontsuk az amúgy is szenvedő beteg közérzetét a vízelvonó kúrával, mert az úgysem rövidíti meg a fájdalmak időtartamát, mint megfigyeléseim igazolják. Tegyünk borogatást az emlőre és kössük fel. Nagyobb fájdalmak esetében fájdalomcsillapítókkal majdnem mindíg sikerült enyhülést hozni.

Irodalom: 1. *L. Kraul:* Zbl. f. Gyn. 192. 8. 14. sz. — 2. *M. Wachtel:* Zbl. f. Gyn. 1929. 16. sz. — 3. *Morita:* Journ. orient med. 10. k. 39. — 4. *Scott* és *Ott:* Idézve *Kraul* fenti munkájából.

Szülés alatti thymuitrin injectio és expressio után bekövetkezett méhrepedés gyógyult esete.*

Irta: vitéz *Szentmihály Lajos* dr., műtőorvos, a kiskunfélegyházi Tomasovszky-magánkórház vezetője.

A szülés alatti méhrepedések 65%-ban spontán, 35%-ban pedig szülészeti műtevésekre következnek be, még pedig vagy csak részlegesen (amikor a hashártya nem szakad át), ez az incomplét repedés, vagy teljesen áthatoló alakban, amikor is a hashártya is átszakad és a szülőcsatorna közlekedik a hasürrel. A méhrepedés következményei mindíg súlyosak. Legnagyobb veszélye az elvérzés, másik a fertőzés, nem is beszélve a mindannyiszor elpusztuló magzati életről.

Erre való tekintettel a már bekövetkezett méhrepedés esetén tenni valónk: a vérzés csillapítása, a fertőzés elhárítása, továbbterjedésének megakadályozása. A vérzéscsillapítása legideálisabban a vérző edények lekötésével érhető el, a fertőzés veszélyének elhárítása pedig hashártyavarrattal, amikor is a szabad hasürt elkülönítjük a fertőzött repedéses területtől, a fertőzés forrásától. Igaz ugyan az is, hogy tudomásunk van olyan esetekről is, amikor egyes szerzők a szerencsétlenség színhelyén, tehát magánházakban is nyomban végrehajtották a műtétet: így *Karnet, Josephson, Hellström, Petrén,* stb. teljes sikerrel. E szerzők, köztük *Winter* is, a szállítás veszélyére

* Előadatott a Szegedi Egyetembarátok orvosi szakosztályának 1931. év március hó 5-i ülésén.

is figyelmessé tesznek és hangsúlyozzák, hogy a szállítással sokat árthatunk, a vérzést sulyosbíthatjuk, a félelmetes shockhatást elmélyíthetjük, ezen felül még a meghülés veszélyének is kitesszük a beteget. *Winter* 20 esetében 11-nek az elvesztését a szállítás terhére írja.

Azonban az aktiv therapia hívein kívül vannak kartársak, akik a méhrepedés gyógyításában teljesen konzervativak, akik az elvérzés, a fertőzés és következményei ellen tamponálással, drainage-zsal küzdenek. Ez az eljárás nagy körültekintéssel és felette nagy gondossággal ma is alkalmazható azon esetekben, hol a szállíthatatlanság esete forog fenn és más módon nem tudunk a szerencsétlenül járt szülőnőkön segíteni.

Ez eljárások kilátásait és velül elérhető eredményeit nézve a konzervetiv eljárásban 40—60% halálozást mutat a statisztika. Viszont meg kell említenünk *Pampini*nek az inkomplét repedésekre vonatkozó konzervativ eljárásával elért kedvező eredményeit is, amikor is tamponálással hat esetében ötöt sikeresen meggyógyított és csak egyet veszített el.

Ha ez adatokhoz hozzávesszük azon ma már általánosan elfogadott statisztikai adatokat, amelyek szerint és pedig jelesen *Zangenmeister* szerint a szülés alatti méhrepedések halálozási száma 65% (*Pouliot* és *J. Truchard* 53 esetből 33-at vesztettek el, mások szerint 70%, *Scipiádesz* szerint 71.4%, sőt a hugyhólyagsérüléssel szövődötteké 85%) és ha keressük egyuttal e számok útvesztőiből a kiutat, akkor világosan láthatjuk, hogy az ilyen szerencsétlenségbe esett szülőnőkön lehetőleg műtéti eljárással kell segítenünk, mert a műtétileg gyógykezeltek sorsa a méhrepedéstől a műtétig eltelt idővel egyenes arányban van. Meg kell említenünk, hogy a műtéti eljárás statisztikája is műtéti technikánk tökéletesedésével egyre javul, úgyhogy pl. *Zweifel*nek műtéti statisztikája, amely 1903-ban 62.5% halálozást mutatott, ma már csak 36.4%-ot ér el. Vannak szerzők, akik 2 órán tul már nem is vállalják a méhrepedés műtéti gyógykezelését és veszélyeit.

A mi szülőnőnk is frissen, az első 2 órában került műtét alá. Megelőzően négy rendes szülése volt minden különösebb szövődmény nélkül. 1930. dec. 9-én este ¾8 órakor szállította be kórházamba kartársunk a szülés alatti méhrepedés határozott kórismézével a következők elődása mellett: 26 éves, ötödször szülőnő, hajnali 2 óra óta vajudik. Az első fájások kíséretében „kevés vér csapta meg". Innen reggelig „ritkás és gyengés", reggeltől délig „lehetős" fájásai voltak, délután erélyesebb és sürűbb „fájások „csipkedték, fogdosták"; majd kihagytak d. u. öt óra tájban, amikor is a szülőnő kimerültségről kezdett panaszkodni. A „fejevize" d. e. 10 óra tájban ment el. A szülésznő napközben is meleg fürdővel próbált fájást kelteni, azonban siker nélkül és d. u. 5 óra tájban az elhuzódó szülésre a beteg kimerültségére és a beállott ujabb fájásgyengeségre való tekintettel orvos hívását tanácsolta. A kihivott kartársunk a szülőnőt megvizsgálva mindjárt észlelte a fájásgyengeséget, belső vizsgálatnál pedig elsőfokban szük medencét állapított meg (10 cm. coniug.), de az előző rendes szülésekre való tekintettel spontán szülést várt és a várakozás álláspontjára helyezkedve thymuitrint adott olykép, hogy az üvegcsében lévő 2 ccm. tartalmat három részre elosztva adagolta. A thymuitrinre valóban jó, erélyes és elég sürün jelentkező fájások keltek, úgyhogy már fél 7 óra tájban expressiót alkalmazott. Azonban az expressio pillanatában a szülőnő hangos sikollyal a köldökét fájlalva, köldökéhez kapott kezével. Az asszony „jaj a hasam" sikolyára felfigyelve, kartársunk a vajudó elváltozott arcát látva, exprimáló kezei alatt egyszerre csak ugyane pillanatban a köldök tájon az elvékonyodott köldökbőrön át közvetlenül a bőr alatt magzati aprórészeket tapintott. Egyszerre nyilvánvaló lett előtte a méhrepedés kórisméje s a szülőnőt azonnal kórházamba szállíttatta. A szülőnő előadása szerint az expressio után teljesen megkönnyebbülve érezte magát úgy, mintha magzatját megszülte volna, szülőfájásai teljesen kimaradtak. Azonban ez a jólét nem tartott soká. Csakhamar kinzó, „borzasztó hasfájások" lepték meg és most már sietve gondoskodtak beszállításáról.

Beszállításkor szembeötlő volt a halálsápadt arc megnyult arcvonásokkal, beesett szemekkel, hüvös tagokkal, homlokán hideg veritékkel, felületes szapora lélegzetvételével, egyre arról panaszkodva, hogy nem kap levegőt, azonnal megfullad és hasának fájdalmait is már nem birja tovább. Érverése alig-alig tapintható, megszámlálhatatlan, lágy, arythmiás, kihagyó és filiformis volt. Hőmérséke: 38 fok C. A has hordószerűen puffadt, az elsimult és elvékonyodott köldök alatt a has bőrén át valóban magzati apró részeket lehetett tapintani. A terhes méhet kissé balra dőlve, de a középvonalhoz közel találtuk. A has mindenütt kifejezetten érzékeny volt, leginkább azonban a jobb alhasban a jobb oldali egyenes hasizom jobb oldalán, ahol tapintáskor türhetetlen volt a fájdalom. Csapoláskor néhány ccm frissen véres vizeletet kaptunk. Belső vizsgálattal igen oedémás, a nagymérvű vizenyős duzzanattól jelentékenyen beszükült szülőutakat találtunk; a hüvelyt csaknem egészében óriási fejdaganat töltötte ki; az eltünt méhszáj mellett az előlfekvő csontos, kőkemény fej legnagyobb kerületével a bemenetben ép áthaladóban volt. A hüvelyből kifelé vérzés nem volt megállapítható sem most, sem azelőtt.

A beteg ereje szemlátomást fogyott. Felelősségteljes helyzetünkben azonnal műtéthez, infuzióhoz, vértransfuzióhoz készültünk. A már általános bódításban végzett belső vizsgálathoz rögtön hozzácsatoltuk a bemenetben áthaladó előlfekvő fej megfurását és a magzat kihúzását, a megszületett magzattal egyidőben a már levált lepény is megszületett. Most már késedelem nélkül alsó medián laparatomiához láttunk. A szabad hasürben ¾—1 l. frissen véres folyadékot találtunk. Kellő hasüri toilette és mérsékelt trendelenburgba helyezés után a kiürült terhes méhet a műtéti területbe kibuktatva, láttuk, hogy az egész passiv szakaszra és pedig annak az elülső jobb oldalára (a passziv szakasz a sérülés helyén papirvékonyságúra elvékonyodott) kiterjedő, a hashártyát is átszakító, négy harántujjnyi hosszú, 2½ harántujjnyi szélesen tátongó, hosszanti ferde irányú repedéssel álltunk szemben, mely jobbra előfelé a jobb oldali parametriumba tekintélyes mértékben behatolt és előfelé a hugyhólyagra is ráterjedve azt hashártyaborítékával együtt a méh elülső faláról valósággal lehántotta úgy, hogy kb. 2½ férfitenyérnyi nagyságú tépett-zúzott-szakított sebfelület állott előttünk úgy, hogy az első pillanatban azt képzeltük, hogy a húgyhólyag ketté van szakítva, de húgyhólyagba vezetett nelaton kateter másról győzött meg. A különben üres, összehúzódott állapotban lévő hugyhólyag fala meglehetős vastag szokott lenni, addig esetünkben a hugyhólyag fala helyenként hártyaszerűen elvékonyodott, a katéteren át távozott 1—2 ccm. véres vizeleten kívül egyebet nem tudva hamarjában megállapítani, a beteg súlyos állapotára való tekintettel a sürgős ellátáshoz fogtunk. Az uterinák és a lig. latum éredényeinek lefogása után a sérült méhet *Chrobák* szerint supravaginalisan csonkítottuk. Az éredények, lekötése, a parametrium sebének és a csonknak, valamint a hugyhólyag sebének ellátása, kellő peritonizálása, a Douglase drainezése után, minden esettel számolva, a hasürt előfelé a hasfalon át is draineztük s a hasfalat a szokott módon egyesítettük. A műtét folyamán az edények lekötése alatt ½ l 5% cukorinfuziót adtunk; a műtétet aethernarcosisban 70 gr. aether elfogyasztásával végeztük. A műtét végeztével a beteg érverése érezhető, számlálható: 150.

Két hétig tartó magas lázakkal járó puerperium leküzdhetetlennek látszó szívgyengeséggel, ulcus puerperálékkal, rendkívül bő, bűzös, genyes-eves folyással telt el. A beteg gyakori önkivületében a vizeletét maga alá bocsátva, majd időnként gyakori vizelési ingere mellett egy-egy kevés vizeletet ürítve, a penetráns bűzös, eves-genynyes folyás miatt abban a vizeletet egyelőre nem tudtuk megállapítani, csak műtét utáni nyolcadik napon, amikor a folyás már kezdett feltisztulni. Felvételünk az volt, hogy hogy kezdettől fogva vizeletcsurgással álltunk szemben, hiszen oly nagymérvű és oly híg volt a folyás. Persze most utólag teljes biztonsággal nehéz megállapítani, hogy a szülés alatti repedéssel egyidejüleg történt-e hugyhólyagsérülés vagy egyéb módon szövődött húgyhólyagsérüléssel volt-e dolgunk. A hólyagsipoly állandó katéter behelyezése mellett 1931. január hó 16-án záródott. A beteg gyógyultan távozott.

Esetünkkel is igazoltnak látjuk, hogy a szülés alatti méhrepedések legnagyobb veszélye az esetek legtöbbjében a fertőzés, úgyannyira, hogyha idejében nem nyújtjuk a műtéti segítséget, mely a fertőzést kellő hashártyavarrattal kirekeszti, betegünk genyes hashártyalobban minden bizonnyal elpusztul. Ezt akarja az a hivatalosan is elfogadott statisztika is kifejezni, mely szerint a szülés alatti méhrepedések halálozása 65%, ebből elvérzésre 30 %, fertőzésre pedig 35% esik. Igazoltnak láthatjuk azt is a jelen esetünkkel, hogy az a mérhetetlen súlyos shok, mely betegünket is in ultimisnek tüntette fel, ne tántorítson el bennünket attól, hogy betegünket azonnal a legrövidebb úton a sebész kezébe jutassuk, mert az a korai műtét kedvező esélyeivel indul harcba a méhrepedés veszélyeinek esélyeivel szemben. Azonban esetünk tanulságot nyújt arra nézve is, hogy az elhuzódó, különösen szűk medencés szüléseknél nagyon óvatosak legyünk úgy a fájáskeltő szerek, mint az expressio alkalmazásával és mindkettőt csak szigorú indicatio mellett végezzük. Minden elhuzódó szülésnél fokozott figyelemmel gondoljunk a passiv szakasz tulságos elvékonyodására és ilyenkor igyekezzünk mindíg a szülést a legkíméletesebben: narcosisban, a legenyhébb műtevéssel befejezni.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A hypertonia és az angiospasticus tünetcsoport kezelése. *Jacobowitz.* (Deutsche Med. Wschr. 1931. 33. sz.)

Az essentiális hypertonia és a vele gyakran kapcsolatos angiospasticus tünetek kezelésére új szer áll rendelkezésünkre a „Vasoklin" (Gödecke). A vasoklin, calciumnitrit és theobromincalcium vegyüléke. A hatás ennek megfelelően nitrit, theobromin és calcium együttes hatása. Adagja 3 x 1 dragee (= 0,20 gr.), súlyos esetben 3x2 dragee. A vérnyomást 3—5 nap mulva gyakran 60—70 Hgmm-el, de legkevesebb 30—40 Hgmm.-el csökkenti. A magas vérnyomást kisérő tünetek, mint fejfájás, szédülés, ájulások hamar javulnak. Feltünő jó hatást tapasztalt angina pectorisnál is.

Kleiner György dr.

Az anaemia perniciosa pathogenesisához. *Deutsch* és *Wagenfeld.* (Dtsch. Arch. Klin. Med. 171. k. 1. f.)

Az anaemia perniciosa kóroktanában két domináló theoria szerepel: 1. A betegség oka az erythropoesis székhelyének, a csontvelőnek primaer megbetegedése. 2. A primaer megbetegedés a peripherián keletkezik (haemolysis), a csontvelő a fokozott követelménynek nem tud eleget tenni. Az első esetben a vörösvérsejtek már eleve betegek, a másodikban azonban nem. *Moravitz* azt látta, hogy egy perniciosás beteg ismételten végzett transfusiók után eredeti vércsoportjából (A II.) az „adó" vércsoportjába (O IV.) jutott. E megfigyeléséből arra következtet, hogy a perniciosas vörösvérsejtek élettartama rövidebb, mint a narmalisoké. *Miachaelis* és *Salomon* kimutatták, hogy a házinyul vörösvérsejtjeinek magában véve igen kisfokú légzése szervkivonatok — kiváltkép a májé — által észrevehetően fokozódik. A hatás létrejöttének kriteriumai cukornak a jelenléte és a vörösvérsejtek strukturájának ép volta; a haemoglobinértékek nem befolyásolják a légzésváltozást. E kísérletek alapján szerző anaemia perniciosásokon nézte e hatást és azt találta, hogy a szervkivonatok légzéstfokozó hatása ezen esetekben csökkent. ill. teljesen hiányzik. Vizsgálatai tehát alátámasztják azt a nézetet, mely szerint az anaemia perniciosa kóroktanában a vörösvérsejtek alkati gyengesége szerepel. Secundaer anaemiáknál a szervkivonatok légzéstfokozó hatása igen kifejezett.

Molnár István dr.

Hőemelkedések, infectiosus betegségek után és ezeknek kezelése pyramidonnal. *Unverricht.* (Deutsche Med. Wschr. 1931. 34. sz.)

Akut infectiosus megbetegedések, mint pneumonia, influenza, ízületi gyulladás után gyakran hőemelkedések maradnak vissza, melyeknek okát klinikailag kideríteni nem lehet. Ezek legtöbbször megszüntethetők egyszeri nagyobb adag pyramidonnal. 1 gr.-ot ajánl, melyet 4x0,25 gr-ra osztva egy órán belül vegyen be a beteg. Egyszerre az 1 gr-ot nem ajánlja, mert collapsust látott már tőle.

A pyramidon talán az infectiosus megbetegedés által megzavart hőregulatiót állítja vissza a normálisra.

Kleiner György dr.

Akut pankreatitis influenzánál. *Woll és Wetzel.* (Deutsch. Med. Wschr. 1931. 28. sz.)

Akut influenzás megbetegedések harmadik napján akut pankreatitist volt alkalma megfigyelni. Az akut pankreatitis okának ugyanazt az infektiót tartja, ami az influenzát is okozta. A tünetek: nagy fájdalom, mely a has felső részében jobb oldalról a bal oldalra, innen a bal váll és a hát bal oldala felé sugároztak; nyomásérzékenység diffuse, de különösen a bal bordaiv alatt; hőemelkedés; hasmenés világos széklettel, büzös szaggal, nagy zsírtartalommal és végül a vizelet magas diastase tartalma voltak. A beteg meggyógyult.

Kleiner György dr.

Sebészet.

A kiválasztásos urographiáról. *Woytek,* Breslau. (Bruns Beitr. 153. 1.)

Klinikájukon az utolsó időkben a régebbi uroselectan helyett már csak a mélyebb árnyékot adó abrodilt adják; minthogy teljesen veszélytelen a szer, meggondolás nélkül lehet járóbetegnél is alkalmazni, de az indicatio felállítását és a képek értelmezését urologus szakemberre kell bizni. Csak igen nagyfokú veseelégtelenségnél kell elállnunk alkalmazásától. Veszélyesnek tartják továbbá a szert súlyos tüdővésznél és a VI. hónapon felüli terhességnél. Legfiatalabb betegük, kinél a sinusba adták teljes sikerrel az injectiot, 11. hónapos volt. Különösen a húgyutak veleszületett renellenességeinek korai kiderítéseire nézve bír jelentőséggel ez az eljárás. A vese és felső húgyutak sérüléseinél hamar világosságot derít és nem kell tartanunk a vérzés fokozódásától, ami retrograd pyelographiánál nem egyszer bekövetkezett már. A kontrasztanyagnak a perinealis szövetekbe való beivódása veszély nélküli. Végül még arra figyelmeztet szerző, hogy pontos lelet megállapítása céljából sokszor több felvételre lesz szükségünk, melyek helyes értelmezéséhez és az esetleges műtéti javallat felállításához — újból hangsulyozza — bizonyos fokú urologiai iskolázottság és tapasztalat szükséges.

Marx József dr.

Vizsgálatok a tüdőechinococcus miatt operált betegek további sorsáról. *Makkas* és *Kurias,* Athen. (Bruns. Beitr. 153. 2.

A tüdőechinococcus miatt operált betegek mortalitása — hála az utolsó évek pontos indicatiójának és a technika tökéletesedésének — erősen leszállt. A végső eredmények tanulmányozására csak az 1929. év végéig operált eseteket tették vizsgálat tárgyává. 80 betegről kaptak értesítést. Ebből 52 egészséges volt; 12 keveset köhög és ritkán van haemoptoejuk is; háromnak sipolya támadt a műtét óta (ezek közül egy meg is halt), öt tüdővészt kapott (ezek közül négy halt meg), négynél recidivált az echinococcus; két beteg májechinococcust, egy pedig csepleszechinococust kapott; egy fiú több hónappal a műtét után meningitisben pusztult el. A köhögést és haemoptoet szerzők kicsiny, körülírt bronhiectásiákra vezetik vissza. A sipolyképződés nem okoz különösebb kellemetlenséget a betegeknek, úgy hogy a műtéti beavatkozást legtöbbször elutasítják. A postoperativ tübötbc felfogásuk szerint endogen infectiora vezethető vissza. Kicsiny, rejtett gümőkóros gócok, melyek már a műtét előtt is meg voltak a tömlők mellett, a műtét következtében fellobbannak. A recidivák úgy látszik gyakoriabbak, elsődleges sebegyesítés után, mint a drainált esetekben.

Biztos módszer elkerülésükre nincsen. A *Sauerbruch* ajánlotta eltávolítása a meg nem nyitott tömlőnek a legtöbb esetben kivihetetlen, a beavatkozás pedig igen nagy. A később jelentkező máj- és csepleszechinococcus bizonyára nem függ össze az elörement tüdőmütéttel.

Marx József dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Petefészek daganatok és nemi jelleg. *R. Mayer.* (Klin. Wschft, 1930. 48. sz.)

Minden sejt, még a betegesen elváltozott is működik és a daganatok is az eredeti szövetféleség specialis működését mutatják. Ez utóbbi a petefészek daganatokat illetőleg nem eléggé ismert, bár a sexualitásra kifejtett jellegzetes hatásuk, a szó tágabb értelmében nyilvánvaló. Igy eddig háromfajta daganat különíthető el úgy alakilag, mint működésbelileg, amelyek vonatkozásban vannak a sexualitással. Az első csoportba tartoznak a disgerminomák (seminomák), amelyeknek az elnevezése onnan ered, hogy hasonló daganatok a herében már régóta ismeretesek, mivel ez a daganat még abból az időből származik, mielőtt a csirahám differenciálódott volna; jellegzetes működést ki nem fejt és nem változtatja át sem az asszonyt férfivé, sem viszont. Egyetlen jellegzetessége a működésileg semleges hámnak, igen nagy burjánzó képessége. Az a daganat a sexualitás kifejlődésében csak passive részesedik; a nemi csökkent értékűségnek nem oka, hanem következménye, nem változtatja meg a nemi jelleget. A második csoportba tartoznak a granulosa-sejt tumorok, amelyek minden korban előfordulnak és igen sokféle alakban jelentkezhetnek. Ezek a daganatok felesleges granulosa hámból keletkeznek, működésük, bár destruktive nőnek, aránylag jóindulatú és az endometrium, illetőleg az egész méh hypertrophiáját idézi elö. A harmadik csoportba tartozó arrhenoblastomák elférfiasítják az asszonyt. Ezen férfiasodás klinikai megjelenési formái részben negativak: a hajzat és az emlök zsírpárnázottságának csökkenése, a másik petefészek és a méh zsugorodása és működésének megszünése; részben positivak: szakálnövekedés, a klitoris s a gégefő növekedése, a hang megváltozása, stb. Hogy ezen elváltozásoknak oka a daganat, azt bizonyítja az, hogy mütét után legalább nagyrészben visszafejlődnek. A petefészeknek férfiasodáshoz vezető daganatai egészen jellegzetes származásúak, amennyiben férfiasnak indult, vagy pedig késői elváltozás által férfiassá vált csirahámból származnak. Ezek a daganatok egyrésze az adenoma tubulare testiculare ovarii (Pick) typusát követik, de nagyobb csoportjuk teljesen atypitikus formában jelenik meg. A vizsgálatok lényege az, hogy a petefészeknek csak bizonyos daganatai, amelyek férfias csirahámból származnak, specifikus enkretumaik által férfiasitanak. *Liebmann.*

Localis intraparenchymalis vaccinatio a sepsis puerperalis kezelésében és prophylaxisában. *Fr. Spirito.* (Arch. di ostetr. e ginecol. 1931. 5.)

A női genitaliák gyulladásos megbetegedéseinél használatos localis vaccinakezelés kétféle: a méhnyak nyálkahártyájába *(Basset* és *Poinclox)*, vagy pedig a corpus parenchymájába *(Levy—Solal)* való injiciálás. Kétféle polyvalens vaccinát használ, aszerint, hogy a fertőzésben melyik bacteriumfaj dominál. 1. 1 ccm-ben 1 milliárd gonococcus, ½ milliárd streptococcus, ½ milliárd staphylococcus és 300 millio bacterium coli. 2. 1 ccm.-ben 1 milliárd streptococcus, ½ milliárd staphylococcus, ½ milliárd gonococcus és 300 millio bacterium coli. Az adag ¼ ccm harmadnaponkint. Az injiciálás után hidegrázás és láz (39—40°) jelentkezik. A reactio erőssége az adagtól és az infectio erősségétől függ. Az elért eredményeken felbuzdulva, ezt a kezelést a sepsis puerperalisnál is kipróbálta s jó eredményeket látott úgy therapiásan, mint pedig prophylactikusan alkalmazva.

Kárpáti József dr.

Gyermekorvostan.

A szabadlégkúra és a vörheny-visszatérő esetek. *H. Zischinsky dr.* (Jahrb. f. Kindhk. 132. köt. 159. Olg. 1931.)

Visszatérő eseteknek nevezzük azokat a vörhenymegbetegedéseket, amelyek a vörhenybetegeknek gyógyulása és a kórházból való elbocsájtása után három héten belül lakótársainál jelentkeznek Ezen megbetegedések keletkezésének magyarázatára fel kell tennünk, hogy a betegek kórházi tartózkodásuk alatt a többi beteggel való hosszas érintkezés következtében bacillusgazdákká váltak s hazatérésük után igy fertözik lakótársaikat. A bécsi Wilhelminenspital vörhenyeseteit 1906—1930-ig átnézve azt találta, hogy mintegy 20.000 vörhenyesetre 346 visszatérő eset azaz 1.7% esik. Statisztikai összeállításából azt a következtetést vonja le, hogy mióta a kórházban a szabadlégkúrát bevezették, amelynél a gyermekek nem egy szobában vannak összezsúfolva, hanem kisebb csoportokban egymástól fallal elválasztott rekeszekben a szabadlevegön feküsznek, a visszatérő esetek száma csökkent s igy ez a kúra a prophylaxis hatásos eszközének tekinthető. *Geldrich* dr.

Exsiccosis a csecsemők akut cerebralis megbetegedéseinél. *E. Schiff.* (Jahrb. f. Kindhk. 132. köt. 129. old. 1931.)

Négy esetet ismertet, ahol akut cerebralis megbetegedések kapcsán hirtelen irreparabilis toxicosis fejlödött ki előzőleg szépen fejlödő csecsemöknél, annélkül, hogy az infectió helyét a csecsemő életében klinikailag ki lehetett volna mutatni A tünetek valamennyinél egyformák voltak: hirtelen fellépő magas láz, hányás, hasmenés, súlyzuhanás s rövid idő alatt a csecsemő meghalt. A kórboncolás mindig valami agyi eredetü bajt mutatott ki: encephalitis, meningitis purulenta vagy circumscripta, az agyi erek thrombosisa. Klinikailag azonban soha sem volt olyan tünet, amely a betegség agyi localisátiójára mutatott volna. Ezek a kórképek teljesen az alimentaris intoxicatio képében zajlottak le s csak a kórboncolás derítette fel a parenteralis infectió okozta toxicosist. Eseteit azért közli, hogy felhivja a figyelmet, hogy az esetben, ha a csecsemő teljes jólét közepette hirtelen megbetegszik és rövidesen súlyos exsiccosisba kerül, gondolnunk kell ilyen agyi eredetü megbetegedésre különösen akkor, ha sem az anamnesis, sem a klinikai vizsgálat a sulyos állapot okát ki nem deriti.

Geldrich dr.

Az iskoláskorban előforduló extrasystolékról. *M. Leffkovitz.* (Klin. Wochenschr. 10. évf. 34. sz. 1931.)

26 iskolásgyermeket figyelt meg, akiknél vizsgálatkor extrasystolét talált. Extrasystolék úgy egészséges, mint szivbajos gyermekeknél fellépnek és ritkábban okoznak subjectiv tüneteket, mint felnötteknél. Kamra-extrasystole gyakrabb ebben a korban, mint pitvar-extrasystole, és a vérkeringést, a megfigyelt esetekben nem befolyásolta. Ugy a kamra-, mint valószinüleg a pitvar-extrasystole a szív fejlödését nem befolyásolja. Az iskolás korban fellépő extrasystolék kezelése felesleges. *Lederer Emil* dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Normale und pathologische Funktionen der Verdauungsorgane im Röntgenbild. *Becker* u. *Oppenheimer.* (G. Thieme Leipzig, 1931. Ára 16.75 Mk.)

A klinikai vizsgáló eljárások középpontjában a szervek működésének vizsgálata áll. A röntgenologus sem elégedhetik meg ma már csupán a morphologiai tulajdonságok leirásával, felvilágositást kell nyújtania a szervek működéséről is. A gyomor-bélrendszer működésének vizsgálásánál a röntgenezés bizonyult a legfontosabb segédeszköznek, mert a mozgási jelenségek észlelése általa történik legtökéletesebben.

A 144 oldal terjedelmü, 255 szép ábrával gazdagon illusztrált könyv ezen irányú ismereteinket foglalja össze. Szerzők azt demonstrálják, hogy az emésztés egyes functióinak, mely mozgásjelenségek felelnek meg s hogy a működés közben észlelhető a normálistól eltérő alakváltozásból mennyiben következtethetünk kóros folyamatra. A könyv értékét emeli, hogy a röntgenvizsgálat eredményeit kapcsolatba hozza a többi klinikai vizsgáló eljárás eredményeivel.

Ilyen értelemben részletesen tárgyalja a nyelőcső, gyomor, vékony- és vastagból s az epehólyag működését, ismertetve a vizsgálat céiszerü methodikáját is. Kritikai állásfoglalásukat a frankfurti poliklinika anyagán végzett rendszeres vizsgálataik teszik jogosulttá.

Pontos irodalmi jegyzéket is találunk a könyvben, mely értékesen egészíti ki a röntgendiagnostikai tankönyvek anyagát s ezért bizonyára minden szakember örömmel fogja olvasni. *Erdélyi József dr.*

Malignant tumours of the tonsil. *Eils G. E. Berven.* (Norstedt & Söner kiadása, Stockholm, 1931. Ára 22 svéd korona.)

282 lapnyi terjedelmü mü tulajdonképpen beszámoló a stockholmi Radiumhemmet munkásságáról. Tudvalevöen a rosszindulatú tonsilladaganatok kezelése a therapia leghálátlanabb fejezetei közé tartozik, ezért örömmel kell köszönteni *Berven* nagy munkáját, aki szépszámú anyagon gyüjtött tapasztalatait foglalja össze könyvében. Feltétlen hive a sugaras kezelésnek, melynek eszközei: a röntgenkezelés, a felületesen alkalmazott radium, az intratumoralis radium (tük), végül a teleradium (távolsági) kezelés. Ez utóbbi módon sikerült tonsillacarcinomáknál olyan eredményeket elérnie, amilyeneket előtte még senki sem ért el. Összesitve a metastasis nélküli, a mozgatható, operabilis nyirokcsomómetastasissal és az inoperabilis, fixált metastasissal biró eseteket, 28.6

%-ban ért el 3 éven felüli tünetmentességet. Inoperabilis metastasisok esetében is egy ízben 24 hónapi lényeges javulást tudott elérni. De viszonylag könnyű a helyzete a gazdag Svédországban, ahol egyedül a Radiumhemmet vagyona 5026.31 mgr. radiumelem. Teleradiumkezelésre az ú. n. radiumágyak szolgálnak, melyek töltése 3 gr. radiumelem körül van. Nagy súlyt helyez a pontos szövettani diagnosisra, mert mindenfajta tumor másképpen kezelendő. A mű legérdekesebb része a II. fejezet, mely a kezelési technikával és a tumorok terjedésével, valamint a metastasisok képződésével foglalkozik a legújabb kórtani kutatások alapján. Megállapítja, hogy már a carcinoma legkorábbi stadiumában is kimutatható mikroskoposan a metastasis, (hámsejtek megjelenése a nyirokcsomó sinusaiban), mellyel a szervezet hosszabb időn át meg tud küzdeni. A kezelés legfőbb célja a szervezetet ezen munkájában támogatni. A kezelést nem tartja kilátástalannak még nagy, fixált metastasisoknál sem, egészen addig, míg a nyirokcsomótumor genyesen el nem lágyul. Ebben a stadiumban már megbénult a szervezet localis ellenállása. Eseteiről pontos leírást közöl. Pótlásképpen felemlíti a francia, belga, angol és német klinikákon szokásos kezelési módokat és az ezekkel elért eredményeket. Említésre méltó a belga klinikákon használatos ú. n. radiumgallér távolsági kezelés céljaira.

13 színes tábla egészíti ki a szép kiállítású és sok tekintetben újszerű megállapításokat tartalmazó munkát, mely méltán számíthat a szakemberek érdeklődésére.

Zoltán István dr., egyetemi tanársegéd.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület október 3-i ülése.

Tóth I. *Elnöki megnyitó:* Igen tisztelt Orvosegyesület! Évek óta az október második felében tartott *Balassa* előadással nyitottuk meg tudományos üléseink sorozatát. Az a tapasztalat, hogy május végén, június elején a rendszerint melegebb időjárás folytán rendkívül csökkent az érdeklődés az egyesületi tudományos előadások iránt, indította az igazgatóságot arra, hogy október első szombatján kezdje meg az egyesület tudományos működését s *inkább korábban* szüntesse be.

Zordon időknek vad vihara száguld végig Európa testén, pusztulást, nyomort, bánatot, könnyet hagyva maga után, amiből a mi drága hazánknak különösképen is kijutott. Ma a magyar emberek arcán a gondnak sötét árnya ül s csak a gyermeknek derült az arca, aki még nem érzi az idők kegyetlenségét. De ezen általánosan ismert állapotok mellett különösen is sújtotta e keserves idő orvosi rendünket. Amióta az egyesület megalakult és működött, nem volt még soha rosszabb sorsa az orvosnak, mint ma. Az orvosok a társadalomnak általánosan megbecsült és anyagilag is kellően jutalmazott tagjai voltak. A régi háziorvos, aki a családnak nemcsak testi gyógyítója, hanem lelki barátja is volt, — megkülönböztetett tiszteletnek volt részese s amikor eljött az új esztendő, odahordták hozzá a családok obulusaikat, ami az ő egész évi megélhetését jóformán biztosította, sőt nem egy közülük szerény vagyont is szerzett. Így volt ez a fővárosban, így volt a vidéken. Itt az orvosnak lakóháza volt a községnek legrendesebb háza: virágos volt a kertje, volt szép könyvtára is, mint a községben senkinek, járatott orvosi és szépirodalmi folyóiratokat, neveltette gyermekeit tisztességesen, akiknek sorából az egymásutáni orvosgeneratio derék fiai nőttek fel. És a fővárosban minden szép, nemes egyesülésnek nem az orvosok voltak-e legfőbb támogatói s a szépművészetnek a zene művelésének volt-e jobb, megértőbb barátja, segítője, mint az orvosi rend?

Ma az orvos a phalanxrendszernek egy kevéssé megbecsült tagja, sőt azt is mondhatnók, hogy rabszolgája, aki éhbérért egy—két óra alatt kénytelen 20—30—40 betegnek rendelni. Nem az ő hibája, hogy e rendelés gyárilag menvén, nem mindig megfelelő. És az éhbérért is tülekedés, harc folyik, keresi minden orvos fiatalja-öregje a fix jövedelmet, bármi szerény is az, mert másként nem tud megélni, hiszen magángyakorlatban is jóformán humanitásból gyógyít: a jó barátját, az ismerősét és sokakat, akik visszaélnek az orvos helyzetével s akiket minden anyagi kárpótlás nélkül lát el orvosi tanáccsal, segítséggel. A napokban beszélte el egyik derék kollegám, aki fix fizetés nélkül élt eddig tisztességesen, hogy többszörös háziur, régi paciense a napokban azon kívánsággal fordult hozzá, hogy a jövőben szállítsa le háziorvosi honorariumát, mert az ő házaiban több helyiség üresen áll s kevesebb a jövedelme. Az orvos megkérdezte, vajjon járt-e hasonló kívánsággal mészárosánál, füszeresénél, szabójánál s egyébb iparosánál, kereskedőnél s követelte-e mindegyiktől az eddigi árak leszállítását? Dehogyis! Az első az orvosa volt. Mindenki csak az orvosán akar takarékoskodni, mert ez a pénzért se ruhát, se cipőt, se élelmet nem ad. Legfeljebb jó tanácsot, pedig a mai nehéz helyzetben is az egészség védelme az első!

Szomorú helyzet ez mélyen tisztelt Uraim! És a tanuló fiatalságnál szomorúsággal észleljük a helyzetnek kórképét, kivételektől eltekintve megtört a fiatalság ambiciója, kiölte belőle az orvosi phalanxter: miért tanuljon ő többet, miért törje jobban magát, a fix állás nem mindig a képességtől és a tudástól függ, hanem a jó pártfogótól!

Egyesületünk is nagyon érzi az orvosnak nehéz helyzetét. És amíg az orvosi tisztességre alig van jellemzőbb, mint hogy 30.000 kötetre rugó könyvtárunkból a nyár folyamán megtörtént revidiálás csak 95 könyvet nem talált meg, addig egyesületünknek szerénynek mindható tagdíját is nagyon sokan nem tudják megfizetni, avagy részletekben törlesztik le, vagy inkább kitöröltetik magukat tagjaink sorából. Hová jutottunk?! De nem szabad csüggednünk! Ezen öreg egyesületnek elsősorban úgyis nem az orvosi jólét emelése a főfeladata, hanem tudományunk művelése. Amint a családokban gyász vagy anyagi veszteségek esetén összeül a család, elzárkózik mindenkitől s csak egymás szeretetében iparkodik megnyugvást szerezni, mi is orvostudományunk e felszentelt csarnokában bujjunk össze, keressünk élevezetet, megnyugvást a tudomány müvelésében. Ha valaha is szükséges volt az egyesülés, e mai zord világban legesleginkább!

S amikor megnyitom első tudományos ülésünket, arra kérem tagjainkat, támogassák egyesületünket úgy is, mint előadók, úgy is mint a eszmecserékben résztvevők és mint hallgatók. Az élet örömeitől megfosztott mai helyzetben leljük lelki üdülésünket tudományunk müvelésében.

Kérem mindannyiuk szíves támogatását!

Bemutatások:

Sebestyén Gy.: *a) Appendicitist utánzó vesetályog műtéti esete.* 22 éves nőbeteg hirtelen lázasan megbetegedett, rajta appendectomiát végeztek; állapota azonban ezután sem javult s 6 hét mulva a jobb vese táját tárták fel. Ezt 6 hónap mulva egy harmadik beavatkozás követte, szintén a jobb vesetájon. Ezek után kb. 1½ év mulva vétetett fel a pestújhelyi kórház sebészeti osztályára. Megelőző urologiai vizsgálat után a j. o. teljesen elpusztult vese került eltávolításra, melynek szövettani vizsgálata specificus elváltozást nem mutatott. Ezek alapján megállapítható, hogy a megbetegedés eredete a jobb vesében keresendő vesetályog képében.

b) Gyomorral összekapaszkodó vastagbélrák műtéti esete. 47 éves férfi, felvételkor lesoványodott, elesett, lázas. Az epigastrium kitöltött, nyomásra fáj. A röntgenvizsgálat alapján megállapítható volt, hogy valószínüleg a harántvastagbél középső részét egy férfiököl nagyságú a rosszindulatúság minden jelét magán viselő daganat foglalja el, mely a mesocolon lemezeire folytatódik s a gyomorfundussal összekapaszkodott. A műtét a harántvastagbél, az omentum majus, a mesocolon és a gyomor nagy részének eltávolításából állott. A daganat szövettanilag cc. gelatiniformenak bizonyult. Az eset szépen illustrálja, hogy a nagydimensiójú malignus daganatok, amelyek inoperabilisnak látszanak, a metastasis szempontjából nem a legrosszabbak. A beteg több mint három éve recidivamentes.

Polgár F.: Az első esettel kapcsolatban oly esetről referál, amikor vesetáji megbetegedés mellkasi elváltozás alakjában lépett fel. Fiatal futballista azzal a panasszal jelentkezett, hogy az alsó bordatájon traumát szenvedett. A röntgenvizsgálat a traumának semmiféle következményét nem mutatta. Hat nap mulva visszahozták azzal, hogy a belorvosi vizsgálat lázat és tompulatot talált a bal alsó bordatájon. Az átvilágítás szerint csak a bal rekesz emelkedése volt korlátozott. További megfigyelés azt mutatta, hogy a bal rekesz jóval magasabban áll tompulat és csökkent pectoral fremitussal, a rekesz kitérése minimális. Ennek alapján felmerült a gyanú rekeszalatti folyamatra. A vesetáji punctio genyet adott és a keresztülvitt mütét vesetáji genyedést talált.

Sebestyén Gy.: *Polgár* esete bizonyítja, hogy a legnagyobb óvatosság mellett is a vesetáji folyamatok nemcsak appendicitist, hanem mellkasi megbetegedést is utánozhatnak.

Előadások:

1. **Vándorfy J.:** *A gyomornyákhártya működéséről gyomorsülyedés eseteiben.* 1100 eset vizsgálata alapján arra az eredményre jut, hogy az egyszerü gyomorsülyedés eseteiben sokkal gyakrabban lehet gyomorhurut kifejlődését észlelni, mint ahogy ezt eddig tudtuk. A gyomorsülyedés eseteiben a megváltozott emésztési viszonyok olyan módot nyújtanak a különböző ártalmaknak a hurut létrehozására, hogy az sokkal könnyebben fejlődhet ki, mint ép viszonyok között. A ki-

fejlödött hurut két alakját észlelte, az irritativ, superacid és a depressiv, anacid hurutot. Mindkettőt önálló kórképnek kell felfogni, mivel a kettőnek az egymásba való átmenetelét észlelni nem tudta.

Friedrich L.: Kérdi mit ért az előadó gyomorsülyedés alatt. Fejtegetéseiből azt hihetnénk, hogy ez nagyon elterjedt baj. 1930-ban Budapesten tartott anyagcsere-kongresszuson a gyomor helyzetváltozásainak megbeszélésénél *Bergmann* kijelentette, hogy a ptosist törölni kellene a diagnostikából, mert rendesen egészen más betegség rejtőzik a panaszok mögött. A gyomorfundusnak még mély sülyedése is csak constitutionalis elváltozás lehet. Rendelésére gyakran jönnek betegek, klinikák, közkórházak ptosis-diagnosisával és követelik, hogy részükre haskötőt rendeljünk, amire semmi szükségük sincs. Ezek között volt egy teljesen feszes hasfallal biró 15 éves leány, kinél a röntgen a fundus leszállását mutatta 3—4 ujjal és akinek a kórházban haskötőt rendeltek. A beteg vizsgálata appendicitis chronicát derített ki. Még nagyfokú hypotonia sem okoz panaszokat, mint azt egy az Orvosegyletben bemutatott betegen demonstrálta, akinél a fundus egy része a scrotumban volt.

Vándorfy J.: A ptosisokhoz társuló gastritisek éppenséggel nem ritkák és azok megelőzése haskötő alkalmazásával fontos és jó hatású. Kétségbevonja, hogy a ptosis nem okoz panaszokat. Eseteket említ, ahol semmi más elváltozás, mint ptosis nem volt és az eset semmiféle beavatkozásra sem javult. Ha azután a beteget fektetjük, a panaszok megszünnek, ami mutatja, hogy ezek a gyomorsülyedés folytán jöttek létre.

2. **Melly J.:** *A diabetes mellitus socialis pathologiája.* A diabetes mellitus socialpathologiai vonatkozásait már azért is indokolt vizsgálat alá venni, mert a diabetes morbiditas és mortalitás ismét emelkedik. A diabetes mellitusnak szociálegészségügyi jelentősége van, mert olyan kórforma, amely olyan sok kutatásnak képezte tárgyát, nem lehet alárendelt jelentőségü. Hosszú lefolyású idült betegség, mely hosszú ideig tartó munkaképtelenséget okoz és tekintélyes összegü ápolási díjat emészt fel. A szövödményekre gondolva még sokak elnyomorodását is a diabetes rovására lehet irnunk. A diabetes socialpathalogiai viszonylatainak feltárása céljából rendelkezésre álló statisztikai anyag azonban elég szegényes. Ez a kórforma nem tartozik a bejelentésre kötelezett betegségek közé s igy rendszeresen szerkesztett morbiditási statisztikánk nincsen. A diabetes socialpathologiai viszonylatait majdnem kizárólag csak a mortalitási anyag elemzése révén vehetjük vizsgálat alá.

Az absolut számokból megállapithatjuk, hogy Magyarország diabetes mortalitása 1920-tól 1928-ig 58%-al növekedett. Míg az orvosok által megállapított halálesetek közül 1920-ban 0.16% jutott a diabetes rovatába, addig 1928-ban már 0.29%. Jellegzetes azonban, hogy míg a férfiak viszonyszáma csak 31.7%-kal gyarapodott, addig a nöké 83.3%-kal.

Budapest székesfőváros diabetes mortalitását 1901-ig sikerült visszafelé követni. A vizsgálódás első esztendejében még csak 47, utolsó esztendejében már 152 ember halt meg cukorbajban. Az emelkedés elég kifejezett még akkor is, ha a diagnostika erőteljes fejlődését figyelembe vesszük. Az ország mortalitásának zöme különben is Budapestre jutott, mert míg a székesfőváros népessége az ország lakosságának kereken 12%-át reprezentálja, addig 1928-ban a cukorbajhalandóságnak kereken 42%-a esett Budapestre. A fővárosban 10.000 lakosra kiszámítva 1901-ben 0.6, 1928-ban már 1.6 cukorbaj haláleset következett be, ami 166.7% emelkedésnek felel meg. Az 1915—1919 években Baselben 1.16 ezrelék, az 1916—1920 esztendőkben Budapesten 0.12 ezrelék indexek jellemezték a diabetes mortalitást tehát székesfővárosunk cukorhajlandósága jóval alacsonyabb. Budapesten is a nők diabetes hajlandósága emelkedett meglepően, 1911—1915 években 52.9%-a jutott a férfiakra és 47.1%-a a nőkre, addig a legutóbbi években 43.6%-a a férfiekra és 56.4%-a a nőkre. Különösen a házasságban élő nöké emelkedett.

A székesfőváros diabetes mortalitásának korcsoportok szerint való szétbontása világosan demonstrálja, hogy a diabetes inkább a magasabb korcsoportok betegsége s az emelkedés is ezekre lokalizálódik. Az izraeliták diabetes halandóságát sokat tárgyalták a szakirodalomban. A székesfőváros idevágó anyagának vizsgálata szerint is az izraeliták cukorbaj halálozása jóval magasabb, mint a keresztény hitfelekezeteké. Míg az izraeliták Budapesten a népesség 23.2%-át reprezentálják, addig rájuk esik a cukorbajhalandóság 51.6 %-a. És az is felette érdekes, hogy míg a keresztény felekezetek indexei apadó, addig az izraelitáké emelkedő jellegüek. Ezt a társadalompathologiai jelenséget számos szerző faji sajátosságok kiemelésével igyekszik magyarázni. Míg a keresztény hitfelekezetek gümőkórhalandósága magas, az izraelitáké ellenben alacsony, addig ez utóbbiak a rák és föleg a diabetes mortalitásban excellálnak. Igen valószinü tehát, hogy az izraeliták magas cukorbajhajlandósága leginkább a halálokok eltolódásából származik.

Foglalkozás szerint az önálló és tisztviselők főosztályaiban találhatók a legmagasabb halálozási arányszám és hogy a székesfőváros diabetes mortalitásának átlagában 17.5%-a az itt meghalt idegenekre esik.

Régebben azt hitték, hogy a diabetes csak a kulturállamok betegsége. Ma már látjuk, hogy a diabetes mindenütt fokozódó számokkal szerepel a mortalitásban. S míg kezdetben csak az öröklödés theoriája dominált, addig ma már az exogen okokat is jobban figyelembe vesszük. Az öröklésnek bizonyára nagy a szerepe, de akkor egészen természetes, hogy a népesség szaporodásával aránylag is többen öröklik a diabeteses dispositiót, miért is bizonyára tovább fog emelkedni a diabetes mortalitás. A világháború alatt csökkent a diabetes halandóság s ezt számos szerző az akkori élelmezési mizériákkal magyarázza., azokban az esztendőkben más halálokok, föleg a tuberculosis kulmináltak s igy kézenfekvő, hogy elnyomhatták a cukorbajhalandóságot.

Az insulin gyógyhatása egyes klinikai közlések szerint mutatkozik, de ezt a székesfőváros diabetes mortalitási anyagában nem sikerült észlelni. És pedig aligha csak relative, mert a 30 életéven felüliek szaporodása 1900-tól 1925-ig 25.1 % volt, ami a rákhalandóság erre az időre eső emelkedését majdnem kompenzálja (33.3%), de nagyon elmarad a cukorbajhalandóság ez idő alatt észlelhető 50%-os előretörésétől.

Horvai L.: Nekünk különösen fontos a cukorbetegség tanulmányozása, mert a statisztikában Budapest és Frankfurt szerepelnek, mint diabetes-városok. A diagnosis és tolerantia meghatározásával az orvos munkája a legtöbb esetben véget ér, ezután a socialis gondazás veszi át a főszerepet. Magyarország volt az első, ahol az insulin rendelését még a szegényalap terhére is megengedték, úgy hogy a cukorbeteg az insulinnal mindaddig életben tartható, ameddig azt a szervezete megengedi. Az 50 év előtti viszonyokhoz képest az átlagos élettartam 8—10 évvel meghosszabbodott, úgyhogy most sokkal több ember éri el azt a kort, amikor diabetest kaphat. A diabetikus betegek átlagszámának nagy emelkedése visszavezethető továbbá arra, hogy a betegek az új hatalmas gyógyszer felfedezésére előjönnek. New-Yorki adatok bizonyitják, hogy a fehér faj nagyobb morbiditásával lépést tart a szines betegek szaporodása is, bár ezek között aránylag kisebb a betegek száma. Az átöröklödés kérdésének tárgyalásánál utal arra, hogy régibb adatok szerint a családi terheltség 23—26 %-ban volt kimutatható, saját 700 észlelt esetében 28% volt a terheltség. Az újabb kutatások szerint a recessivitás 75%-ban léphet fel, ami megérteti a diabetikus számának emelkedését az élettartam meghosszabbodásával, továbbá hogy diabetes családokban nemcsak ez a baj, hanem látszólag eltérő alkati betegségek is öröklödnek, mint a lithiasis, psoriasis, diathesisek, arteriosclerosis, lipod anyagcserezavarok. *Melly* adatai ilyen familiaris kutatások számára nyújtanak értékes alapot.

Charité Poliklinika orvosainak szeptember 30-i ülése.

Koppenstein E.: *A röntgen és a röntgenologus az orvosi gyakorlatban.*

A röntgenvizsgálati ténykedést négy fázisra osztja: 1. a röntgenvizsgálati indicatio felállítása, 2. a beteg előkészítése, 3. a vizsgálat elvégzése, 4. az eredmény, a röntgen lelet értékesítése. Az indicatio felállításánál elv legyen, hogy akkor röntgeneztessünk, amikor a klinikai vizsgálat oly kérdések megoldását teszi szükségessé, melyeket leggyorsabban és legegyszerübben a röntgenvizsgálat tisztázhat. A beteg előkészitésénél fontos, hogy abdominalis felvételeknél hashajtót ne adjunk, a zavaró bélgázokat beöntésekkel távolitják el. A vizsgálat kivitelénél nem szabad a röntgenologus kezét megkötni azzal, hogy csak átvilágítást kérünk, vagy a felvételek számát előre meghatározzuk. Soha nem lehet előre tudni, hogy fog a röntgenvizsgálat előre alakulni és milyen nehézségek merülnek fel, melyek a vizsgálat kiegészitését, vagy további felvételeket tesznek szükségessé. Át kell mennie az orvosi köztudatba, hogy az esetek röntgenologiai tisztázása alapos feldolgozás nélkül lehetetlen. A röntgenlelet értékelésénél tudatában kell lenni annak, hogy a röntgen anatómia és funktionalis elváltozásokat ir le, az aethiologiára vonatkozólag azonban nem mindig nyújt felvilágositást, ilyenkor a klinikai vizsgálat dönt. A röntgenintézet lemezgyüjteményéből

számos érdekes esetet mutat be, egyrészt a methodika fontosságának, másrészt a röntgen klinikai vonatkozásának demonstrálására.

Tévedések és hibák a heveny mérgezések gyógykezelésében.

Irta: *Balázs Gyula* dr., adjunctus.

A nagyvárosok heveny mérgezési eseteinek túlnyomó részét első orvosi segéllyel a specialisan képzett mentők látják el, akik az első segély nyújtása után a mérgezetteket kórházba, klinikára, a tehetősebbeket pedig szanatóriumba szállítják be. A heveny mérgezések házi kezelése ugyanis nehézségekbe ütközik, nemcsak mert permanens orvosi felügyeletre van szükségük, de ápolásuk elég gyakran különleges berendezkedést is igényel, ú. m. oxygen-szénsav bomba, pulmotor, infusiós készülékek, Katzenstein, stb. Ezeken kívül gondolni kell arra is, hogy a mérgezés következményei olyanok is lehetnek, melyek szakorvosi beavatkozásokat követelnek, így pl. gravidáknál abortus, koraszülés, postmortalis sectio caesarea, marószerrel történt mérgezéseknél gyomor perforatiók, gégeoedema, melyek tökéletes ellátása csak jól felszerelt intézetekben lehetséges.

Nagyobb városokban, különösen a fővárosban heveny mérgezés esetében a közönség is szinte ösztönszerűleg kéri a mentők segítségét, kik a legsürgősebb teendők elvégzése után a mérgezetteket a megfelelő intézetbe szállítják. Az említett okok folytán a gyakorló orvosnak csak ritkán adódik alkalma heveny mérgezések kezelésére. A heveny mérgezések száma pedig az utóbbi években állandó emelkedést mutat. Ez emelkedés oka egyrészt az öngyilkossági kísérletek absolut számának megszaporodása, másrészt az, hogy újabban a méreg, mint eszköz a férfi öngyilkosjelöltek között is tért hódít (Budapesten kb. 60—70%).

Bár mint említettük a heveny mérgezési esetek gyógykezelése nagy városokban a mentők és a kórházak, faluhelyen pedig az esetek ritkasága folytán a gyakorló orvos praxisában csak kivételesen fordul elő, mégis megeshetik, hogy nemcsak első orvosi segélynyújtáshoz hívják, hanem különböző okokból a mérgezett további gyógykezelését is vállalnia kell. A heveny mérgezések kezelése a dolog természeténél fogva gyors és racionalis beavatkozást igényel, hiszen a mérgezett életben tartásának lehetősége néha pár percen múlik. Az önhibáján kívül személyes és gyakorlati tapasztalatokkal nem bíró orvos ilyen esetben tanácsért a legtöbbször kéznél levő recipekönyv vagy orvosi naptár „mérgezések kezelése" című fejezetéhez fordul, hol táblázatos összeállításban, szűkszavuan, indicatiók, magyarázatok nélkül, esetleg megtalálja annak a mérgezésnek tüneteit és therapiáját, amelyre éppen szüksége van. Ezekben a szűkszavú therapiás utasításokban pedig egymás után vannak felsorolva azok a gyógyszerek vagy beavatkozások, melyekre a mérgezés alatt szükség *lehet*, de amelyeknek legalább egy részét a legtöbb esetben el is hagyhatjuk. Példának hozzuk fel, hogy cocain mérgezésnél tekintet nélkül annak súlyosságára, minden további magyarázat nélkül, az egyik táblázat a következő gyógyszereket ajánlja: amylnitrit, natr. nitrosum, lobelin, coffein,camphor, strichnin, digalen, adrenalin; chloralhydrátnál hasonló módon: coffein, camphor, strychnin, intracardialisan vagy intravenásan adrenalin. Ezeket olvasva semmit sem akarván mulasztani az ajánlott és egyáltalában nem közömbös szerek mindegyikét befecskendezi a talán súlyos tüneteket nem is mutató mérgezettnek. A polypragmasia éppoly veszedelmes lehet, mint a semmit nem tevés.

A heveny mérgezések kezelésénél gyakori hiba az excitantiákkal, a szívre ható szerekkel való visszaélés, különösen az altató szerek okozta mérgezéseknél. Bár az eszméletlen mérgezettnek szívműködése kifogástalan, pulsusa jó, vérnyomása normalis, percek alatt megkapja a gyógyszeripar hasonló hatású, de más nevű készítményeit, nevezetesen a camphorszerűen ható és digitalis készítményeket. Természetes, hogy ezek után a mérgezett pulsusa szaporává válik, amit orvosa újabb szívgyengeségnek fogván fel, újból megismétli az előbbi sorozatot, míg végre egy circulus vitiosusba kerül. Az eszméletlenség nem jelent mindjárt szívgyengeséget is. A narcosis alatt sem adunk coffeint, camphort, ha nincs szükség reá. Heveny mérgezéseknél a primaer szívgyengeség egy-két direct a szívre ható mérget kivéve ritka. Sokkal inkább és gyakrabban szerepel a vasomotorcentrum és a peripheriás edényrendszer zavara, minek folytán a vérnyomás csökkenés,, collapsus áll be. Ilyen esetekben a digitalis készítmények adása nem sokat segít, hanem inkább coffein, strychnin, adrenalin vagy ephedrin és a vízben oldható gyorsan felszívódó camphorszerűen ható gyógyszerek, mint hexeton, cardiazol,különösen a gyors és tartós hatású cardiazol-ephedrin indicalt.

Általában ügyeljünk arra, hogy csak akkor és annyi excitantiát vagy cardiacumot adjunk, amikor és amennyire szükség van, mert a kritika nélkül, szükségtelenül adott szerek a szívet nemcsak kifárasztják, hanem hatástalanok lesznek később akkor, amikor éppen a legnagyobb szükség lenne reájuk, s az agyonkorbácsolt szív felmondja a szolgálatot. A légzőcentrumra ható, de a szívre nem közömbös hatású lobelin injectiókat is csak megfelelő indicatio mellett használjuk; könnyű vagy közép súlyos altatószer, narcoticum vagy világítógáz mérgezésnél szükség nincs reá. Kisebb fokú légzőcentrum alteratiónál a régi, jól bevált, de elfelejtett fizikalis eljárásokat alkalmazzuk; mint: hő, bőr, fájdalom ingereket, melyek reflectoricus úton nemcsak a légzésre, hanem a szív-edényrendszerre is kiválóan hatnak. A lobelinhez hasonlóan, bizonyos esetekben annál jobban használható a szénsav inhalatio. Kellő módon adva, kárt sohasem okoz, gyakran ismételhető és közvetve a szívműködést is előnyösen befolyásolja.

Könnyű gázmérgezésnél (világítógáz, szénmonoxyd) oxygen belélegeztetés szintén felesleges. A friss levegő is megteszi hatását. Emlékszünk egy esetre, midőn a könnyű, eszméletnél levő gázmérgezetthez hivott orvos, miután a fennjáró betegnek coffein, camphor és lobelin injectiókat adott, más alkalmas személy hijján a beteget küldte el a közeli patikába oxygen tömlőért s miután elhozta — személyes jelenlétében azt a beteggel belélegeztette.

Meg kell emlékeznünk még a gyomormosás és a hánytatás körüli hibákról is. Ha csak lehetséges gyomormosást végezzünk, mert a gyomormosást semmiféle más eljárás nem helyettesítheti. Kivételt képeznek a marószerek, lúg-sav mérgezések, melyekre nézve a perforatio lehetősége miatt a vélemények eltérőek. Különösen savmérgezésnél fenyegethet a perforatio veszélye. De van olyan foka a marószer mérgezésnek, melynél minden körülmények között contraindicalt a gyomormosás. Absolut contraindicatiót nem képez a gyomormosás ulcusnál, ha a bevett méreg gyors és erős hatású s ha a méreg felszívódása nagyobb veszélyt rejt magában, mint az esetleg bekövetkező gyomorvérzés. Vannak therapiás nézetek, melyek a vérző ulcusnál jeges vízzel való gyomormosást ajánlanak a vérzés megszüntetése végett. Természetes, hogy ulcus esetén különösen óvatosan fogunk gyomrot mosni. Gyomormosáskor ne hagyjunk nagyobb mennyiségű folyadékot a gyomorban (kivételt ké-

pez a magn. sulfuricum s carbo animalis suspensio), mert a sok folyadék a méreg oldódását és felszívódását sietteti. Rossz szívműködésnél, collapsusnál a gyomormosás előtt cardiazol-ephedrin vagy hexeton vagy coffein injectiót adjunk. Ha a gyomormosás valamilyen okból keresztül nem vihető, pl. az eszközök hiánya, nyelőcső szükület, aneurysma vagy a mérgezett ellenállása miatt, úgy hánytatókat adunk. Hánytatót adunk *előzetesen* akkor is, ha a gyomor telt és a gyomor bennék a gyomormosó sondát eltömné. Ha csak lehetséges a localisan ható hánytatókat adjuk (pl. cuprum sulfuricum) s csak a legritkább esetben a centralisan ható apomorphint. A méreg hatás folytán állandóan hányó mérgezettnek hánytatót nem adunk, hanem sok vizet, lehetőleg langyosat itatunk vele s ezzel némileg pótolhatjuk is a gyomormosást.

Hánytatót adni eszméletlen mérgezettnek az aspiratio veszélye miatt nem szabad. Ugyszintén kerüljük különösen az apormorphint szívgyengeségnél, collapsusnál, mert az apomorphin maga is collapsust okozhat. Ilyenkor elsősorban a szív és edényrendszert hozzuk rendbe. A cuprum sulfuricum hánytató hatása gyomormosással megszüntethető, míg az apomorphin hatása nem befolyásolható semmivel sem. Ezért olyan esetekben, ahol a hashajtás fontos (csaknem mindíg fontos) az apomorphin szintén kerülendő, mert órákon keresztül megakadályozhatja a hashajtó bevételét. Ha a mérgezés után hosszú idő telt el s a méreg már egészben vagy legnagyobb részben a gyomrot elhagyta és gyomrot valamilyen okból nem moshatunk, előbb hashajtót adunk s csak azután hánytatunk.

Collapsus alatt venasectiót nem eszközlünk, már csak azért sem, mert a collapsus kezelése az előbbre való.

A felszívódott méreg eltávolítása a szervezetből érvágás vagy diuresis fokozása céljából adott diureticum által csak akkor recionalis, ha ezen eljárások alatt vagy után megfelelő folyadék pótlásáról is gondoskodunk, eszméletlen vagy hányó mérgezetteknél infusio, egyébként sok folyadék (tea) itatásával.

A nehéz fémsó mérgezéseknél jelentkező hasmenés, tenesmus ellen ne opiatokkal, hanem gyakori bélmosásokkal védekezzünk, mert ezeknek a mérgeknek egy részét a vastagbél választja ki. Ha opiatokkal obstipatiót okozunk, úgy a kiválasztott mérgek ismét felszívódnak. Bélmosásokkal még a sublimat okozta súlyos tenesmusok is megszüntethetők. Fájdalomcsillapítás szempontjából bélmosások mellett opium, morphin készítményeket adhatunk.

Lúg és savmérgezésnél ne feledkezzünk el a fájdalomcsillapításról. Súlyosabb esetben mindjárt nagy dosisú morphint, 2—3 ctrg-ot adunk injectio alakjában. Nemcsak a fájdalmat szüntetjük meg vele, de biztosítjuk a szükséges nyugalmat s a fájdalom okozta schokot is előnyösen befolyásoljuk. Altatószer, de főképen morphin mérgezésnél, ha a mérgezett még eszméletnél van a gyomor kimosása után a mérgezettel állandóan foglalkozzunk, jártassuk, időnként hideg vízzel öntözzük, szóval igyekezzünk ébren tartani. Ezzel a régi eljárással gyakran több eredményt érünk el, mint a legerősebb excitantiák egész sorozatával.

Hosszú eszméletlenségnél ne feledkezzünk meg a hólyag és bél rendszeres kiürítéséről és a mérgezett folyadékkal való ellátásáról infusiók, csepegő csőrék által. Az erősen lehült mérgezett melegítésénél vigyázzunk, nehogy a kültakarót felégessük: Altatószer, gáz okozta mérgezéseknél a kültakaró igen érzékeny a meleg behatásokra az elégtelen vagy rossz bőrvérkeringés miatt. Ugyancsak emiatt a decubitus hajlam is nagy.

Altatószer okozta mérgezésnél gyakori a nyelv hátraesése. Ilyenkor azt előre kell húzni s néha órákon át előhúzva tartani. A nyelv hátra esése a legjobban és a legkíméletesebben a Mayo-féle tubussal előzhető, illetve akadályozható meg.

Maró anyag, altatószer okozta mérgezés leggyakoribb szövődménye az aspiratiós pneumonia. Megelőzni könnyebb, mint gyógyítani. Eszméletlen, gyenge, elesett mérgezettnél tehát ha hányás jelentkezik, járjunk úgy el, ahogy a narcosis közbeni hányásnál szokás. Fordítsuk a mérgezett fejét oldalra s ha hányása megszünt, tisztítsuk ki a szájüregből a gyomorbenneket. Eszméletlen mérgezettnél, hol a nyelési reflex hiányos vagy megszünt a felgyülemlett nyáktól a szájüreget szabadítsuk meg. Különösen veronal és egyéb barbitursav készítmény okozta mérgezésnél fontos, hol rendszerint fokozottabb salivatio is van.

Heveny mérgezés esetén nyugodtan gondoljuk át tennivalónkat. Legfontosabb és legelső dolgunk, ha momentán életet veszélyeztető tünetek, mint szívgyengeség, vasomotor, légzőcentrum bénulás nincs jelen a még fel nem szívódott méreg eltávolítása, tekintet nélkül arra, hogy ismert vagy ismeretlen mérgezéssel állunk szemben. Másodszor jöhet a tüneti kezelés. Harmadszor a specificus kezelés vagy a bevett méreg milyenségének megállapítása, bár sajnos kevés heveny mérgezésnek van specificus therapiája.

Rövid cikkünk keretében csak arra a hibákra és tévedésekre hivtuk fel a figyelmet, melyeket a gyakorlatban volt alkalmunk nem is ritkán tapasztalni.

Megjegyzés Melly Béla dr. „A kankós mellékhere gyulladásról" cimü cikkéhez.

(O. H. 1931. 39. és 40.)

Az idők távolában elvesző adatok retrospectiv gyűjtésének olyan hiányokkal kell számolnia, melyeket oekonomiai okokra lehet visszavezetni. Igy például: az a beteg, aki gyógyult jelzéssel távozik, minthogy távozásakor valóban a „gyógyult" benyomását kelthette, továbbá sorsának adataival nem egyszer lényegesen megváltoztathatná a róla alkotott statisztikai konkluziót. A statisztikai konkluziót az orvosok egyéni biráló készsége, sőt subjectivitása is irányítja. Ez természetes, mert emberi. A döntő az, hogy ez a mérlegelő szempont a lényegnek megfelelő tájékoztatást nyújt-e vagy sem?

Melly dr. a kankós mellékherelobról készített statistikájában a különböző gyógymódok értékét az ápolási napok számával méri. Ápolási napokkal mérni gyógyulást bár szokásos, de ideális orvosi szempontból tulajdonképen illuzorikus, mert a leglényegesebb pontot: a gyógyulás tartósságának bizonyítékát a beteg távozása után, az ilyen statisztika nélkülözi.

A sajátvérrel kezelt kankós szövődményeket ugyanazon klinikán magam tanulmányoztam (lásd O. H. 1930. 28. sz.) Hogy a valósághoz közelebb tartsam magam, már e tanulmányom során, sem minősítettem gyógyultnak a beteget, hanem csak az alkalmazott gyógymódnak megállapítható hatásfokát jeleztem. Ezt pedig objectiv mérésekkel iparkodtam alátámasztani (pontos hereméret, pontos váladékvizsgálat), ugyanakkor tisztázni iparkodtam azokat a physiologiai momentumokat, amelyeknek ismerete a gyógymód megválasztásában jelentőségteljes (vércsoport, vérkép, gonorrhoeas coplementkötés, alkattypus, stb.). Kiváló hatásúnak minősítettem a gyógymódot akkor 1. ha a beteg góc gyógyulása többé-kevésbbé restitutio ad integrum következett be; 2. ha a húgycsőváladék helyi kezelés mellett több napon át gonococcusmentes volt. Ezt a minősítésemet a beteg távozása után is, továbbá sorsának időközönként megfigyelésével ellenőriztem. A megitélésnek ilyen principiuma szerint a sajátvértherapia más therapiához viszonyítva előnyösebbnek mutatkozott. Ez azonban Melly dr. méltatásában nem jut kifejezésre.

Ez a körülmény késztetett arra, hogy megjegyzéseimet megtegyem, mert kötelességemnek érzem, hogy

egy általam előnyösnek megismert gyógymód értékére orvostársaim figyelmét felhívjam és amilyen mértékben igazolást nyer, annyira megérdemelt színvonalon tartsam.

Egerváry Tibor dr.

KÉRDÉS — FELELET.

Kérdés: A mai asthma kutatás lehetővé teszi az oki therapiát. Több erre vonatkozó cikket olvastam, de nem jutottam hozzá oly közleményekhez, melyek a pontos technikát közlik. Egyik betegemnél hosszas kutatás után arra az eredményre jutottam, hogy a poros helyiségekben való tartózkodás idézi elő a rohamot. Most gyüjtetem vele a különböző helyiségekből származó port. Arra vonatkozólag szeretnék most felvilágosítást kapni:

1. miként kell ezen anyagokból a szükséges kivonatot elkészíteni és mily szerrel (azt hiszem: vízzel)?

2. Mekkora az a mennyiség, amit az esetleges roham kiváltása céljából adni kell a kivonatból és mily módon (intracutan, subcutan)?

3. Ha ily módon megtaláltam az allergent, az illető kivonatból mily higítással kell kezdeni a desensibilisálást, mily időközökben kell adni az injectiókat és mily módon (subcután, intracután)?

Felelet: 1. Az asthmát kiváltó anyagokból kivonatokat vagy karbolozott phys. konyhasóoldattal vagy n/10 natr. hydrocarb.-tal készítjük. Miután a szürés, sterilizálás és esetleg állatkísérlet (tetanus sporák) rendes laboratóriumi berendezést kivánnak, ezen kivonatok *otthon nem készíthetők el.* A kereskedésben ilyen por, toll, stb. kivonatok forgalomban vannak, azonban adott esetbe szükségessé válik a beteg környezetének átvizsgálása is.

2. A próbával nem szabad rohamot kiváltani, hanem a bőrreactió nagyságából és erősségéből következtetünk a vizsgálandó anyag szerepére a betegség aetiologiájában. Először cutan próbát végzünk és ha ez negativ, akkor kíséreljük meg intracutan.

3. Ha az említett módon sikerült a kiváltó anyagot megtalálni, akkor subcután kezdjük az immunizálást egész kis, pl. 1/100 ccm-nyi adaggal és a kapott helybeli, általános, vagy gócreactio nagysága szerint óvatosan emelkedve folytatjuk. Szabályt felállítani nem lehet, mert épp az allergiás betegségekben szenvedők oly individualis reactiókat adnak, hogy a kezelés minden esetben más és más adagokkal történik. Lehetőleg tehát igen kis mennyiségü, ill. híg anyagokkal óvatosan emelkedünk.

Hajós dr.

VEGYES HÍREK

A Budapesti Királyi Orvosegyesület október 10-iki ülésének tárgysorozata: Bemutatások: 1. *Szathmáry Zoltán:* Narcolepsia gravidarum. 2. *Gaál Aurélia:* Lymphogranulomatosis inguinalis (Durand, Nicolas, Favre betegség) esete. 3. *Rihmer Béla:* A hímvessző bőrének traumás eredésü teljes lenyúzása, a húgycsőfal részleges elhalásával. Húgycsőzárás. Phalloplastica. Előadások: 1. *Vajda Károly:* Az Ilias ésOdyssea orvosi tudománya. 2. *Matolcsy Tamás:* A rekeszizom feletti magas lumbalérzéstelenítésről.

A Közkórházi Orvostársulat október 14-i ülésének tárgysorozata: Bemutatások: *Gazdy Tibor:* Paraldehyd psychosis. *Loboda István:* Atypusosan kezdődő schizophreniák. — Előadások: *Kammerlór Antal:* Az eredeti és módosított *Mátéfy*-reactio diagnostikai és prognostikai értékéről. *Schächter Antal:* A schizophrenia gyógyulásáról.

A Magyar Röntgentársaság október 12-én, hétfőn este 7 órakor tartja ülését az Apponyi Albert Poliklinika tantermében. Tárgysorozat: Bemutatás: *Leopold Margit:* Röntgennel kórismézett veseechinococcus esetek. — Előadások: *Weisz Á.:* Beszámoló a III. nemzetközi röntgen kongresszus (Páris) diagnostikai és therapiai előadásairól. *Egressi Zoltán* és *Huszár László* mérnökök: Beszámoló ugyanazon kongresszus technikai előadásáról és anyagáról.

Az angol rákkutató intézetnek Sir *William Morris* 25.000 fontot adományozott egy radiologiai kutatóintézet létesítésére.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetemen október hó 3-án: *Barcsay Ferenc Pál Kálmán, Bajor László József Sándor, Éber László Rezső, Koller Lajos,* dr. phil. *Krump József Ferenc, Létmányi Margit Karola Terézia,* kiskarándi *Nánásy László Ödön Ignác, Pecz Ferenc, Soós József Kornél Géza, Szemery Erzsébet Anna.* Üdvözöljük az új Kartársakat!

Fertőző betegségek állása Magyarországon (Budapest kivételével) 1931. szeptember 16-tól 30-ig. (A zárójelben levő számok a mult év ugyanazon periodusának adatai.)

Typhus adbominalis	1157	(832)
Dysenteria	180	(275)
Diphtheria	680	(794)
Scarlatina	261	(262)
Pertussis	198	(125)
Poliomyelitis	169	(5)

A mult félhónaphoz képest *emelkedett* a diphtheria, scarlatina, pertussis, morbilli és varicella; *csökkent* a typhus, dysenteria és poliomyelitis megbetegedések száma.

Legtöbb typhus megbetegedés Abauj-Torna, Békés, Bihar, Borsod, Csanád, Hajdú, Heves, Szolnok, Pest, Szabolcs, Szatmár és Zemplén megyékben és Debrecenben fordult el. *Poliomyelitis* főképen Borsod, Hajdú, Pest, Szabolcs és Szatmár megyékben okozott több megbetegedést.

Budapest székesfőváros közegészségügyi állapota 1931. év szeptember első felében.

Hasi hagymáz	121	7	Gyermekágyi láz	1	3
Küteges „	—	—	Bárányhimlő	20	—
Hólyagos (ál-) himlő	—	—	Járv. fültőmirigylob	—	7	—
Kanyaró	30	—	Vérhas	72	15
Vörheny	96	—	Járv. agygerincagyhártyalob	2	1
Szamárhurut	60	19	Trachoma	25	—
Roncsoló torok és gégelob	104	6	Veszettség	—	—
Influenza	—	1	Lissa	—	—
Ázsiai kolera	—	—	Paralysis infant.	34	4

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

Magyarország fürdőinek, ásványvizeinek, üdülőhelyeinek ismertetése megjelent. Kapható a kiadóhivatalban átvéve 50 fillérért, postán küldve 65 fillérért, melyet postabélyegben is elfogadunk.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

PÁLYÁZAT

A nagykállói m. kir. állami elme- és ideggyógyintézet Igazgatósága pályázatot hirdet egy alorvosi állásra, mely a X. fizetési osztály 3. fokozatával járó illetményeken kívül egy butorozott szobából álló lakás, fütés és világitás mellett I. o. élelmezés is jár, az utóbbi önköltségi árának 50 %-os megtérítése mellett.

A megbizatás egyelőre két évre szól.

A pályázók kellőleg felszerelt s szakképzettséget igazoló kérvényeiket a Népjóléti és Munkaügyi Miniszter Urhoz címezve az intézet Igazgatójánál 1931. évi október hó 31-ig adják be.

Nagykálló, 1931. évi október hó 5.

Dr. *Somogyi,* igazgató h.

Lapunk mai számához Richter Gedeon vegyészeti gyár rt. Budapest *Bismosalvan—Neobismosalvan*-ról szóló prospektusát mellékeltük.

San Pellegrino, Lombardiának Bergamo tartományában — Milano közelében — fekszik. Mint fürdőhely már kb. 800 éve ismeretes, vese-, máj-, hólyagbántalmak, valamint elhízás ellen. Igazán gyönyörü fekvése és vadregényes környéke mindenképen alkalmassá teszi nem csak a gyógyulást keresők, hanem lábadozók, nyaralók és turisták részére is. San Pellegrino Milanótól és Bergamotól vasuttal könnyen elérhető. A környéken fekvő hegyek igen könnyen megközelíthetők, a legtöbbre drótkötélpálya visz. Saison: junius— október.

DR. JUSTUS bőrgyógyító és kozmetikai intézete
kórházi főorvos
BUDAPEST IX., ÜLLŐI ÚT 1
Telefon: Aut. 846—37.

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

METALIX-FÉM röntgenlámpák röntgengépek
BARTA ÉS SZÉKELY R.-T., MÚZEUM-KÖRUT 37. Telefon: Aut. 840—97

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

75. évfolyam. 42. szám. Budapest, 1931 október 17.

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:

Kovács Ferenc: Ujabb irányzatok és problémák a szülészetben. (1007—1012. oldal.)
Friedrich László: Az epehólyag kiürülésére vonatkozó duodenalis sondával végzett vizsgálatok. (1012—1016. oldal.)
Berkesy László: Klinikai tapasztalataink a perparinnal. (1016—1018. oldal.)
Luka István és Szegő Pál: A psoriasis mangán-kezeléséről. (1018—1020. oldal.)
Sulyák István: Vizsgálatok a luetin-reactio jelentőségéről. (1020—1022. oldal.)
Balázs Gyula: Halálos paraldehyd mérgezés. (1022—1023. o.)
Ornstein László: A gégerák sugaras kezelése. (1023-1025. o.)
Fazekas I. Gyula: A közös fejverőér belhártyájának repedése a nyak szúrási sérülése nyomán. (1025—1026. oldal.)
Beőthy Konrád: Ujszülöttek halála mennyi idő mulva következik be folyadék és táplálék teljes megvonása esetén? Adatok az életképtelenséghez. (1026—1027.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (163—166. oldal.)
Lapszemle. Könyvismertetés. Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (1027—1037. oldal.)
Neuber Ede: Válasz Bielek dr. „Reflexióira" (1030. oldal és a borítólap III. oldalán.)
Vegyes hírek: (A borítólap III. és IV. oldalán.)

Újabb irányzatok és problémák a szülészetben.*

(Klinikai előadás.)

Irta: *Kovács Ferenc* dr., egy. ny. rk. tanár.

Tekintetes Tanári Kar! Tisztelt hallgatóság! Nem akarom titkolni, hogy elfogódottsággal lépek először e díszes helyre és ez elfogódottság némi büszkeség, mélységes hála és bizonyos szorongás érzéseiből tevődik össze. Büszkeség és hála tölt el a nagy megtisztelés miatt, hogy e díszes és nemzetközi viszonylatban is annyira kiváló tanári kar méltónak talált engem tagjává fogadni. A legmélyebb és legőszintébb hálaérzés tölti el lelkemet volt főnököm, Tóth professor iránt kit büszkén vallok tanítómesteremnek s akinek 13 évi nevelése, példaadó munkája teszi számomra lehetővé azt, hogy nyugodt lelkiismerettel vállalhatom e minden díszessége mellett is annyira terhes és nagy felelősséggel járó állás betöltését. Hálás köszönettel kell adóznom még ezen tanszékbeli elődömnek, Kenézy professornak is, aki ezt a gyönyörű intézetet megalkotta, a legmodernebb igényeknek megfelelően felszerelte, maradandó emléket emelve benne alkotó geniusának. A nekem előlegezett nagy és kitüntető bizalom, mely ezekben a mostoha időkben e szép klinika élére állított, váltja ki belőlem végül azt a szorongó érzést: adja Isten, hogy az idők mostohasága miatt annyira megnehezített körülmények között is méltó tudjak lenni e bizalomra, méltóan tudjam megoldani hármas feladatomat: a betegek ellátását, az ifjúság nevelését és — last but not least — a tudomány művelését.

Ezek a feladatok a szülészet nagyarányú fejlődésével, mely a sokkal fiatalabb multú nőgyógyászattal ma már el nem választható ikertestvérré forrott össze, mind bonyodalmasabbá válnak. Amíg a multban a szülészetnek és nőgyógyászatnak az elméleti és gyakorlati orvostudományok között csak nagyon szerény szerepe volt, s hazánkban 1817. előtt még külön tanszékre sem méltatták, hanem azt a sebész, szemész, sőt anatomus tanította: az ötvenes évektől kezdve hírtelen lendülettel nagy fejlődésnek indul az orvostudomány ezen ága is az egész világon. Különösen az utolsó pár évtized előző évszázadok mulasztásait pótolta.

Általában lényeges *felfogásbeli különbség* jellemzi a modern nőorvoslást a régebbivel szemben. Amíg ugyanis azelőtt ez a szakma isoláltan csupán a nőnek ivarszervi megbetegedéseivel, működési zavaraival, gestatios folyamataival és betegségeivel foglalkozott, addig ma a nőorvos a helyi functiozavarban vagy megbetegedésben csak részletjelenséget lát és keresi az egész szervezettel, constitutióval, testi-lelki adottsággal, társadalmi és környezeti hatasokkal való összefüggést, kölcsönhatást. Ezáltal nemcsak a helyi betegség kiküszöbölésére nyíltak új lehetőségek, de általános szervezeti, kedélybeli stb. zavarok váltak helyi kezelések útján befolyásolhatókká. Ily módon került pl. teljesen új megvilágításba és nyert jelentőségében sokat az azelőtt lekicsinyelt fluor-probléma, a cyklusos működési zavarok részletes elemzése, (amelyek körül *Schroeder* kieli professornak vannak nagy érdemei) stb.

Fontos és igen hasznos *új eszközökkel* frissítették fel a műszerállományt (Demelin-f., Kieland-f., Barton-f. fogó stb.). Az elméleti, biologiai tudományok kutatásai eredményei megtermékenyítették a szülészeti gondolkozást is. A *belső elválasztásokról szóló tan* ugyan egyelőre még a teljes kiforrratlanság állapotában van és gyüjtőhelye a speculativ theoriáknak. Nagyon emlékeztet a serologia azon nemrég letünt virágzó korszakára, amikor a legkalandosabb és egymással össze nem hangolható elméletek burjánzottak az alexinek, opsoninek, agressinek, praecipitinek, agglutininek, lysinek, complementek stb. oldalláncos világáról s melyek később egyszerűbb biochemiai realitásoknak voltak kénytelenek a helyüket átadni. A hormon-tan mostan erjedő zűrzavarában ez az egységes tisztuló leülepedés még nem indult meg, de ez nem jelenti azt, hogy az orvostudomány már most is számos értékes gyógyító és diagnosticus eljárásban való gazdagodást ne könyvelhessen el a hormonok javára (épúgy, mint annak idején a serologiában a Wassermann-reactiót, Widal reactiót, védő oltásokat stb.). Igy a méh izomelemeire ható hormon-készítmények pontos vizsgálásával, hatásfokuk növelésével hatalmas biologiai eszközt adtak az orvos kezébe a szülőfájások serkentésére. A terhesség

*A debreceni Tudományegyetem szülészet-nőgyógyászati tanszékén tartott székfoglaló előadás.

korai diagnosisának eszközei a terhesség folytán megváltozott hormontermelés kimutathatósága révén értékesen gyarapodtak és remény van rá, hogy a terhesség időtartalmának szabályozása is lehetségessé válik (habitualis, idiopatikus elvetélés, koraszülés, túlhordás stb. eseteiben) megfelelő hormonkezelés révén. Különösen nagy lépésekkel haladt előre a *röntgendiagnostikának* felhasználása a medence-mérésben, a magzatfekvések pontos és biztos felismerésében, a méhen belüli magzat biologiai és kórtani viszonyainak tisztázásában (ikerterhesség, hydramnion, intrauterin elhalás, méhenkívüli terhesség stb.), ami a szülészeti gyógykezelést is lényegesen befolyásolja.

Vajúdó és még meg nem oldott problémája a modern szülészetnek *a rendes szülés fájdalmainak megszüntetése*, illetve csillapítása. Bármily jogosultnak tartsuk is az erre való törekvést, bármily kívánatosnak a célt s bármily sokat foglalkoztak is ezzel a kérdéssel főleg az utolsó években az egész világon, (nálunk *Frigyesi* professor szerzett e téren különösen nagy érdemeket) be kell vallanunk, hogy a cél elérésétől még távol vagyuk. A szülés annyira szövevényes és egyes fázisaiban is módosuló reflex-mechanizmusokon alapul, annyira igénybe veszi a nő egész testi és lelki erőtartalékait és olyan hosszú ideig tartó folyamat, hogy valamely specialis irányban ható idegméreggel még akkor sem érhetnénk el teljes eredményt, ha nem kellene tekintettel lenni a magzat érdekeire, a szülés elhúzódására, az aseptikus lefolyás biztosítására, amit az eljárások egy része többféle ok miatt veszélyeztet. Ha végigtekintünk a számtalan bódításos, hypnosisos, félbódításos fájdalomcsillapító szerek és eljárások alkalmazásának beszámolóin, azt a benyomást nyerjük, hogy ezidőszerint még kielégítő és veszélytelen fájdalommentesítő módszert nem ismerünk. Azok az eljárások, amelyek többé-kevésbé tökéletlenül és elég tartósan hatásosak, nem veszélytelenek és fokozott állandó orvosi felügyeletet igényelnek; amelyek pedig nem járnak semmi kockázattal, azok eredménytelenek. S ha meggondoljuk azt, hogy a rendes szülés mégis csak élettani folyamat, melynek fájdalmai csak egészen kivételesen tűrhetetlenek, de sem az anyára, sem a magzatra hátrányos következményekkel nem járnak: felvetődik a kérdés, hogy a „primum non nocere" és a „salus aegroti suprema lex esto" elvi alapján állva van-e jogunk egy, a vajúdóra nézve semmi veszéllyel nem járó, élettanilag szükségszerű kellemetlenséget, ha még oly csekély, de mindenesetre úgy az anyára, mint a magzatra nézve fennálló egészségi, sőt néha életkockázat árán kiküszöbölni?

E kérdésre akként válaszolhatunk, hogy a rendes szülés fájdalommentessé tétele ma még csak kombinált és eléggé komplikált eljárással csupán intézetben, kellő számú személyzet és megfelelő jártasságú szakember vezetése mellett vihető ki veszélytelenül. A gyakorlóorvosnak csupán kevésbbé hatásos, a szülőfájásokat nem csökkentő adagolású szerek (0.01 morphin; narkophin, metralgin kup, tachin tabletták stb.) állnak rendelkezésre; ezenkívül megfelelő segéddel és elővigyázat mellett a fej kigördülése alatt felületes chloraethyl bódítást alkalmazhat. De éppen, mert nincs még tökéletes szülési fájdalommentesítő eljárás, annak keresése kutató munkára hivatott intézetek feladata. A tudományos kutató munka hasonlít a labirintus-játékhoz abban, hogy számtalan téves ösvényt, zsákutcát kell bejárnia addig, míg a célhoz vezető utat megleli. Azonban ezeknek a zsákutaknak meddő és fárasztó megjárása van olyan szükséges és hasznos, — ha nem is annyira szerencsés és hálás kötelesség, mint a célhoz vezető út meglelése.

A legforradalmibb változást az utolsó évtized szülészetében a *sebészi gondolat hatalmas térhódítása* idézte elő. E kérdés körül a legharcosabb vitát *Max Hirsch* 1927—1930. között megjelent közleményei váltották ki. A régebbi szülészeti gondolkodás és a mostani között ezáltal meglehetősen nagy különbség keletkezett. A multban tulnyomóan hüvelyi műtéti beavatkozások uralták a helyzetet a legsúlyosabb szülési szövődmények esetén is, aminek esetleg az élő magzat feláldozása vagy elvesztése, nem ritkán pedig az anya súlyosabb sérülése volt a következménye. Csak kivételesebb megoldásnak tekintették a császármetszést. Tulsokáig várakoztak és tulsokat vártak a természetes erőtényezőktől még akkor is, amikor a várakozás kevesebb reménységgel kecsegtetett; a gyökeres sebészi, prophilacticus beavatkozástól idegenkedtek. A mai asepsis és fejlett sebészi technika mellett az anyára nézve azelőtt nem remélt mértékben biztonságossá vált a sebészi kezelés. Ennek kiterjesztett alkalmazása sokkal nagyobb mértékben teszi lehetővé a magzati élet védelmét az anya érdekének sérelme nélkül.A szülési szövődményeknek sebészi megoldása ezért nemcsak a régibb, hüvelyi úton végzett különféle beavatkozásokat kezdi igen nagy mértékben kiszorítani, hanem olyan indicatios területeket is meghódított, amelyekre azelőtt nem is mertek volna gondolni. Nemcsak a téraránytalanság olyan fokainál, ahol azelőtt a várakozás volt a szülész parancsoló feladata, nemcsak a placenta praevia, korai lepényleválás, különböző szövődményes belgyógyászati megbetegedések esetén (tbc., szív- vesebajok stb.), a legkülönbözőbb magzati fekvési és tartási rendellenességeknél, köldökzsinór és karelőesésnél, idős, először szülőknél, eklampsiában, alsó lágy szülőutak heges szükületei, fejlődési rendellenességek esetén végeznek ma a legkiterjedtebben császármetszést, de nagyfokú varicositas, súlyos általános vérszegénység, vulva és hüvely különböző megbetegedései, sőt praeeklampsiás toxaemia, fájásgyengeség, túlhordás, habitualis magzati elhalás, nagy magzat stb. miatt is.

Nagyon igazságtalanok volnánk azonban ha a régibb elveken felépülő szülészeti iskola nagy érdemeit elhallgatnánk. A szülési mechanismus pontos megismerését a szülési folyamatnak a régi szülészi iskolát jellemző gondos észlelése tette lehetővé. A szülész finomabb diagnosztizáló képessége, a helyes prognosis felállítása, az esetleg meglevő vagy várható szövődmények helyes kritikai mérlegelése, azoknak kisebb jelentőségű, veszélytelen eljárásokkal megelőzése a közelmúlt szülészeti gondolkodásnak azon türelmes várakozó megfigyelésén alapult, amely a múlt nagy klasszikus szülészeit, a *Smellie*-ket, *Baudeloque*-okat, sőt a jelen kiváló szülészeinek idősebb generatioját is kitermelte. Ezen erényeknek megfelelő mértékű átmentése kívánatos módon ellensúlyozná ma a sebészi irány fiatalos lendületével együttjáró átmeneti tulzásokat, melyek előtt a haladásért és fejlődésért érzett minden lelkesedésünk mellett sem szabad szemet hunynunk. Indicatiok felett nehéz vitatkozni. Az a szülész, akinek fogófrequentiája 3%, tulzásnak tartja a 10%-ot és fordítva. Aki a lábrafordítást a régibb szülészet szigorú javallatai alapján végzi, azt a buffalói *Potter*, aki szerint a lábrafordítás a normális szülés vezetésének helyes módja, bizonyára nagyon elmaradt gondolkozású szülésznek tartja. És én ismerek klinikát, ahol a szülési beavatkozások száma 90%, a normális lefolyású 10%-nyi szüléssel szemben. *Hirsch* felfogásának nyilvánvalóan igaza van abban, hogy a szövődményes szüléseknek előzetes hüvelyi vizsgálat nélkül, idejében történő intézetbe szállítása csökkenti az anyai és magzati mortalitást és morbiditást. De túlzásnak látszik oly messze menni a tanulságok levonásában, mint ő teszi. Az ő egyoldalú statisztikájával szemben *Winter* 1928-ban Németországban 384 orvos és klinika által gyüjtött összefoglaló adatok alapján arra a következtetésre jut, hogy *Hirsch* messze

túlbecsüli a császármetszéssel elérhető eredmények értékét, s egyidejűleg túlságosan lebecsüli azokat az eredményeket, melyek sebészi eljárások mellőzésével egyszerűbb beavatkozásokkal elérhetők. A császármetszés typusos műtétének végzésére a sebészileg képzett orvosra nézve kétségtelenül egyszerűbb, kevesebb szülészeti tudást igénylő, kényelmesebb, gyorsabb, kisebb felelősséggel járó mindenképen hálásabb feladat, mint a szülésnek egy—másfél napon keresztül való nagy tapasztalatot, gyakorlatot, biztos kritikai megítélést igénylő gondos észlelése, megfelelő prognosis felállítása s ezért az őt terhelő nagy kettős felelősség vállalása. S ha ez a testileg, lelkileg feszült permanentia az orvos részéről véget ér, a szülés szerencsésen, a helyes prognosisnak megfelelően magától lezajlik: az orvos a laikus szemében nem tett semmit. Csak a baj esetén viselheti az odiumot. Csodálkozhatunk-e, ha ilyen körülmények között a sebészi javallatokat itt-ott könnyebben állítják fel, mint az talán kívánatos volna? Mert ne feledjük, hogy *Winter* említett császármetszés-statisztikája 7.2% anyai halálozást tüntet fel; és hogy a szélsőséges activ álláspont már *Hirsch* közleményeit jóval megelőzően milyen szomorú következményekhez vezethetett, mutatja az Amerikai Egyesült Államok példája. Itt 1921-ben az egészségügyi statisztikát vezető államokban 500 szülőnő, az összes szülési és gyermekágyi halálozásnak több mint 11%-a császármetszés következtében halt meg és a legjobb szülészeknek erélyes irodalmi harcot kellett indítani a császármetszés túlkapásai ellen. (*Williams:* The abuse of caesarean section. Baltimore; *Williams:* A criticism of certain tendencies in American Obstetrics. *De Lee:* Journ. Am. Med. Ass. 1925. 11. sz.) Ezenkívül van az éremnek egy másik oldala is. Egy műtét kockázata vagy értéke nemcsak a közvetlen, elsődleges műtéti eredménytől függ; az utókövetkezmények nem kevésbbé fontosak! A császármetszésnél számolnunk kell a heg utólagos spontán megrepedésének lehetőségével is későbbi terhességek, illetve szülések kapcsán. Ennek gyakoriságára vonatkozólag Angliában *Herbert Spencer, Eardly Holland* és mások gyüjtöttek adatokat. Eddigelé nem eléggé méltányolt szempont továbbá még az is, hogy a császármetszésen átesett nő fél és megfelelően óvakodik az újabb terhességtől. A császármetszés tehát — *Essen — Möller, Abel* és mások tapasztalatokon alapuló véleménye szerint is — a magzat fokozott védelme dacára sem vezet nagyobb gyermekszaporodáshoz, sőt a műtétnek erősen kiterjesztett alkalmazása a szülési, illetve népesedési százalék romlását eredményezi.

A sebészi irányzat erős előtérbe nyomulása hatalmas szakadékot támasztott a magánháznál gyakorolható és intézeti szülészkedés között. Megbontotta az azelőtti egységet a szülési szövődmények ellátása körüli teendőket illetőleg. A magánháznál gyakorolható szülészet jelentősége mindinkább a rendes, szövődménynélküli szülések vezetésére korlátozódik. Legfontosabb feladata a fennálló vagy várható szövődmények idejében való felismerése és ezen esetben a vajudónak lehetőleg intézetbe való szállítása. Minden kétes eset is intézetbe való, előzetes hüvelyi vizsgálgatás nélkül. Az általános gyakorlatú orvosnak rendesen nincs, mert nem is lehet meg a kellő specialis képzettsége, hogy a szülészkedés sokszor rendkívül kényes és nehéz, egyik percről a másikra felmerülő problémáit, — melyeknek helyes megoldásától két élet érdeke függ, — jól tudná megítélni és elintézni. A szülészeti kiképzés a legnehezebb paedagógiai feladat, ami a tanítási anyag túltengése miatt az általános orvosnevelés évei alatt nem oldható meg annyira idealisan, hogy a diplomát nyert orvos kellően fel lehessen vértezve a szülészeti gyakorlat rendkívüli nehézségeivel szemben. De ettől eltekintve is, az általános gyakorlatú orvost sokoldalú elfoglaltsága annyira leköti, hogy a lassú, türelmes és passiv észlelést igénylő szülést legtöbbször nem tudja magánháznál higgadtan kivárni. Ilyen viszonyok — még az anyagi érdek szempontjainak teljes kikapcsolása esetén is — csak áldatlan polypragmasiához vezethetnek, ami a technikai készség és a tapasztalatból, szaktudásból merített biztosság érzésének hiányosságával párosulva katastrophális következményekkel járhat. Ezen veszélyt még sokszorosan fokozza az a körülmény, hogy az általános gyakorlatú orvos látogatni kénytelen fertőző, erisipelasos, tonsillitises diphtheriás, scarlatinás stb. betegeit, fertőzött sebeket kötöz stb. Nagyon érdekes ebből a szempontból *Geddes* nemrég megjelent könyve (Puerperal septicaemia. London, 1926.), melyben egész Anglia területére kimutatja, hogy az ipari és bányavárosok és környékük területén a gyermekágyi láz sokkal gyakoribb, mint a mezőgazdasági kerületekben (a gyakori ipari balesetek szennyezett sebesüléseit ellátó orvos ugyanis fertőzheti a szülőnőket). Ezzel párhuzamosan közli nagy kimutatásait, melyek szerint ugyancsak a gyermekágyi láz sokkal gyakrabban fordul elő a gyakorlóorvosok praxisában, mint az ipari balesetekből származó sérülésekkel és egyébb fertőző betegségekkel nem foglalkozó szülésznők által ellátott eseteknél. Ezek a körülmények magyarázzák azt a látszólagos paradoxont is, hogy miért a legnagyobb az egész világon az anyai és magzati halandóság (6.5‰ anyai mortalitás) a magas színvonalú egészségügyi szervezettségével méltán büszkélkedő Amerikai Egyesült Államokban, ahol pedig látszólag olyan idealis a helyzet, hogy csaknem minden szülést orvos vezet. Sőt még az Egyesült Államokon belül is a vidéki, falusi kerületekben, ahol kevésbé tudnak a szülésekhez orvost keríteni, a halálozás 5.9‰, míg a 100.000 lakos fölötti városokban — amelyben úgyszólván minden szülésnél szerepel orvos — az anyai halandóság 7.5‰! (U. S. Dept. of. Labor: Maternal Mortality Publ. 1926. 158. sz.). Még szembetűnőbb a különbség Newyork város statisztikájában, amely szerint ott 1915—1920-ig 255.892 szülést láttak el *csak* bábák, 0.2‰ szülési halálozással; viszont az orvosok által ugyanezen idő alatt vezetett 562.871 szülés halálozási arányi 1.5‰ volt! Ugyanezen idő alatt ugyanitt az orvosok szülései után majdnem háromszor annyi gyermekágyi láz fordult elő, mint a bábák szülései után. (Tévedés volna azt hinni, mintha ezen nagy különbségnek az volna az oka, hogy az orvosokat inkább szövődményes szülésekhez hívták s ezért rosszabb a statisztikájuk. Az Egyesült Államokban ugyanis bábák — a bevándorolt frissebb európai tömegek bábáitól eltekintve, akikre a fenti adatok is vonatkoznak — nincsenek, csupán nurse-ök. Ezek pedig normális szülést sem vezethetnek, hanem kivétel nélkül minden szüléshez orvost hívnak. Az összehasonlítás tehát statisztikai szempontból mindenben helytálló.)

Az általános gyakorlatot folytató orvos szerepe a szülésnél tehát elég meggondolandó hátrányokkal jár. Ideális állapot csak az lehet, hogy minden szülést szülész szakorvos vezessen. De a szülész szakorvos sem rendelkezik magánházaknál azokkal a megoldási lehetőségekkel, amelyeket az intézet nyujt. Ma már a sebészi eljárások birtokában, mint az előzőekben láttuk, lényegesen jobb eredménnyel oldhatók meg az egyes szülési rendellenességek s arra kell törekednünk, hogy minden szülést ezen lehetőségek felhasználásával lássunk el. Ezért a szülészet oktatásának úgy a bábákra, mint az orvosokra vonatkozólag elsősorban a helyes észlelés tanítására kell fektetni a fősúlyt, melyből a helyes diagnosis és prognosis fakad és emellett a túltevékenység, valamint a belső vizsgálat veszélyeire és az intézetbe szállítás fontosságára kell felhívnunk a figyelmet.

A házi és intézeti szülészkedés közti élesebb elkülönítéssel egyidejűleg a modern szülészet egészen új és hatalmas perspektivájú organisatiós és socialhygienikus szempontok szolgálatába állítódott, amelyek ha nem is annyira forradalmi, de még sokkal inkább jelentékeny irányváltozást jelentenek, mint a sebészi irányzat felülkerekedése. Míg a *tegnap* orvostudományában a fő törekvés az egyes betegek bajának felismerése és gyógyítása volt, és evvel a sysiphusi munkával próbálta az egyéneken keresztül — természetesen igen tökéletlenül — a társadalmi közösségek egészségvédelmét szolgálni: addig a mainak jelszava a *megelőzés*. A betegek gyógyításánál fontosabbá vált az egészséget veszélyeztető káros tényezők kiküszöbölése, az erre irányuló megelőző intézkedések bevezetése, amelyek az egyén védelmét a nagyobb közösségek általános egészségvédelmén keresztül igyekeznek sokkal sikeresebben megvalósítani. Ennek a törekvésnek egyik részlete a szaporodási folyamattal kapcsolatos ártalmak és szövődmények megelőzése is. E téren mindjárt két irányban nyilvánul meg az üdvös hatás: az anyai megbetegedések és halandóság, valamint a magzati és újszülött mortalitás csökkentésében. Embervédelmi szempontból tehát alapvetően fontos a terhes és szülőnőkről való szakszerű gondoskodás, amelynek a szülés utáni első hetekre is ki kell terjedni, sőt számolnia kell a nőnek, mint leendő anyának terhesség előtti egészségügyi viszonyaival is. *A modern anya-, illetve gyermekvédelem* már nem a szülőágynál, nem is a terhességgel, hanem már a praegravid hygienevel kezdődik és magja az egész nőgyógyászatnak. Azon legfőbb alapelven épül fel, hogy az anya gyermekével biologiai egységet alkot. A terhességi gondozás jelentőségére, mely különösen a terhesség második felében két hetenkénti ellenőrző vizsgálatot tesz szükségessé, jó példa a rángógörcs gyógykezelésének gyökeres átalakulása az utolsó évtizedben. A praeeklampsia kórfogalmának kiépítésével és a prodromalis tünetek megfelelő kezelésével, mely radikalismusában egész a prophylakticus császármetszésig is elmegy (bécsi iskola, *Peham, Kermauner)* — nemcsak a rángógörcs-rohamok kitörését előzhetjük meg igen sok esetben, de az eklampsia súlyosabb formáinak kifejlődését is megakadályozhatjuk. Ugyanígy sikerül a terhes nők vérének rendszeres serologiai vizsgálatával meglepően sok rejtett, tünetmentes *luest* felfedezni s a terhes nő idejében megkezdett kezelésével az anyát is kigyógyítani, a magzatot is megmenteni stb.

Az anyavédelem felöleli tágabb értelemben tulajdonképen azokat a már nem is a szülész ügykörébe tartozó socialhygieniai feladatokat is, melyek a később szervezeti torzulásokat okozó gyermekbetegségek (rachitis stb.), gyermekkori és serdülés alatti nehéz testi, ipari munka, egészségi ártalmak stb. kiküszöbölésére törekszenek. Ezáltal a szűk medencék, továbbá a terhességet, a szülést és a szoptatást ellenjavalló vagy kockázatossá tevő rengeteg szövődmény megelőzése válik lehetővé. A terhesség előtti gondozás öleli fel a *házasság előtti egészségi vizsgálatot* és a *házassági tanácsadást* is; a szülés után pedig a gyermekágy, szoptatás és csecsemőgondozás alkotják az anyavédelem fontos feladatait.

A jelen szülészeti gondolkodás ideálja és a gazdasági válságból kigyógyult boldogabb jövendő álma tehát az, hogy minden szülésnél megfelelő képzettségű bába és szakorvos lehessen jelen és minden szövődményes vagy annak ígérkező szülés megfelelő számban és elosztásban rendelkezésre álló szülőintézetben történjék. Ezen intézetek központi szervei legyenek az illető körzetben a praegravid, terhességi, szülési és szülés utáni anya- és csecsemővédelemnek, megfelelően felszerelve arra, hogy az ehhez szükséges vizsgálatokat (vérnyomás, vizelet, vese functios vizsgálatok, Wa. R. röntgen, halvaszüllöttek és méhlepények esetleges kórbonctani és kórszövettani vizsgálata stb.) elvégezhessék, vagy velük kapcsolatban álló megfelelő szakintézetben elvégeztessék.

Az anyavédelem előbbiekben vázolt legitim keretei közé igyekszik beilleszkedni *a szaporodás szabályozásának („birth controlle")* világszerte térhódítani kezdő, egyelőre még illegitim mozgalma, mely egyrészt a modern ember liberalis életfelfogásából kiburjánzó, másrészt egyes földrajzi területek túlnépesedéséből és nyomorából fakadó kortünet. Ennek a problémának rohamosan fokozódó jelentősége kezd lenni szülészorvosi, társadalmi, nemzetgazdasági és eugenetikai szempontból egyaránt. A mozgalom, melynek szervezési kerete a „sexualis reform világszövetsége" nevet viseli, a népesség túlszaporodásának hátrányait igyekszik kidomborítani, az észszerű korlátozások socialis és eugenetikai előnyeivel szemben. Szerinte a két nem egymáshoz való sexualis viszonyának erkölcsi, jogi, gazdasági és társadalmi kötöttségét a nemi közösség akaratlan következménye: a gyermekáldás szabja meg. Ha ketté lehet választani a nemi viszonyt és a szaporodást, mely utóbbi a két fél akaratlagos elhatározásán alapuló öntudatos cselekvés útján jönne csak létre, úgy nemcsak a művi tiltott vetélések a maguk életpusztító, törvénytiszteletet és erkölcsöt rontó,meddőségét, munkaképtelenséget stb. előidéző súlyos következményeivel szünnének meg, de a prostitutio és a nemi betegségek is talajukat vesztenék. A mozgalom apostolai szerint gyökeresen megváltozna nemcsak a család szerkezete, a férfi és nő egymáshoz való viszonya s így a nemi erkölcs is, de megváltozna a népek és fajok gazdasági és hatalmi egyensúlyviszonya is, ami a háború végleges megszűnésére is kedvező fejlődési alapot teremtene. A mozgalom intentiója az, hogy a nőorvosok feladata volna megfelelő ártalmatlan fogamzáselleni eljárást találni s azok használatára, illetve a már eddig meglevők alkalmazására is a nagy néptömegeket a legszélesebb alapon ki kellene oktatni. A műveltebb társadalmi rétegek az egyes társadalmi közösségeken belül, s a magasabb műveltségű népek a kulturátlan fajtákkal szemben már amúgy is erősen gyakorolják a szaporodásnak önkéntes korlátozását (egy-két gyermekrendszer a műveltebb osztályoknál). Miután ezt megakadályozni úgy sem lehet, szerintük az egyetlen mentség volna a nagy tömegeket is kioktatni erre. Különben elkerülhetetlen lesz idővel az alacsonyabb társadalmi osztályok, tömegek túlszaporodása a szaporodásukat önként korlátozó müveltebb rétegek felett; illetve az aránytalanul nagyobb szaporaságot mutató alacsonyabb kulturájú népek és fajok elnyomó számbeli tulsúlya a kulturnépek felett. Ennek következménye a tulszaporodással járó nyomor, a számbeli tulsúlyban levő tömegek pusztító forradalma és uralomra jutása a nemzeteken belül; illetve a műveletlen fajták nyomor- és tulnépesedés-fűtötte belső expansiv ereje és lehengerelő szétözönlése a művelt népfajok felett. Igy pedig előrelátható az emberiség magasabb kulturájának és civilizatiójának hanyatlása, illetőleg bukása.

Bár elvitathatatlanul jóhiszemű, de túlzott és a mostani nemzeti tagozódású társadalmi világrend szempontjából még időszerűtlen utópiák ezek, az élet leghatalmasabb biologiai erőtényezőjének, a fogamzásnak, illetve szaporodásnak erőszakos, administrativ úton való szabályozásában látni az emberiség minden nyomorúságának csodaszerét, enyhén szólva, — naivitás. Nagyon vitatható eugenetikai szempontból is az az elv, hogy a szaporodás csökkenésével a minőséget lehet javítani a mennyiség rovására. Minden állattenyésztő tudja, hogy fajnemesítés csak nagy szaporulat mellett lehetséges, mert minél nagyobb a szaporulat, annál több valószínűséggel termelődnek fajnemesítésre alkalmas kiváló egyének. A tulszapo-

rulat okozta nehezebb életfeltételek is csak relative, egy bizonyos fokon túl hátrányosak; mert ilyen nehezebb körülmények másrészről az egyének, illetve fajok hatalmasabb erőkifejtését s úgy képességeik tökéletesedését váltják ki. A mérsékelt égöv tulszaporodott népei hatalmas civilisatiókat teremtettek; a veritékes munka nélkül is megélhetőségi lehetőséget nyújtó subtropikus és tropikus zónák ősi lakói teljesen visszamaradtak fejlődésükben. De kicsiben is azt látjuk, hogy aránytalanul több kiváló ember emelkedik ki az alacsonyabb társadalmi osztályok nehéz életkörülmények közt felnőtt sok gyermeke közül, mint a jólétben élő 1—2 gyermekes családokból.

A fogamzás szabályozását célzó mozgalom ellen nemcsak a valláserkölcsi alapon álló egyházak, de a legtöbb nemzeti alapon álló európai állam is tiltakozik; mert éppen népességének szaporodásában látja ereje biztosítékát. Az orosz szovjet-köztársaság az egyetlen állam, ahol maga az államhatalom vette kezébe a népszaporodás szabályozásának kérdését. Franciaország e téren a világháború előtt úttörő volt; 1920-ban azonban, félve nemzeti elgyöngülésétől, törvényt hozott, amellyel ezen mozgalom propagandáját eltiltotta. Angliában, Dániában, de különösen az Egyesült Államokban, ahol a pajtásházasság intézményét propagáló világhiressé vált *Lindsey* denveri gyermekbíró révén az agitatio újabban értékes erősítést nyert, társadalmilag erősen szervezett propaganda működik. Érdekes, hogy ezt a propagandát itten nem kis részben éppen az antidemokraticus conservativ ideologia fűti. Az Egy. Államok vezető exclusiv angolszász társadalmi rétege ugyanis aggódva látja az alsóbbrendű emberanyagból álló subintelligens bevándorolt tömegeknek és az összlakosság 10%-át már is kitevő négereknek erős szaporodási tulsúlyát saját osztályának sokkal korlátoltabb szaporodásával szemben. Ennek a súlyos következményekkel fenyegető erőeltolódásnak az ellensúlyozását vélik sokan szolgálni ezen mozgalom támogatásával.

Bármennyire merésznek tartjuk is azonban jelenleg ezen elgondolásokat; az ilyen világmozgalmakat mindig az emberiségnek valamely megoldást sürgető problémája termeli ki. Ezért azokat sem egyoldalúan elfogult nézőpontból megítélni nem szabad, sem rövidlátó erőszakkal elnyomni nem lehet, hanem komolyan foglalkozni kell velük minden kulturnépnek, ha nem akarja saját kárát vallani. Utalhatok ezzel kapcsolatban *Stöckel* szavaira is: „Die Rationierung der Kinderzahl ist eines der wichtigsten Probleme der Gegenwart; von seiner richtigen Lösung häng die Zukunft des deutschen Volkes in hohem Masse ab." (Zbl. f. Gyn. 1931. 17. sz.)

*

Az elmondottakban igyekeztem egész röviden rámutatni néhány újabb problémára, melyek a mai szülész gondolkodását foglalkoztatják. Csak pillanatkép, vázlat akart ez lenni; részletesebben és több kérdésre nem térhettem ki, mert az túllépné e rövid áttekintés kereteit.

Amint az elmondottakból is látható, a nőorvoslás kulturfrontján élénk tevékenység folyik, s nem csekély büszkeséggel állapíthatjuk meg, hogy e tevékenységből a magyar gynäkologia méltóképen kiveszi a részét. Bármennyire nemzetközi is a tudomány, mégis minden nemzet büszkén emeli ki azt, amit ő alkotott. Halhatatlan *Semmelweisünk* szülőföldjén, ahol már évtizedek előtt is szülészeti iskolák mérték össze szellemi fegyvereiket a tudomány mezőin, ma már öt szülészeti tanszéken tanítanak. Egyetemeinken olyan tanári kar működik, melynek híre túlnő ez ország keretein. S éppen ezért, ezzel kapcsolatosan jogosultnak látszik a kritika néhány szavával megemlékezni egy nem örvendetes körülményről is. Aki elfogulatlanul szemléli tudományos életünket, aligha zárkózhat el annak a ténynek a megállapítása elől, hogy a magyar orvosi kultura tulságosan egyoldalú német befolyás alatt áll. Túlnyomóan a német orvosi irodalom uralkodik rajtunk; egyoldalúan a német intézetek, szakemberek képviselik számunkra az orvosi tudományt. Ez a német nyelv nálunk való elterjedtségének s a történelmi múlt számos kulturális kapcsolatának a logikus következménye. Semmi sem áll távolabb tőlem, mint az a hálátlanság, hogy lebecsüljem vagy kellőképpen ne értékeljem azt a sok szellemi kincset, amelyet mi ezen kapcsolat révén a nagy német nemzetnek köszönhetünk. Azonban a szellemi értékek bármennyire nemzetköziek is, a nagyobb, vezető kultúrájú nemzetek természetszerűleg egyéni, nemzeti szinezetet adnak saját kultúrájuknak, mely szellemi életük minden vonatkozásaira rányomja bélyegét. Sőt a vetélkedő nemzetek hatalmi féltékenykedése, bármennyire nem kívánatos, tagadhatatlanul érvényre jut kulturalis téren is. Hogy a német tudomány minden imponáló fejlettsége mellett is, német nemzeti szempontból, milyen elfogult tud lenni egyes dolgokban, arra csupán néhány apró, de jellemző példát óhajtanék itt felhozni éppen a szülészet köréből. A német szülészeti kézikönyvek és műtéttanok, mint nemzetközileg elfogadott, hozzáférhetetlen dogmák rögzítik a német iskola azon tételét, hogy medencegörbülettel bíró fogót a medence egyenes átmérőjében a fej harántállása esetén alkalmazni nem szabad. S ha a német iskola általunk átvett szabályain felnőtt magyar szülész a német határokon túl lévő külföldre megy, csodálkozva tapasztalhatja, hogy erről a szigorú szabályról, amely miatt itthon műtéttani szigorlatán esetleg megbukott, sem a francia, sem az angol és amerikai szülészeti iskola nem tud; a fej harántállásánál is a legtermészetesebb dolognak tartják a Nägele-fogó egyenes átmérőben való felrakását. Minderről még a legnagyobb német kézikönyvek sem tesznek említést, éppúgy, mint ahogyan agyonhallgatják a franciáknál annyira kedvelt és kitünő eredménnyel használt, egészen eltérő typusú, eredeti elvek alapján szerkesztett Demelin-f. fogót, valamint a szellemes szerkezetű amerikai Barton-f. bemeneti fogót, Goodeal-dilatatort, stb. Az amerikai és angol vagy francia szülészeknek számos igen jól bevált, de a német iskola gyakorlatától sok tekintetben lényegesen eltérő elvét hiába keressük ebben az irodalomban.

Még igen sok példát lehetne felhozni arra, hogy az egyoldalú német kultúrszürő nem engedi hozzánk jutni az orvosi tudomány haladásának csorbíttatlan nemzetközi teljességét. Sok dolgot visszatart abból, sokat pedig német nemzeti színűre átfestve és áthelyezve továbbiit. A francia vonatkozásokról nem is szólva, mi magyarok ily módon szinte alig veszünk *közvetlen* tudomást pl. az angolok és amerikaiak orvosi és természettudományi gondolkozásáról, intézményeiről, buvárkodásuk eredményeiről. Pedig ezek a népek a művelt világ minden eseményében már csak erős számbeli tulsúlyuknál fogva is, sokkal fontosabb szerepet játszanak a németségnél. A nálunk szakkörökben oly könnyen közismert nevűvé váló fiatal német docensekkel szemben a legkiválóbb francia, angol és amerikai szakemberek nevei is csak megtizedelve és elkésve szürődnek át a bennünket isoláló kulturalis vámsorompókon. Félős, hogy ez az állapot olyan egyoldalú kulturalis függőséghez vezethet, amely melett ovosi tudományos életünk nem tud teljesen önállóvá fejlődni, hanem ehelyett a kulturális kolonisálódás veszélyébe jut. A magyar orvostudomány úgy kiváló munkásainak minőségében és számában, mint intézményeiben és tudományos szervezeteiben immár annyira megerősödött, hogy a német orvosi kultúra eddig önként igénybevett jótékony gyámkodását hálásan megköszönve nyugodtan saját lábára állhat. Az új orvosi nemzedéknek elsősorban nyelvek

tanulása és külföldi tanulmányutak révén meg kell teremteni a közvetlen érintkezést — természetesen a német kulturkapcsolatok további ápolása mellett — a többi művelt nemzet orvosi irodalmával, intézményeivel és intézőivel is, ami nem programmváltozás, csak programmkiegészítés. Csak így válogathatjuk össze mindenünnen azokat az építőköveket, amelyekből a mi saját tudományos termelésünk segélyével *magyar nemzeti orvosi iskolánkat* felépíthetjük, a nálunk oly magas piedestálra helyezett külföldi tekintélyek tiszteletét össze tudja egyeztetni az önállóság magában bizó bátor véleménynyilvánításával.

Eljutottam mondanivalóm végéhez. Nem fejezhetem be azonban szavaimat anélkül, hogy néhány szót ne intézzek külön az ifjusághoz is. Ahhoz az ifjúsághoz, amelyre oly nagy és nehéz feladatok várnak e gazdasági válságban fuldokló szegény hazában. Megváltozott az idők járása. A veriték lett az igazi vérré ma; aki többet izzad, hősebb és többet ér. A pillanatnyi nemes fellángolások hevében született hősi önfeláldozások helyett összeszorított fogakkal, korgó gyomorral, kopott ruhában némán türő és kitartó erőfeszítésekre, hangyaszorgalmú becsületes munkásokra van szükség, akik újra felépítik a romokat. Minden magyar ifjú hős ma, aki igényeiről lemondva, szélsőséges jelszavak között tántorodás nélkül, egy jobb és szebb jövőbe vetett fanatikus hittel és törhetetlen reménnyel, lelkiismeretesen és maradék nélkül elvégzi azt a kötelességét, melyet sorsa és körülményei kiszabtak neki, — s így az előző nemzedék elhibázásait saját életenergiája árán jóvátéve, a jövő nemzedék boldogságának veti meg az alapját. A martyrok töviskoronája koszorúzza fejét, amidőn ezt a nemes és önfeláldozó történelmi hivatását teljesíti. De ennek a nehéz hivatásnak lelkiismeretes betöltésén múlik a nemzet jövője; s ez a tudat elég ahhhoz, hogy a magyar ifjúság teljesítse a kötelességét. Adjon hát erőt ehhez a szent kötelességhez s súlyos felelősség felemelő érzése és a költő szava:

Legyen bár a szerencse mostoha
Hozzon még tízszeres keservet:
Kettőzött akarat s szorgalom mellett
Nem bukhatunk soha.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Az epehólyag kiürülésére vonatkozó duodenalis sondával végzett vizsgálatok.*

Irta: *Friedrich László* dr.

Az epehólyag és az epeutak vizsgálata élő emberen sokáig igen nagy nehézségbe ütközött, mert nem állott oly módszer rendelkezésünkre, melynek segélyével akár physiologiás, akár phathologiás körülmények között ezen fontos szerv, hol oly gyakran találni kóros elváltozást, működésében figyelhető lett volna. A duodenalis sonda felfedezése egyrészről s a cholecystographiás eljárás kidolgozása másrészről, oly módszereket adtak kezünkbe, melyek az epehólyag funktionális diagnostikájának kifejlesztését lehetővé tették. A két eljárás teljesen különböző utakon halad. Míg a cholecystographia elsősorban az epehólyag morphologiai viszonyairól nyujt felvilágosítást, arról, hogy hol fekszik az epehólyag, milyen a nagysági és alakbeli eltérése a normálistól, milyenek a fali konturjának elváltozásai s milyen a homogenitása, van-e árnyékában valami köré utaló árnyék, kiesés, vagy többlet, másodsorban, hogy milyenek az epehólyag kiürülésének viszonyai, addig arról természetszerűleg nem nyujthat s nem is nyujt felvilágosítást, hogy milyen az epehólyag tartalma, az epe összetétele. Erre vonatkozólag kizárólag a duodenalis sondára vagyunk utalva.

Gross és *Einhorn* majdnem egyidőben, 1919-ben történt felfedezése óta igen sok idő mult el, s a duodenalis sonda számos módosításon ment át, úgy a bevezetés miként jét, mint a sonda szerkezetét illetően. Ma a legtöbb szerző vagy az eredeti *Einhorn*-féle csövet használja, de az orron vezeti be a *Jutte*-féle eljárással, vagy annak valamilyen módosításával dolgozik. Ezen eljárás miként je abban áll, hogy a bevezetés első phasisát nem passzive a beteg nyeletésére bízzuk, hanem aktive történik a gyomorba való bevezetés. E célból a cső két részből áll, az egyik hosszabb részébe mandrint vezetnek be, úgy amint azt *Pongs* is ajánlotta, s ezen mandrin segélyével félmerevvé téve a csövet azt aktiv módon könnyen a betegtől teljesen függetlenítve, mint egy gyomorcsövet sikerül a gyomorba juttatni, ezáltal a bevezetés sokkal kellemesebbé válik s lényegesen gyorsabban hajtható végre. A *Jutte* által előírt oliva végét és szívó szerkezetet azonban a legtöbb szerző nem használja már. Magam szintén nem egy bizonyos leírt systemájú sondával dolgozom, hanem különböző eljárások kombinatiójának felhasználásával egyéni módszerrel, úgy, hogy olivául az *Einhorn*-féle sokszorosan átlyuggatott fém olivát használom. A csövet két részbe vágatom s a hosszabb kb. 95 cm. hosszú csőbe, melyen az oliva van a végén, mandrint vezetek be s ezzel végzem a levezetést, a másik rövidebb toldalékot csak akkor illesztem egy fémcsavar segélyével a csőre, ha a beteg már fekvő helyzetben van, t. i. a szokott jobboldali fekvésben.

Ezen eljárással dolgozva az esetek legnagyobb számában sikerül igen rövid idő alatt, átlag 20—30 perc alatt a duodenumba hozni az oliva végét, minden esetben röntgennel kontrollálva, hogy az oliva rendes helyén fekszik-e. Semmi más oly megbízható módszerünk nincs, mely a röntgenvizsgálatot helyettesítené: sem a levegő befúváspróbája, sem a tej, vagy a színes víz próbája sem tudja helyettesíteni a röntgenvizsgálatot.

Ami a duodenalis sondával nyerhető, ha a rendes helyén ül az a duodenalis nedv vagy váladék, ez nem egy homogen egynemű valami, nem egy szervnek terméke, hanem igen sokféle váladéknak keverékéből áll. Fő alkatrésze minden esetre két szervnek a váladéka: a májnak s a hasnyálmirigynek; de van benne ezenkívül lenyelt nyál, nyák, gyomornedv (mely a pyloruson át, — mely az által, hogy a duodenalis sonda benne fekszik,nyitva áll, — majdnem álandóan folyik be a duodenumba), a Brunner mirigyek váladéka és regurgitált jejunális vagy vékonybél váladék. Már régóta fennállott az a törekvés, hogy az egyes szervek váladékát lehetőleg isoláltan tudjuk nyerni a duodenumból a sonda segélyével. (Lásd *Kalk, Schöndube, Friedrich L.* s mások javaslatait.)

Az említettekből érthetővé válik, hogy mily bonyolult s változó chemiai és physikalis összetétele lesz a duodenalis nedvnek már physiológiai körülmények között is, s érthető az is, hogy mily nehéz következtetéseket levonni az egyes szervek álapotának miként jére. Az amit a duodenalis sondán át nyerünk, normális körülmények között minden inger oldat alkalmazása nélkül, mint már említettem, legnagyobb részt epéből áll. Ez az amerikai és francia szerzők által elnevezett ú. n. *A.* epe, melynek legnagyobb része természetesen a ductus choledochus váladékából fog állni és máj kiválasztotta epéből, mert az epehólyag spontán inger oldat alkalmazása, vagy táplálék felvétele nélkül nem üríti ki tartalmát a duodenumba.

* A budapesti kir. Orvosegyesület 1930. május hó 30-iki ülésén tartott előadás nyomán.

Hogy epehólyag tartalmat nyerjünk t. i. azt amit a franciák *B.* epének neveznek, különbözőképen érhetjük el. Általában három módszer áll rendelkezésünkre, melyek elfogadottak és pedig a *Stepp* által ajánlott 30—50 cm^3 5—10%-os pepton befecskendezés a duodenumba, ezenkívül a *Lyon—Meltzer* által ajánlott 30 cm^3 25—30 %-os magnesium sulfuricum instillatió a duodenumba, mindkettőnél a befecskendezés csak akkor történik, amikor az oliva már rendes helyen ül a papilla Vateriinél a spontán kaptunk már vizsgálatra elegendő A. epét. Ide sorolható még az olaj is hasonló tulajdonságánál fogva. Egész más utakon haladt *Kalk* és *Schöndube*, kik subcután vagy intramusculárisan pituitrint (1—2 cm^3-t) fecskendeznek be, ami után vizsgálataik alapján bőven folyik a sondán át az epehólyag tartalma az ú. n. B. epe. *Lyon* s a francia szerzők még egy harmadik epe fraktióról is tesznek külön említést: az a mi inger oldat hatása után, tehát ha positiv, a sötéten folyó portió után folyik, ez az ú. n. *C.* epe tiszta máj epéből álljon. A lefolyó duodenalis váladékot külön-külön kell felfognunk s vizsgálat tárgyává tennünk úgy physikalis, mint vegyi mikroskopiai, esetleg bakterologiai tulajdonságaira nézve is. Ezen különböző portiók összetételére és ezek vizsgálatának methodikájára e helyen nem térhetek ki, utalok *Abderhalden* (Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden) című gyüjtőmunkában megjelent e tárgyról szóló általam megírt fejezetre. E helyütt csak annyit említének meg, hogy a B-epe, mely az epehólyag tartalmát adná már makroskopice is minden vizsgálat nélkül megállapíthatóan különbözik az A. epétől ez utóbbi ú. i. világos sárgás zöld, a B. epe sötét zöld, egész mahagoni barna tintaszerű folyadék. A fajsúly, a viscositás, az epesavassók, a száraz anyag tartalma, cholesterin tartalom és főleg a bilirubin tartalma jóval nagyobb az A. epénél.

Jelen vizsgálataimban csak a *Meltzer—Lyon*-féle magnesium sulfuricum reflex kiváltását tanulmányoztam s így a következőkben is csak erről fogok szólani (mellőzve a pepton és pituitrin reflexeket). Kóros esetektől itt eltekintek s csak normális máj-epe traktussal rendelkező egyénekről szólok. Normális körülmények között minden esetben kiváltható-e ezen reflex? Erre vonatkozólag az irodalmi adatok nagyon megoszlanak. Igy *Winterstein* 50%-ában, *Jünger* 35%-ban az eseteknek physioligiás viszonyok között egészséges egyéneknél is negativnak találta a reflexet. Tapasztalataim szerint túl magas ezen szám, melynek okára épen vizsgálataim világítanak rá. Az esetek 15%-ban én is negativnak találtam, a *Meltzer—Lyon* reflexet egészséges embereknél is, de ha többször vizsgáljuk ugyanazt az egyént, úgy a szám is kisebb lesz. Hogy ilyen negativ reflex előfordul, ennek több oka lehet, melyek közül csak egyet említek s ez az, hogy az epehólyag már előzőleg a vizsgálat előtt spontán kiürült s az epehólyag még nem tudta tartalmát koncentrálni azaz besűríteni. Az irodalomban főleg a körül folyt és folyik vita, hogy ezen reflexek, hogyan jönnek létre s mire hatnak ezen inger anyagok: a májra, vagy az epehólyagra-e vagy mind a kettőre vagy másképen formulázva a kérdést a *B.* epe az epehólyag tartalmát adja-e kezünkbe vagy csak fokozott máj sejt inger következtében előidézett különleges máj epe váladéka. Mellék kérdésként áll fent az, hogy mi ezen reflex mechanizmusa, hogy az epehólyag aktive összehúzódik-e vagy sem? A szerzők két tábora áll itt egymással szemben: az egyik csoport *Crohn, Reiss* és *Bodin*, főleg *Einhorn* továbbá *Carnot* és *Libert*, azt mondják, hogy a magnesium a májra hat s nem az epehólyagra vagy is, hogy a sötét B. epe, nem epehólyag epe. Ezen véleményüket részben arra alapítják, hogy cholecystektomisált egyéneknél is megkapták a positiv reflexeket s részben, hogy más sók oldatai ha azok hypertoniásak is hasonló eredményhez vezetnek, mint a magnesium sulfuricum beadása. Ezzel szemben *Lyon, Stepp, Chiray, Labbé, Mac Cashey, Brown, Smithies* és *Karshner* azon véleményen vannak, hogy a B. epe az epehólyag tartalmából származik, hogy cholecystektomisált embereknél reflexet nem kaptak. De reflexet akkor sem kaptak, ha az epehólyag el volt záródva kő által vagy más okból vagy ha kóros is volt az epehólyag, de tartalmát kitudta üríteni, úgy az a felfogott B. epével azonos tartalmú volt amit különben az operativ kontroll is igazolt. *Damádé* álláspontja áthidalni igyekszik a két szembe álló véleményt s azt mondja, hogy igaz, hogy a B. epe epehólyag tartalmat is mutat, de a máj megváltozott funkciója is hozzájárul a sötét epe elválasztásához.

Egész más s exakt megoldási alapot kapunk, ha a cholecystographiás eljárást kombináljuk a duodenalis sondás vizsgálatokkal. Igy járt el *Lyon*, ki azt találta, hogy a magn. sulfuricum kiüríti az epehólyagot; hasonló eredményhez jutottak *Bochus* és *G. Cochen*, bár szerintük az epehólyag egészen nem ürül ki intraduodenalis magn. sulf. installatiója után, de sem olaj sem zsírbehatására se ürül ki teljesen. *Kalk* és *Schöndube* pituitrin próbájuk vizsgálatairól is azt találták, hogy az epehólyag aktive kontrahálódik és kiüríti tartalmát, ugyancsak ezt találták *Pribram, Grunenberg, Strauss.*

Ha ezen ellentmondó véleményeket, melyeknek csak egyrészét soroltam fel, igyekszünk összhangba hozni, úgy azt kell mondanom, hogy biztosnak látszik ma már *Chiray, Cashey* és *Holländer* vizsgálatai óta az, hogy a duodenalis sonda ingere az Oddi sphincter nyitvatartása azaz relaxatiója révén majdnem állandó epecsurgást okoz, de csak ú. n. A. epe az ami folyik. A *Lyon—Meltzer* reflex úgy jön létre, hogy a sphincter Oddi ellazul az epehólyag kiürül, ami a *Bayliss—Starling* törvény értelmében megmagyarázható. Az epehólyag aktive önti tartalmát a duodenumba. A B. epe egy része kétségkívül epehólyag epe, ezt mutatják a kóros esetek analyzisei és operativ kontrolljai is. Ép ezért kóros viszonyok tanulmányozására úgy diagnostikailag, mint therápiásan is magn. sulf. alkalmazható bár tagadhatatlan, hogy hibaforrásai is vannak.

Saját vizsgálataimnál célkitűzésem többszörös volt, mindenek előtt megakartam állapítani, hogy vajjon az a tény, hogy a duodenalis sonda bekerül a duodenumba, hoz-e ott létre valami változást, különösképen hatással van-e az epehólyag kiürülésére. A kísérleti methodikám a következő volt:

A bevezetés miként jét s a sonda összeállítását már ismertettem. Összes vizsgálataimhoz oly egészséges, vagy csekélyebb természetű gyomorbélbajban szenvedő embereket választottam, akiknél részben a klinikai vizsgálat nem nyujtott semmi támpontot arra nézve, hogy a máj s az epehólyag beteg, másrészt úgy a cholecystographiai, mint a duodenalis sondázás elvégzése a reflexek kiváltása útján azt mutatta, hogy az epehólyag ép, egészséges s különböző ingerekre pontosan reagál. A vizsgálat menete azután az volt, hogy az oliva, a pars descendensbe a papilla Vaterii magaságába jutva — amit minden esetben röntgen átvilágítással ellenőriztem — a beteg 1—1½ óra hosszat fekve maradt, anélkül, hogy bármily ingert alkalmaztam volna. A duodenalis nedvet kémcsövekben fogtam fel, megállapítva a lefolyt váladék mennyiségét, a színét, viscositását és bilirubin tartalmát. 25 esetben végeztem ily vizsgálatot s az eredmény minden esetben teljesen egybehangzó volt: a lefolyt epe mennyisége váltakozó volt, a szerint, hogy mennyi volt ebből a hozzákeveredett gyomorváladék, amit gyakran elárul a duodenalis nedv zavarossá válása, vagy reakciójának változása, az epesavas sók kicsapódása révén létrejött feltűnő zavarosodás, a hasnyálmirigy váladék hozzáömlése: esetleg a

lenyelt nyál is változtathatja mennyiségét; a sonda ingerére minden esetben a májepe elválozása bőven megindul és néha spontán bő folyásnak indul. 80—90, sőt 100 cm^3 is fogható fel 1½ óra alatt, átlag azonban 40—60 cm^3 A váladéknak sem viscositása sem fajsúlya, sem színe az egész idő alatt lényegesen nem változik. A bilirubin értékek vizsgálatára vagy a *Hymans van den Bergh*-féle eljárást vagy az egyszerű, de ily összehasonlító vizsgálatok céljára alkalmas *Meulengracht*-féle eljárást használtam fel. Ezen bilirubin értékek vizsgálata azt mutatta, hogy a természetes hígítási fluctuación kívül lényeges változás nincs, azaz a bilirubin értékek sohasem emelkednek.

Arra a következtetésre kellett jutnom, hogy a duodenalis sonda ingere egymaga egészséges embernél physiologiás körülmények között, ha a máj epehólyag traktus normálisnak vehető fel s ha megbetegedés még funktionalis alapon se áll fenn az epehólyag kiürülését nem vonja maga után. Legföljebb azt a következtetést vonhatjuk le, hogy sphinkter Oddi tátong, mert úgyszólván állandó epefolyás történik. Ezen kérdés eldöntése principiális jelentőségű bár, nem minden szerzőnek fedi a véleményét, mert pl. *Damade* spontán is látott B. epeürülést inger oldat alkalmazása nélkül, de ily esetek, mint erre már *Chiray, Kalk, Schöndube* rámutatattak már nem nevezhetők normálisnak, mert azok epehólyag dyskinesisben szenvednek.

Miután e kérdés tisztázva látszott, egy lépéssel tovább kellett mennem, fel kellett vetni a kérdést, hogy ha a sonda mechanikus ingere az epehólyagra, májra nem hat, az epehólyag kiürülését nem okozza, a duodenum nyálkahártyájának más mechanikus ingerlése milyen hatással lesz? Ezen kérdés tisztázására a következő methodikát dolgoztam ki: Két duodenális sondát egymás mellé kapcsoltam, a hosszabbnak olivája köré gummihólyagot kötöttem, a rövidebb sonda végén rendes oliva foglalt helyet, a két sonda vége igen közel, néhány centiméter távolságban volt egymástól. A két sondát egyszerre vezettem be a szokott módon. Ha e sondák a duodenumba jutottak a lejebb levő sonda végén levő gummiballont levegővel ad maximum felfujtam kívülről egy fecskendő segélyével, míg a csövet kivülről egy peannal leszorítottam, úgy, hogy a ballon felfújva maradt. A felső csőből ezalatt folyt rendesen a duodenalis nedv. 15 esetben végezve e vizsgálatot, teljesen egyenlő, egyöntetű eredményt kaptam.

Ezen vizsgálatok igazolták, hogy ilyenkor a nedvfolyás bőségesebb lett az elején, ami természetes, hiszen mesterséges akadályt iktattunk közbe, midőn mintegy duodenalis stenosist provokáltunk. A váladék egyetlen esetben sem lett viskosusabb s a bilirubin értékek nem növekedtek. Epehólyag kiürülés nem következett be. Kontrollképen, hogy láthassuk vajjon B. epefolyás bekövetkezik-e vagy egyáltalán nem, ami természetesen leronthatná az egész kísérlet eredményét, a kísérlet végén ami 1½ órával a helyes váladék folyása után volt befejezettnek tekinthető, kiengedtem a levegőt a ballonból s aztán magn. sulf. fecskendeztem be abba a csőbe, melyen nem volt ballon. Ilyenkor mindíg sötét barnás zöld epefolyás következett be s a folyadék a B. epe tulajdonságait mutatta. Ezen két kísérletből azon megállapításra kell jutnom, hogy a duodenum nyálkahártyájának mechanikus ingere egyedül nem vezet ép epehólyagot feltételezve, egyetlen esetben sem, az epehólyag kiürülésére. Máskép áll a dolog természetesen a kóros körülmények között, amelyekre vonatkozólag utalok *Kalk* és *Schöndube* vizsgálatira ilyenkor néha spontán is bőven ömlik a B. epe.

Egy lépéssel továbbmenve azt tettem vizsgálat tárgyává, hogy az intraduodenalisan alkalmazott indifferens anyagok, hogy hatnak az epe ürülésére. E célból közönséges vizet használtam fel a duodeumba való befecskendezésre, néhány esetben destillált vizet vagy physiologiás konyhasóoldatot. Az eredmény teljesen egyöntetű volt. Egy esetben sem folyott a kísérlet tartama alatt, holott ez legalább egy óráig tartott, sötétebb B. epe.

Miután megállapítást nyert, hogy sem a mechanikus ingerek, sem az indifferens anyagok nem hatnak az epehólyag kiürülésére, azt kellett vizsgálat tárgyává tennem, hogy a belülről intraduodenálisan alkalmazott thermikus ingerek, hogyan hatnak, azaz fejtenek-e ki egyáltalán valami hatást? A test felszínéről thermophorozás alakjában alkalmazott hő ingerről már 1922-ben kimutattam ember, s állatkísérletben is, hogy az epefolyásra lényeges befolyást nem gyakorol, B. epe nem ürül bőségesebben, hanem a külsőleg applikált meleg csak az epehólyag s epe utak tonusára gyakorol hatást.

Jelen kísérleteimben a hőingereket úgy alkalmaztam, hogy meleg 30—40°-os vizet (50 cm^3-t) fecskendeztem be, ingeroldat helyett vagy más napokon jeges vizet. Ezen kísérletek, szintén teljesen azonos egyöntetű eredményhez vezettek: egy esetben sem kaptam sötétebb epefolyást. Thermikus ingerek is hatástalanok ezek szerint az epehólyag kiürülésére. Ennek a kísérletnek nagy fontossága van theoretikus szempontból, úgy mint therapiás beavatkozásaink megítélésére is, amennyiben tudjuk, hogy a leggyakrabban alkalmazott epehajtó, vagy máj-, epebetegségeket gyógyító szerünk a karlsbadi víz, vagy karlsbadi sóval telitett meleg víz itatása. Ezen vizsgálataimból látnivaló, hogy főkomponense, nem a meleg, nem a hőhatás, úgy látszik a meleg csak spasmus oldóként, vagy anthiphologistikusan hat csak, a főhatóanyag, ami az epehólyag kiürülésére igenis döntő hatással van, az a vízben oldott sulfátok és különböző sók, s maga a víznek bevitele is mely reflektorikusan hat a máj, epe elválasztására vagyis átöblítő szerepe lesz.

A különböző a duodenális sonda alkalmazásáról s használatáról szóló könyvekben azt olvashatjuk, hogy fontos az, hogy a sonda vége, az oliva hol álljon és ennek ellenőrzésére a legkülönbözőbb eljárásokat is dolgozták ki, de hogy ez miért fontos s mi történik akkor, ha a sonda olivája rossz helyen áll s milyen befolyással lesz ez a reflex kiváltására, erről ezekben semmiféle felvilágosítást sem fogunk nyerni.

Hemméter kimutatta, hogy ha jejunumba vagy a colonba adjuk a magn. sulf.-t még akkor is kapunk reflexet. Ugyancsak e szerző s *Gorbat* és *Jacobi* rectalisan alkalmazott magn. sulf. s más anyagok (dextrose, peptonos tej, stb.) beadása után is láttak bő epe elválasztást megindulni. *Holländer* a gyomorból csak sokkal gyöngébben tudta kiváltani a reflexet. Csak *Smithiers—Karshner—R. B. Olberon* figyelmeztetnek arra, hogy más és más lesz az eredménye a vizsgálatnak attól függően hol ül a sonda vége s hogy a jejunumból nem váltható ki reflex. Ezen kérdésnek természetesen principiális jelentősége van, s így célomul tűztem ki, hogy e kérdésre is világosságot derítsek. A kérdés könnyen megoldható, ha az ember röntgenvizsgálattal ellenőrzi az oliva állását. Szánt szándékkal lenyelette jó mélyen a csövet, úgy, hogy az oliva a duodenum horizontalis részébe, vagy a flexura duoden-jejunalisba vagy a jejunumba került. Ha az oliva a kivánt helyre került a sondába befecskendeztem a *Lyon—Meltzer* által ajánlott s alkalmazott 50 cm^3 30%-os magn. sulfuricumot.

Ezen kísérletből azt az egyöntetű következtetést lehetett kiolvasni, hogy minél közelebb volt az oliva a pars descendens duodenihez, vagy a papilla Vaterriihez, annál biztosabban s nagyobb intenzitással váltható ki a reflex, minél távolabb megyünk ettől, annál gyöngébb lesz a reflex, vagy egyáltalán ki sem váltható. Ha a gyomorba

fecskendezünk magnesium sulfuricumot, úgy szintén nem, vagy csak igen gyönge reflexet kaptam. Ezen kísérletnél s az előbb talált eredmények ellenőrzésére már a dupla sondát kellett használnom erre a célra. A *Bársony—Egan* féle dupla sondát használtam s úgy jártam el, hogy a két sondának egymástól való távolságát úgy választottam, ahogy ez a vizsgálat céljaira alkalmasnak látszott. Röntgen-kontroll segélyével megállapítottam, hogy az egyik oliva a pars descendensben van, a másik a flexura duodeno jejunalisban, a jejunalis végbe fecskendezve a magnésiumot mind a két sonda váladékot külön-külön fogtam fel. Ilyenkor mind a két cső váladéka egyforma maradt. Ha már most megfordítottam a dolgot, a felsőbe, a rendes helyen levőbe fecskendeztem be, úgy megkaptam a rendes intenziv reflexet. Fontos volt ez különösen azon eseteknél, hol a papilla Vaterii fölött történt a befecskendezés, ilyenkor egyszerűen duodenalis sondát használva nem lehetne megállapítani azt, hogy milyen a lefolyás, mert elképzelhető, sőt úgy is van, hogy a kiürült B. epe lefelé folyván s ürülvén, nem lesz látható, holott de facto a duodenumba öntötte tartalmát.

Ezen kísérletekből igen fontos theoretikus s gyakorlati következtetéseket lehet vonni. Theoretikus szempontból fontos, hogy úgy látszik, hogy pars descendens duodeni az a hely, ahonnan a legjobban kiváltható a reflex. Van egy ú. n. reflexogen optimális zóna, ahonnan a legjobban ingerelhető az epetraktus (Sphincter Oddi + epehólyag). Minéljobban távolodunk a papillától, annál gyöngébb lesz a reflex. Ebből érthetővé válik az is, hogy miért kaptak különböző szerzők oly különböző eredményeket a magn. sulfurium probával, mert valószínű, hogy nem egységesen s nem röntgen-kontroll segélyével állapították meg az oliva helyzetét. Áttérve a gyakorlati következtetésekre, amelyeket ezen vizsgálatokból lehet levonni: a legjobb eredményeket a duodenalis kezelésben, a mosások segélyével akkor fogjuk nyerni, ha a sonda a helyén van a pars decendensben. Érthetővé válik előttünk az is, hogy a keserű sók, karlsbadi só a gyomron át itatva nem lesz olyan intensiv hatású, ha csak nem nagy mennyiségben adjuk, mikor már a bélre gyakorolt momentumok is szerepelnek a hatásban, mint a duodenalis sondán át fecskendezve a reflexogen optimális zónába. A gyomorba jutva a magn. sulf. ezen szempontoktól el is tekintve fel is fog hígulni a gyomornedv által s hypertoniás jellegéből némileg veszíteni is fog. Mindezekből tehát önként adódik a legelső s legfontosabb teendő: a duodenalis sonda akár diagnostikus, akár therapiás célra való alkalmazásánál mindig röntgen kontroll mellett kell dolgoznunk. Egész hasonló eredményhez jutottak a közelmultban más módszerrel dolgozva. *Bronner* és *Schüller,* kik az epehólyag cholecystographiás töltése mellett az Einhorn-féle intestinális sondán át, a bél különböző helyeire tojás sárgáját fecskendeztek be s azt találták, hogy a jejunum felsőrészébe beadva kiürül az epehólyag az ileumba, míg a vastagbélbe s végbélbe beadva nem ürül ki. Természetesen itt egész más dolgokról van szó, mint kísérleteimben, amennyiben ők ételneműt, tojás sárgáját használták epeürítésre s én magn. sulf.-t adtam egy test-idegen anyagot.

Még egy e tárgykörrel részben összefüggő kísérleti sorozatról szeretnék beszámolni. Mint említettem a szerzők egy része azon az álláspontón van, hogy a hypertoniás só oldatok nem is az epehólyagra, hanem a májra hatnak és ennek megváltozott működése ezen inger folytán hozza létre a sötét epét, s nem az epehólyag tartalmát nyerjük. Ezt részben alátámasztják cholecystektomisált egyének nyombél sondázásainak eredményeivel, kiknél állítólag elég gyakran szintén kapni B. epe tartalmat, $MgSO_4$ beadása után. Az ellentábor itt ismét más theoria segélyével igyekszik ezen leletek értékét alászállítani, amennyiben azt mondják, hogy a choledochus s máj utak postoperativ kitágulása, azaz abban besűrűsödött epe kiürülése a só oldatok adagolása után adná a positiv reflexet. 25 cholecystektomisált duodenalis sondázása után egyetlen egy esetben sem kaptam positiv reflexet, holott ha ezen anyagok a májra hatnának miért nem lenne sötétebb az epe ezen eseteknél is, hiszen nem tételezhető fel, hogy a máj megváltoztatná működését műtét után? Megjegyzendőnek vélem, hogy a cholecystektomia után a legkülönbözőbb idő telt el, néhány hónaptól egész évekig; ennek hangsulyozása azért fontos, mert egyes szerzők ebben látják a különbség okát. Egy újabb bizonyítékkal is szolgálhatok, mely nézetem szerint szintén amellett bizonyít, hogy ezen anyagok nem a májra hatnak. Tudott ú. i. az a tény, hogy ha rectalisan viszünk be só vagy egyéb oldatokat a szervezetbe, úgy ezek fel is szívódnak és a venae haemorhoidalis révén a keringés útján jutnak közvetlen a májba is. E célból megpróbáltam magn. sulf., dextrose, glucose és alkohol 50 cm^3-ét oldatok alakjában rectalisan adni. Ezeknek ilyképeni alkalmazása után, miután előzőleg duodenalis sondát vezettem be s röntgen segélyével ellenőriztem az oliva helyét, sohasem változtatta a kiürülő epe színét, 1—1½ óráig sem, sőt a kiválasztott A. epe mennyisége sem volt nagyobb, mintha semmi beavatkozás sem történt volna. Ezen hypertoniás sóoldatok, tehát sem a májra sem az epehólyagra rectalisan nem hatnak, az 5%-os alkohol sem, holott intraduodenálisan adva a hypertoniás sóoldatokat B. epe folyást produkálnak. Ugyanilyen eredményekhez jutott cholecystographiás kontroll vizsgálatok segélyével *Bronner* és *Schüller* is.

Szóval a *végbél felől epehólyag kiürülést előidézni nem lehet.*

Mielőtt összefoglalnám azt amit ezen vizsgálataimból ki lehet olvasni, rá kell, *hogy mutassak arra,* miszerint ezen vizsgálatok korántsem theoretikus jelentőségűek csupán, mert a gyakorlat szempontjából is fontossággal bírnak. A nyombél sondát ma már mondhatnám naponta használjuk s fontossága legalább olyan, ha nem nagyobb, mint a gyomor sondáé. Használata két irányú: diagnostikus és therapiás. Diagnostikai célból a máj, epeutak, epehólyag megbetegedéseinél nélkülözhetetlen segédeszközünk. Annak eldöntése, hogy teljes epeút elzáródás van-e vagy annak eldöntése, hogy milyen mikroorganismusok élnek az epében (lamblia pl.) más eljárással nem is vihető keresztül, mint csak duodenalis sondával. Az epehólyag dyskineseinek megállapítása szintén nem képzelhető el más módon, mint duodenalis sondával. Therapiás célokra ma már kiterjedten használjuk a nyombél szondát úgy egyes máj bajok (icterussal vagy anélkül), mint epehólyag megbetegedések gyulladásos jeleggel vagy anélkül s főleg epekő megbetegedések kezelésére. Fontos tehát tudnunk, hogy mit várhatunk a sonda alkalmazásától, hogy kapunk-e epehólyag epét s hová kell adnunk az inger oldatot az optimalis hatás elérésére. Ezen dolgokra vetnek fényt vizsgálataim. Vizsgálataim alapján azt kell mondanom, hogy a gyakorló orvos *még* nem alkalmazhatja, mert fontos a röntgen-kontroll s így ez a belorvos szakorvosok hatáskörének marad fenntartva.

Vizsgálataim eredményét a következőkben foglalhatom össze:

1. A duodenalis sonda egymaga, inger oldat alkalmazása nélkül B. epe kiürülésére nem vezet.

2. A duodenum nyálkahártyájának mechanikus ingerlése sem vezet B. epe kiürülésére.

3. Intraduodenalisan befecskendezett indifferens oldatok (víz, physiologicus konyhasó) nem okoznak B. epeelválasztást.

4. Intraduodenalisan bevitt meleg víz vagy jeges víz szóval thermikus ingerek nem okoznak B. epe ürülést.

5. A duodenalis reflexek a legbiztosabban úgy válthatók ki, ha az oliva a pars descendensben fekszik.

6. Minél távolabbra fekszik az oliva a papilla Vateriitől annál gyöngébben váltható ki a reflex.

7. A magnesium sulfuricum kiváltotta reflex egy rövid pályán haladó reflex, melyet úgy látszik a sóoldat hypertoniás charaktere vált ki.

8. Van egy reflexogen optimalis zóna, honnan a legjobban lehet hatni az epe kiürülésére.

9. A végbélből nem lehet kiváltani a duodenalis reflexet.

10. A magnesium sulfuricum májra való hatása nem abban áll, hogy sötétebb B epe elválasztás indulna meg, ez következik abból, hogy a cholecystektomizált emberekben nem kapunk B epe ürülést. Magn. sulf. intraduodenalis alkalmazása után a végbélbe adott só oldatok nem vezetnek sötétebb epe elválasztására. A májra való hatás csak abban áll, hogy az epefolyás gyorsabb lesz s nagyobb mennyiségű híg A. epe üríttetik ki.

11. Minden esetben röntgen kontrollal kell megállapítani a duodenalis sonda olivájának helyét, mert ez az egyetlen mód, mely mellett biztosak lehetünk, hogy jó helyre adjuk be az inger oldatot.

12. A sonda optimális helye a papilla Vateriiban van. Ugy therapiásan, mint diagnostikusan alkalmazva, ez lesz a helye, hová a sondának kerülnie kell, ha biztos eredményt akarunk elérni.

A szegedi m kir. Ferencz József Tudományegyetem belgyógyászati klinikájának közleménye. (Helyettes igazgató: Purjesz Béla dr., egyet. ny. rk. tanár.)

Klinikai tapasztalataink a perparinnal.

Irta: *Berkesy László* dr., tanársegéd.

Gyógyszerkincsünket alkotó anyagok között elég nagy számmal vannak olyanok, melyeknek pótlására vagy helyettesítésére — különböző okokból — a chemiai tudomány régóta törekszik. E törekvések oka egymástól sokszor igen különböző s a mód is, ahogyan ezt elérni kívánták, eltér egymástól. Némelykor a cél az volt, hogy megfelelőbb hatást érjenek el; máskor az eredeti anyag erős toxicitása miatt igyekeztek hatásában hasonló, de kevésbbé mérgező anyagot nyerni vagy előállítani; ismét máskor a szer előállításához szükséges növény vagy más anyag nehéz hozzáférhetősége, előteremthetősége volt az ok. Igy láttuk ezt pl. az adrenalinnál, melynek alkalmazási terét erősen beszűkítette a túlgyorsan lezajló hatás és az, hogy csak parenteralisan adva fejti ki hatását. Mindkét nehézséget megszüntette — bár nem teljes értékű pótszere az adrenalinnak — az ephedra vulgarisból nyert ephedrin. Ennek szélesebb körű alkalmazásának útjában állott azonban a drog nehéz beszerezhetősége, ami maga után vonta a chemia mai fejlettsége mellett már nem elérhetetlen azon törekvést, hogy synthetikus szer állíttassék elő, amely chemiai strukturájában hasonló és így hatásában is közelálló legyen az adrenalin ill. ephedrinhez. Igy született meg az epherit, sympathol és a hozzá hasonló készítmények.

Némileg hasonló körülmények összejátszása vonta maga után annak a szernek az előállítását, melynek alkalmazásáról, használhatóságáról, vele elért eredményeinkről jelen közleményünkben óhajtunk beszámolni.

Az opium számos alkaloidája között 1848-ban fedezte fel *Merck* a papaverint, amely azonban mint gyógyszer — mivel narcoticus hatása nem volt — több mint fél évszázadig jóformán ismeretlen maradt. Körülbelül 20 év előtt *Pal* fedezi fel a papaverinben rejlő gyógyító erőt s ugyanő és munkatársai kutatják ki a papaverin-hatást. Ez a hatás röviden definiálva — *Pal* meghatározása szerint — tisztán peripheriás, ú. n. spasmolytikus hatás, a sima izmok tonusának elektiv csökkentése. Alkalmazási tere tehát a papaverinnek elsősorban a gyomor-bélhuzam, epeapparatus, urogenitalis rendszer, másodsorban az erek sima izmainak fokozott tonusa, spastikus állapota okozta kóros állapotok megszüntetése.

Pal felfedezése után a papaverin elfoglalta az őt megillető helyet a gyógyászatban s a fenti indikációs területen igen hasznos és nélkülözhetetlen gyógyszerünk lett. A papaverin képletének megállapítása után többeknek sikerült synthetikus papaverint vagy ahhoz chemiailag közelálló basisokat előállítani, de ezek gyakorlati alkalmazására nem került sor, mert az opiumból történő morphin előállítás közben nyerhető papaverin a szükségleteket fedezte. Azonban egyfelől az opium és bódító mérgek ellen hozott nemzetközi törvények a nyerhető papaverin mennyiségét erősen csökkentették, másfelől érvényesült az általános törekvés: *minél kevésbbé mérgező és mégis fokozott hatáserősségű vegyületet előállítani.*

E törekvések és munka eredménye egyik hazai vegyészeti gyárunk — a *Chinoin* gyár — által synthetikusan előállított, papaverin hatással bíró vegyület: a perparin.

A perparin chemiailag tetraaethylpapaverinolaether. Az előzetes kísérletekben, állatexperimentumokban legfontosabb előnyének bizonyult az, hogy a papaverinnél legalább 200%-al erősebb, míg ugyanakkor toxicitása feleakkora. Állatkísérletekben különösen hatékonynak bizonyult a bélhuzam sima izmaira, ahol a *papaverinnél 3—4-szerte erősebben hat.* Miután az előzetes vizsgálatok ezeket tisztázták, rendelkezésünkre bocsátották, hogy hatását, használhatóságát emberen megállapíthassuk.

A kipróbálás tabletták alakjában per os és injectiós célra készült oldattal subcután, valamint intravenás injiciálás alakjában történt. Az egyes tabletta 0,04 gr. perparin-t tartalmaz, az injekcióknál használt ampullázott készítmény 4%-os volt, tehát 1 ccm-e ugyancsak 0,04 gr. perparin-t tartalmazott.

Vizsgálatainkat, melyeket 1930. november 9-én kezdettük meg s amelyről alább beszámolunk, három csoportban hajtottuk végre.

1. A készítmény per os és parenteralisan történt alkalmazásánál megállapíthattuk, hogy helyi izgató hatása nincs, tartós szedés mellett sem okoz semminemű gyomorzavart, a subcutan injiciálás sem az injectio alkalmával, sem később fájdalmat nem okoz, infiltratum nem keletkezik. Kellemetlen mellékhatásokat vagy toxicus tüneteket még nagy adagok után — 0,12 gr. bőr alá, 0,08 gr. intravenásan — sem észleltünk s vizsgálatainkból úgy látjuk, hogy ezeknek túllépése szükségtelen is, mivel a kívánt hatás e dosisokkal is elérhető. Közvetlen kísérleteket a toxicitás mértékének ellenőrzésére mi természetesen nem végezhettünk.

2. Egészségeseken a papaverin-hatás kimutatására csupán két mód állt volna rendelkezésünkre: *a)* csökkenti-e az új vegyület átmenetileg a vérnyomást épúgy, mint a papaverin? *b)* az erek sima izomzatának mesterségesen — adrenalinnal — előidézett spasmusát s ennek kifejezőjét a vérnyomás emelkedését mennyiben képes megszüntetni, illetőleg annak kifejlődését megakadályozni?

ad a) A szer ez irányú hatását vizsgálva hat esetben adtunk 0,04 gr-ot bőr alá s négy esetben kaptunk 8—20 Hgmm.-es vérnyomás csökkenést, egy esetben ennél kisebbet, egy esetben pedig a csökkenés elmaradt. Ugyancsak azt is megállapíthattuk ezeknél, hogy még a bőr alá adott

perparin is igen gyorsan felszívódik, a vérnyomás süllyedése minden pozitiv esetben már 5 perc mulva kifejezett, sőt maximumát is eléri, de legkésőbb 10 perc alatt jelentkezett a teljes hatás, amit azután most már csak lassú emelkedés követ, hogy a kiindulási pontot 20—30 perc mulva érje el. Sőt egy esetben egy nephritis chronicában szenvedő nőbetegnek adtuk, akinek igen magas tensióját 0,04 gr. hasonló értelemben befolyásolta (255 Hgmm.-ről 245 Hgmm-re), ami azért érdekes és figyelemreméltó, mert a papaverinre vonatkozólag *Pal*-nak az a megállapítása érvényes, hogy ha a sima izomsejt már tartósan ú. n. hypertoniás állapotban van, akkor a papaverin-hatás elmarad vagyis szerinte a hatás kimaradása az illető izom, pl. arteria fal sima izomzata nem korrigálható, stationaer állapotát jelzi. Ez azonban csak mint momentáni eredmény jelentkezett így, de mint alább látni fogjuk (3. sz. eset) tartós hatást még hosszú kezeléssel sem sikerült elérni, tehát ebben a pontban is a papaverinhez hasonlóan viselkedik.

ad b) Az adrenalinnal szembeni antagonismussal mi a klinikumban nem foglalkoztunk, mert erre nézve már *Issekutz* prof. állatkísérletei megadták a választ, amennyiben a perparin e szempontból is hatékonyabbnak bizonyult a papaverinnél, bár a különbség itt nem oly nagy, mint a bélhuzamnál, ahol a perparin 3—4-szerte hat erősebben.

3. A perparin tulajdonképeni viselkedésének vizsgálata után betegeknél folytattuk vizsgálatainkat és pedig 31 esetben alkalmaztuk, ami esetleg nem látszik nagy számnak, de tekintetbe kell venni, hogy olyan betegségekről van szó, amelyek nem nagy számmal fordulnak elő; így pl. bármennyire szerettük volna a hatást pylorospasmusnál röntgen felvétellel demonstrálni, a vizsgálatok kezdete óta eltelt öt hó alatt egyetlen erre megfelelő esetet nem tudtunk a vizsgálati sorozatba beállítani.

A perparint a következő betegségeknél alkalmaztuk: asthma bronchiale, chronikus vesebántalom hypertoniával, angina pectoris, ulcus ventriculi + pylorospasmus, a belek spastikus állapotai, cholelithiasis, icterus catarrhalis. Eredményeinket a legáttekinthetőbb módon véljük demonstrálni, ha eseteinket legalább részben röviden ismertetjük.

1. sz. S. L.-né. Asthma bronchiale. Két éve vannak rohamokban jelentkező nehéz légzéses állapotai. Erős emphysema, mélyen álló tüdőhatárok, üveges köpet. Kifejezett rohamát nem láttuk, inkább állandó exspiratorikus dyspnoeja van. Apomorphin oldat mellett naponta három perparin tabl-t kap; másnaptól kezdve köpete higabbá válik s nehéz légzése fokozatosan megszűnik.

2. sz. H. I.-né. Asthma bronchiale. Több mint 20 éve szenved igen sulyos asthmában. Az utóbbi nyolc évben a mellkasra adott röntgen-besugárzások hatása alatt másfél-kéteszendős nyugalmi állapotai vannak. Megfigyelése szerint a rohamok mindig náthához társulnak. Erős emphysemán, kisfokú szívdilatatión kívül szervi eltérés nincs. 1930. XII. 5-én erős náthája tör ki s 8-án este a rohamot megelőzni szokott, általa jól ismert mellkasi szorongó érzés és nehéz légzés jelentkezik, mire azonnal napi három perparin tabl-t kap; nehéz légzése a következő nap folyamán enyhül s rohama nem fejlődik ki. 1931. II. 4-én ismét vehemens coryza tünetei, amelyeket már a 2-ik napon váratlanul kitörő súlyos asthma roham követ. A másfél napig tartó roham alatt asthmolysin, epherit, atropin injekciók 3—4 órás megkönnyebbülést hoznak létre, ellenben 2 ccm. (0,08 gr.) perparin teljesen hatástalan marad.

Ezekből úgy látjuk, hogy bronchialis asthmánál a perparin, ha csak bevezető nehéz légzésről van szó kedvező hatást fejt ki, de kifejlődött roham megszüntetésére nem képes.

Egy esetben (3. sz.) próbáltuk meg eredményt elérni nephritis chronicanál az igen magas vérnyomás csökkentésére s bár az egyes injekciók (nap. 1 ccm.) múló nyomáscsökkenést okoztak, több mint két héten át kúraszerűen adva — épúgy, mint a papaverinnél — semmi eredményt nem láttunk. Ugyanez esetben azonban nitroscleran inj.-k is hatástalanok maradtak.

Két esetben adtuk angina pectorisban szenvedőnek. Egyiknél, akinél az aorta elégtelenség mellett az aorta ív aneurysmája is kimutatható volt, a rohamok naponta, sőt napjában 2—3-szor jelentkeztek; a teljes eszméletlenségig fokozódó rohamokat csak 2 ccm. domatrin forte injiciálása szüntette meg s a rohamok sürűségén és súlyosságán lacarnol, majd kallikrein ill. padutin kúra sem változtatott. E betegnél a roham elején adott 0,04 gr. perparin hatástalan maradt.

4. sz. Másik esetünkben a 45 éves nőbetegnek aorta elégtelenség, pozitiv Wassermann reakcio mellett mindinkább sürübben jelentkeznek szivtáji fájdalmai, melyek a karba is kisugároznak. Felvételét követö négy napon sürün vannak praecordiális fájdalmai. A negyedik napon typusos anginás roham, melyet 2 ccm. perparin 15 perc alatt megszüntet. Ettől kezdve naponta kétszer 1—1 ccm.-t kap bör alá s az észlelés ideje alatt többé azelötti fájdalmai és rohamai nem jelentkeznek.

Gyomorfekéllyel kapcsolatos pylorospasmus miatt három esetben alkalmaztuk:

5. sz. S. I. dr., orvosnő, 5 hó óta vannak gyomorfájdalmai s mind sürübb hányásai. A röntgenvizsgálat kisgörbületi, praepyloricus kiboltosulást mutat. Azonnali ágynyugalom, Sippy-kúra; ennek bevezetésével hányásai türhetetlenné fokozódnak, úgyszólván állandóan hány s bár emiatt semmi táplálékot nem tud magához venni, minden alkalommal rendkívül nagy mennyiségü tiszta gyomornedvet hány. Domatrin injekcióra a hányás, hányinger még erősebb (t. i. soha semmiféle opium származékot nem türt), mire 1 ccm. perparin-t adunk bör alá, amit 6 órán át tartó nyugalom követ. Az ekkor ismét fellépő hányásokat, a kimerült beteggel nem akarván kísérletezni, Vasano inj.-val szüntetjük meg. Másnap a bevezetett Sippy kúrától elállunk, a *Mészáros—Berkesy*-f. parfait kúrára állítjuk be s felvevén, hogy a tömeges hányadék oka a hypersecretio melletti pylorospasmus lehet, ennek leküzdésére napi 3 tabl. perparint kap. Hányásai már ezen a napon lassan elmaradnak s többé nem jelentkeznek.

6. sz. B. M. Négy hete vannak naponta gyomorfájdalmai és hányásai. A klinikai vizsgálatok pylorus fekélyt mutatnak s minthogy hányásait ily rövid anamnesis mellett organicus szükülettel nem tudjuk magyarázni, perparint adunk 1—2 ccm.-s mennyiségben, ami a fájdalmat is lényegesen enyhíti és hányásait teljesen megszünteti. Később a beteg állandó occult vérzés miatt műtétre kerül s ekkor friss pylorus fekélyt találtak, szükület nélkül.

7. sz. F. B. Esetét két szempontból és érdemesnek tartjuk említeni. T. i. öt éve vannak periodikusan jelentkező gyomorfájdalmai, egészen extrém fokú obstipatiója. Soha hányása nem volt. Szakaszos próbareggeli: 66—73 aciditási fokot mutat. A röntgen pylorus fekélyt és igen erös stenosist derít ki. Minthogy azonban hányás a kórelőzményben egyáltalán nem szerepel, nem akarjuk az organikus szükület megállapítását elfogadni, bármennyire is ragaszkodik ehhez a klinika röntgen-laboratoriuma. A kérdés eldöntése céljából többször megismételjük a vizsgálatot 2—2 ccm. perparin injiciálása után, de a röntgen-kép semmit nem változik, ami tehát a papaverin, illetőleg perparin-hatás elmaradása alapján az eltérés organicus voltát bizonyította. Műtétnél a szükület organicusnak bizonyult. Az eset másik tanulsága az volt, hogy a betegnek — akinél csak a legerélyesebb beavatkozásokkal lehetett évek óta széket produkálni — a kísérletek céljából adott perparin injekciók után minden alkalommal 1—2 óra múlva bőséges szék ürült.

E néhány esetből bizonyítottnak látjuk azt, hogy a készítmény e téren teljes papaverin-hatás elérését teszi lehetővé.

Az utóbbi eset mellékkörülményei a papaverin egy másik alkalmazási terrénumára terelték figyelmünket: a spastikus obstipatiók kezelésére. Ezen a területen jóval több esetet figyelhettünk meg s a perparinnak oly kifejezett hatását konstatálhattuk, amilyent papaverintől a bélhuzam spastikus állapotainál megközelítőleg sem szoktunk látni, sőt nem is várunk tőle egyedül ily jótékony hatást. A perparinnal elért eredmény egyes esetekben —

a fenti mellett — egyenesen meglepő volt. Ennek demonstrálására két esetünk kivonatát közöljük:

8. sz. I. S. dr., orvos. Évek óta obstipál, kemény skybalosus széke van, utóbbi időben ritkán erős görcsös hasi fájdalmai vannak; egy ilyen alkalommal két perparin tabl.-t vesz be, a fájdalom fél óra alatt megszünik s meglepetésére röviddel utána spontán bő széket ürít. Ettől kezdve hosszabb időn át rendszeresen szedi a perparin tabl.-t és ez idő alatt normalis bélmüködése van. Később elhagyja, amit ismét az obstipatio és fájdalmak követnek, de ezeket minden esetben megszünteti két tabl. bevétele, ami egyúttal ürülést is eredményez.

9. sz. F. L. Négy hét előttig normalis bélmüködése volt, ekkor azonban obstipálni kezdett, puffadása van, széklete 2—3 naponként csak hashajtóra s ceruza vékonyságú. A béltractus röntgenvizsgálata a colon transversum és descendensben typusos spastikus képet ad. Kezelésünk: perparin nap. háromszor 0,04 gr. per os s ettől kezdve naponta 1—2-szer van normalis összeállitású széklete.

A legnagyobb számmal az epeutakra gyakorolt hatást volt alkalmunk vizsgálni s ezeknél a készitménynek olyan hatását láttuk, amelyet papaverintől egyedül soha nem észleltünk. Hét cholelithiasisos és két icterus catarrhalisban szenvedő betegnek adtuk, egytől-egyig a legjobb eredménnyel, azonban sajnos helykímélés miatt csak a legbizonyitóbbak kivonatát közölhetjük.

10. sz. Cs. J. Cholelithiasis. Felvétele előtt egy héttel typusos köroham. Felvételekor, XI. 19-én, erős icterus, tapintható epehólyag. Ezen a napon újabb epekő kólika. XI. 20. Az icterus erősebb, vizelet sötétebb, egy fűzöld széklet. Th. Felamin. XI. 21. Krétafehér, acholiás széklet; a vizeletben melegitéssel is csak nyomokban van urobilinogen. Th. Felamin kimarad, helyette háromszor 1 tabl. perparin. XI. 22. A vizelet a perparin adagolás megkezdése után 24 órával világosodni kezd, benne erősen megszaporodott urobilinogen. Este részben festenyzett szék, benne két, borsnál nagyobb, epekő. XI. 23. Tulfestenyzett székletében egy epekő, a következő napon ismét három követ találunk.

A többi esetben roham alkalmával adott 1—2 ccm. perparin injekciója oly prompt görcsoldó hatást mutatott, a rohamot szinte kivétel nélkül olyan gyorsan szüntette meg, amint azt morphin v. hasonló injekcio után szoktuk látni. Azoknál a betegeknél, akiknél a choledochus elzáródását az icterus mutatta, a kezelés megindítása után a legrövidebb időn belől az icterus oldódása és eltünése következett be. Minden esetben sikerült sorozatos injekciók vagy a tabletták adagolásával a rohamokat megszüntetni.

Két icterus catarrhalisnál elért eredményeinket szinte nem tudjuk magyarázni, hacsak ezek után fel nem vetjük a kérdést, hogy vajjon az icterus catarrhalis okáról és keletkezéséről forgalomban levő számos theoria mellett nem játszik-e ezeknél fontosabb oki szerepet a choledochus valamilyen okból bekövetkező spastikus állapota, amely az elzáródást létrehozza és fenntartja. Föltétlenül erre kell gondolnunk, ha alábbi utolsó eseteinket vizsgáljuk, melyeknél a prompt görcsoldó hatást nem mernők a véletlen összejátszásának elismerni.

11. sz. P. I. Icterus catarrhalis. Két hete gyomorrontás után keletkezett és folyton fokozódó sárgasága van. Fájdalma nem volt. Otthoni kezelése eredménytelen. Mi a beteget súlyos icterussal, nagy máj és léppel, a choledochus teljes elzáródásának összes tüneteivel kapjuk; széke acholiás. Felvételét követő napon egyszerre 0,12 gr. (3 ccm.) perparint adunk bőr alá s még ugyanazon este festenyzett széket ürít, a choledochus occlusio tünetei a következő napok folyamán fokozatosan eltünnek s nehány napi 0,08 gr.-os injekciók, majd három tabl. szedése mellett gyorsan gyógyul.

12. sz. Gy. Icterus catarrhalis. Lues III. Két hét előtt étvágytalanság, hányások, 10 napja icterus. Felvételkor sulyos icterus, nagy, sima felületü máj, acholiás szék, a vizeletben urobilinogen nem található. Th. decholin, urotropin és tekintettel a pozitiv Wassermann reakcióra naponta 1 gr. jód intravenásan. E kezelést hét napon át folytatjuk, ennek dacára a szék állandóan acholiás, az icterus még sulyosabb méreteket ölt. A nyolcadik napon a decholin kihagyása mellett 2 ccm. perparint injiciálunk bőr alá. A következő napon széke gyengén festenyezett, a vizeletben urobilinogen mutatható ki s a második napon a perparin kezelés folytatása mellett széke már rendesen festenyezett, a vizelet gyorsan világosodik. Innen kezdve sima gyógyulás.

Vizsgálataink végső eredményeit a következőkben foglalhatjuk össze.

1. A perparin per os, bőr alá és érbe történt adása alkalmával még nagy intravenás adagok mellett sem okoz semminemű melléktünetet, még kevésbbé toxikus jelenségeket.

2. Hatása, úgy előzetes vizsgálataink, mint a betegágynál szerzett tapasztalataink szerint, teljesen megfelel annak, amit papaverin-hatásnak ismerünk, de ez a hatás sokkal erőteljesebb.

3. A kívánt hatást tartós adagolás szükségességénél, lassú hatás elérésére törekvés esetén napi három tabl.-val el lehet érni. Sürgős szükség esetén, ha prompt görcsoldó hatásra kell törekednünk, a bőr alá való injiciálást kell választani 1—3 ccm. mennyiséggel. Bár a perparin intravenás adásakor a legkisebb kellemetlenséget sem észleltük, ezt az alkalmazási módot nem tartjuk szükségesnek, mert a bőr alá adott oldat is 8—10 perc alatt kifejti hatását, másrészt a gyógyszerek intravenás alkalmazása amúgy is szükségtelenül túlteng.

4. A betegágynál szerzett tapasztalataink szerint indicatiós területe elsősorban a gyomor-bélhuzam és epelevezető utak sima izomzatának spastikus állapota: pylorospasmus, bélspasmus, obstipatio spastica, choledochus görcs (epekő, kólika, hurutos sárgaság), ahol hatáserőssége messze felülmulja a papaverinét. Megkísérelhető alkalmazása a bronchusok sima izomgörcsénél. coronaria görcsnél, itt azonban kifejezett, súlyos esetekben egyedül nem képes a szükséges hatás kifejtésére, bár ezen az indikációs területen is erőteljesebben hat a papaverinnél. Fixált hypertoniánál hatástalan.

5. Végül örömmel kell üdvözölnünk azt a tényt, hogy a magyar chemiai tudomány, chemiai ipar e synthetikus vegyülettel ujra bebizonyitja felkészültségét és fejlettségét s hogy a külföldi hasonló célú praeparatumoknál sokkal hatékonyabb készitményt produkált.

Az Országos Társadalombiztositó Intézet Csengeri-u. 3. sz. bőrgyógyászati osztályának közleménye. (Vezető: Steiger Kazal Dezső dr.)

A psoriazis mangán-kezeléséről.

Irták: *Luka István dr.* és *Szegő Pál* dr.

A bőrgyógyászat egyik legnehezebben megoldható problémája a psoriasis vulgaris gyógyitása. Alig találunk kórképet, mely hosszadalmasságával és visszaeséseivel hasonló mértékben venné igénybe a beteg türelmét. Eltekintve azoktól az esetektől, midőn a baj másodlagos fertőzések folytán pyodermához, furunkulosishoz vezet, még az enyhébb lefolyású esetek is sok szenvedést okozhatnak. A kézen, lábon, az ízületek felett elhelyezkedő plaqueok sokszor berepedeznek és az igy keletkező mély repedések igen fájdalmasak. Másodlagos nyirok- és nyirokcsomógyuladás nem ritka. A baj kozmetikus következményei orvosilag kevésbé, de szociális szempontból annál fontosabb momentumok. A betegségek jelentkezési helyéül többnyire a ruha által elfedett részeket választja (térd, könyök, kereszttájék), de elég gyakoriak azok a fromák, melyeknél a psoriasis ráterjed a kézre, a hajas fejbőrre és az arcra is. Ritkábbak a körmökre is átterjedő esetek. A

bajnak a test látható, ruhával nem fedett helyein való fellépése bizonyos mértékben hátráltatja a beteget foglalkozásának elvégzésében. Hiába kap bizonyítványt orvosától, hogy baja nem fertőző, sajnos sok esetben mégis elveszti állását. Az állás vesztésen kívül a világ gyanakvása is sokszor elkeseríti a beteg életét. A betegségnek a körömre reáterjedő alakjai sokszor a köröm teljes pusztulását vonják maguk után. A teljes pusztulással nem járó esetek is okozhatnak munkaképtelenséget a körmök törékenysége miatt. A hajas fejbőrön levő elváltozások, bár nem okoznak teljes hajkihullást, a hajszálak vitalitását csökkentik és a hajas fejbőr határán 1—2 cm-el túlérve erősen szembeötlők lévén a fentemlített szociális hátrányokkal járnak.

A fentebb elmondottakból láthatjuk, hogy a psoriazis nem csekély fontosságú baj. Kezelésénél nemcsak a beteg egészségi álapotára, hanem a vázolt szociális momentumokra is tekintettel kell lenni.

A betegség voltaképeni oka a mai napig nincs kiderítve. Gyakori előfordulása nem tudta azt a homályt eloszlatni, mely keletkezésének okát körülveszi. Az utolsó évtizedek orvosi irányai egyre újabb magyarázatokkal szolgáltak (gombás eredet, digestios zavarok, általános konstitutiós dispositio). Az aethyologia szempontjából még nagyon bizonytalan betegség, kezelése is nagyon ingadozó és csak átmeneti eredményekhez vezet. A tüneti kezelés (pikkelyek eltávolítása) bármelyik felfogás mellett sem hanyagolható el. Az oki kezeléseket illetőleg a különböző felfogások alapján a diaetás előírásoktól kezdve a perorális arsenpirulákig egész sorát ismerjük a therápiás eljárásoknak. A therápiának ez a nem egységes volta mutatja, hogy egyelőre milyen tehetetlen az orvosi tudomány ezzel a gyakori betegséggel szemben. Reménykedve és jóindulattal kell tehát fogadnunk minden ujonnan ajánlott szert és komolyan kell vele foglalkozi.

Ujabban bizonyos mangán vegyületekről bukkannak fel a szakirodalomban kedvező vélemények, ehez a kérdéshez óhajtunk mi is hozzászólni. A mangán vegyületek hatásmechanizmusának lényege a szövetek oxidatiójának fokozásában rejlik, ami a bőr azon rétegeiben is érvényre jut, ahol a psoriazis székel: friss eseteknél a stratum granulosum és a Malpighi réteg, chronicus folyamatoknál a stratum cylindricum és subcutis. Ezekben a szövetrétegekben a szervezetbe került mangán a laza kötésben felvett oxigént (labilis MnO) könnyen adja le, ami által a betegség folytán megtámadott sejtek resistenciája állítólag növekedik és a betegség gyógyul. *(Bertrans.) Potrier* szerint a mangán nem közvetlen oxigen leadó anyag, hanem a szövetekben lejátszódó oxidátiós folyamatok katalizátoraként szerepel. Az ilyen anyagnak lipotropnak és dermatropnak kell lennie, hogy a bőr sejtjeinek magjaiba hatolhasson, ahol hemoreceptorok *(Storm van Leauven)* közvetítésével a fentemlített hatást kifejti. Ilyen követelményeknek megfelelő vegyület kevés van. A lipotrop anyagok ugyanis legtöbbször neurotropok is és mint ilyenek az idegelemekre esetleg káros hatásúak, tehát a therápiában használhatatlanok. A mangán ismert oxidátiót fokozó hatása serkentette a kutatókat arra, hogy vele kísérletezzenek. Igy jutottak el a colloidális dispergált mangán vegyületekhez. Angol szerzők *(Searle, Crookes, Malcolm, Morris)* a mangánoxidáción alapuló baktericid hatását feltételezve, genyes folyamatoknál tettek elsősorban kísérletet. Bár az eredmény kielégítő volt, általánosan mégsem tudott a szer elterjedni. *Moore* volt az első, aki a colloidális mangán hatását psoriatikusoknál kipróbálta (1922). Kísérleteit hét év mulva követték *Van Kerckhof* közlései. *Kerckhof* (91 eset) 95% gyógyulást mutat ki. Magyarországon *Nebenführer* számolt be először mangánkezelésekről. Vele egyidőben kezdtük meg mi is kísérleteinket, melyekről technikai okok miatt csak most számolhatunk be.

A colloidális mangán készítmények közül a Psorimangánt választottuk, melyek kísérleteiben *Kerckhof* is alkalmazott. Összesen 27 beteget kezeltünk e szerrel.

Kezelt esetek	Ebből		%-ban		Kezelési eredmény				%-ban				Kedvező eredmény	
	férfi	nő	férfi	nő	gyógy.	javult	relr.	rossz.	gyógy.	jav.	relr.	rossz.	összes.	%
27	20	7	74	26	16	8	3	0	59	29.6	11.4	0	24	88.6

Ezek közül néhány érdekesebb esetet itt említünk.

1. A. K. 36 éves férfi. 7 éve van testén kiütése. Ezen idő alatt különböző therápiás eljárásban részesült, u. m. kenőcsös kezelés, arzénpilulák és injectiók. Hosszabb ideig quarzfény besugárzást kapott. Kiütései sohasem tüntek el. Jól fejlett férfi, egész testén, főleg a feszítő felszíneken 1 pengőstől gyermektenyérnyi nagyságú, plaqueook. Psorimangan kezelést kezdünk, intramuscularisan. Az első injectio után (1 cm^3) kis localis fájdalom és láz lép fel (38.3° C), melyek másnapra megszünnek és a többi injectiót panaszmentesen türi. A hatodik injectio után (2 cm^3) erős hámlás indul meg a kisebb plaquekokban, ekkor 10% pp. kenőcsöt is rendeltünk, főleg a nagyobb plaqueokra, melyeken a hámlás a 10. injectio után indul meg oly rohamosan, hogy a 12. után már el is tünnek. A 16. injectió után már teljesen kiütésmentes és gyógyultnak mondható.

2. R. I. 47 éves férfi, 30 éve szenved psoriasisban, mely idő alatt különböző kezelésben részesült, de főleg az alszár feszítő felszínén lévő tenyérnyi plaqueok nem tüntek el. Az intramuscularis psorimangan injectiót egy cm^3-rel kezdjük, mely után 37.3 fokig terjedő hömérsék jelentkezik, kis localis fájdalommal. Miután sovány egyénről van szó, az injectióhoz kevés novocaint adtunk, mely után a fájdalom teljesen megszünt. A negyedik injectió után az alszáron lévő plaqueok gyulladtak lesznek és localis fájdalmat jelez a beteg, az 5. után hámlás indul meg, a gyuladás egyidejü visszafejlődésével. A 10. után a hámlás erösödik és a 14. injectió után a nagy plaqueok teljesen eltünnek.

3. B. I. 26 éves nöbeteg. 10 éve egész testén kiterjedten pengőnyi psoriaticus plaqueok. Kenőcsös kezelésen kívül arzént és röntgen-besugárzást is kapott. Kiütései e kezelésekkel szemben resistensek voltak. A psorimangan kezelést fél cm-rel kezdtük, lassan emelkedünk és a maximális dosis 1½ cm^3. Ezzel elértük, hogy a hőemelkedés elmaradt és localis fájdalom sem jelentkezett. Az injectiókkal egyidejüleg 5%-os pp. kenőcsöt rendelünk. A hámlás csak a 9. injectió után indul meg (kis dosisok) és csak igen lassan halad előre. A 16. injectió után a plaqueok nagyrésze eltünt és kisebb része egészen halványan látszik. Az eset csak javultnak mondható. A betegnél néhány hónap múlva újabb kúra kezdését javasoltuk.

4. K. K. 38 éves férfi. 12 éve van psoriasisa. Különböző kezelésben részesült ezen idő alatt. 1—2 hónapra el is tüntek kiütései, de csakhamar visszatértek. A psorimangan injectiókat 1 cm^3-mel kezdjük, de a másodiknál és harmadiknál már 1½ cm^3-t adunk. A 3. injectio után a plaqueokon gyuladás lép fel és érintésekor a beteg fájdalmat jelez. A 7. után a gyuladás visszafejlődésével erős hámlás indul meg, a 11. injectió után azok teljesen eltüntek.

5. L. I. 31 éves férfi, 1 éve szenved psoriásban. Az egész teste szabad, csak az alszárakon van nagy férfitenyérnyi kiütése. Három psorimangan injectio után (1—1½, 1½ cm^3) a plaqueok erősen gyulladtak és mindkét alszár duzzadt lesz, fájdalmai is vannak, úgy, hogy 2 napra lefektetjük ½%-os resorcin borogatást rendelünk, erre a gyuladás visszafejlödik és hámlás indul meg. Az erősen hámló felület érzékeny marad. Ezért állandóan 5% pp. kenőcsös kötés alatt tartjuk. Ezalatt folytatjuk az injectiókat és másodnaponként kötést váltunk. A hámlás erősen fokozódik, a foltok kisebbednek, a jobb alszáron a 16., a balon pedig a 20. injectió után tünnek el tel-

jesen. Hat hét mulva a bal alszáron újból megjelenik egy gyermektenyérnyi plaque, de már hat injectió után teljesen eltünik. Négy hónap mulva jelentkezik kontrollvizsgálatra, recidiva nincs, mindkét alszár szabad.

A táblázatból látható, hogy kb. háromszor annyi férfit, mint nőt kezeltünk, kereken 26% nő mellett 74% férfi. Teljes gyógyulás következett be 16 esetben, részleges nyolc esetben. Gyógyult tehát 59%, javult 29.6%, tehát 88.6% sikerült kedvező eredményt elérni, míg az esetek 11.4%-a refraktaeren viselkedett. Rosszabbodást egyetlen egy esetben sem észleltünk. Kísérleteinkben *Moore* és *Kerckhof* adagolási módszere között kellett választanunk. Mi az utóbbi eljárást vettük át. Kezelésünket következőképen végeztük: hetenként előbb egy, később két befecskedezést adtunk emelkedőleg ½ ccm-től 2 ccm.-ig. Egy-egy beteg 12—16 kezelést kapott, a kúra kb. két hónapig tartott. A psorimangánt intramuscularisan adtuk, elvünk lévén, hogy lehetőleg ambulanter gyógyítsunk és elkerüljük a fektetést.

Az intramuscularis psorimangán ugyanis ritkán, sőt mondhatnók sohasam okozhat lázat, az intravenás adagolás mellett azonban gyakran van hőemelkedés. A szer beadása a farizomzat felső külső negyedében történt, lehetőleg hosszú tűvel, hogy az anyagnak a zsírszövetbe való jutását meggátolják. Néha különösen nőbetegek, fájdalmat jeleznek. 12—24 óra múlva jelentkezhetik lokális fájdalom, mely borogatásokkal hamar megszűnik.

A szer hatását gyakran már az első injectiók után, legtöbbször azonban a 6—8 után észleltük. A pikkelyektől megtisztított plaqueok újabb pikkelyeket nem termeltek. Fokozatosan elhalványodtak és rövidesen csak kisfokú pigmentáció jelezte helyüket. Ujabb eruptiók nem jelentkeztek.

A kezelések megkezdése óta eltelt 9 hónap alatt alkalmunk volt a kezelt betegeinket megfigyelni és újból megvizsgálni. A gyógyult esetek közül nem recidivált egy sem, a javult esetek közül újabb eruptio két betegnél, lépett fel, akiknél az újólag bevezetett kezelés a folyamatot megállította. Az ilyen recidiváló esetben külső vagy belső ártalom a bőr congenitalis túlérzékenységével karöltve hozza létre a betegséget. Ilyeneknél a kezelés nem szünteti meg a bajt, csak progressióját akadályozza, esetleg némi visszafejlődést érhetünk el vele. Lehet u. i., hogy a congenitalis dispozició mellett, csak abban az esetben gyógyítják a psoriasist, ha veleszületett hajlam a bőr oxidatiós tevékenységének csökkent voltában nyilvánul meg. *(Samberger)*.

A psorimangán alkalmazása mellett különösen a kezelés megkezdésekor sohasem szabad elhanyagolnunk a kenőcskezelést, ami a pikkelyek eltávolítása céljából történik és bizonyos fokig meleg szappanos fürdőkkel is pótolható. A pikkely eltávolítás külső eszközökkel történjék, mert a pikelyétől megszabadított psoriásisos terület sokkal jobban reagál a mangánkezelésre. A magas arányszámú gyógyulás a kezelés kényelmessége és veszélytelen volta a psorimangánnak fontos helyet biztosít a psoriásis elleni küzdelemben. Nem elhanyagolható fontosságú az a körülmény sem, hogy a psoriasis hosszadalmas, néha évekre terjedő kezelését két hónapra csökkenti a szer, ami különösen dolgozó betegeknél nagy szociális fontossággal bír. Az a 9 év, amely az első kísérlet óta eltelt, nem cáfolta meg, sőt megerősítette a szerben vetett reményt. Semmit sem von le az értékéből az, hogy egyes esetek refraktaeren viselkedtek. Tudjuk, hogy bizonyos betegségek kimondottan suveraen ellenszerükkel szemben is makacsul viselkednek (malária a chininnel, seropositiv lues a salvarsannal, seborrhoea a kénnel szemben). Kimondottan az az érzésünk, hog a mangánkészítmények által a psoriasis elleni armaturánk határozottan gazdagodott.

A Szent István közkórház bőr- és nemibeteg osztály közleménye. (Főorvos: Guszman József dr., egyet. c. rk. tan.)

Vizsgálatok a luetin-reactió jelentőségéről.*

Irta: *Sulyák István* dr. segédorvos.

A syphilisben szenvedő betegeken régóta próbálkoztak főleg lueses eflorescentiák nedvével, vagy lueses szerv-extractumokkal specificus allergiás bőrreactiót teremteni. Az eredmények ellentmondók voltak, amíg a szerzők saját maguk készítette, más-más eljárással nyert kivonatokat használták. Egységesebb eredményeket akkor kaptunk, amikor *Noguchi*-nak tiszta spirochaeta-tenyészetet sikerült előállítani. A szerzők legnagyobb része akkoriban ezen *„kultur-luetinnel"* végezte vizsgálatait. A kulturluetin bőrreactiójának kifejlődéséhez azonban, mint ismeretes, hosszú idő szükséges, általában 5—10 nap alatt éri el maximumát, ezzel szemben a lueses szervkivonatokkal végzett cután-reactio rendszerint 24—36 óra alatt fejlődik a tetőpontjára. Főleg ez a körülmény terelte a figyelmet ismét az úgynevezett *„szerv- (organ-) luetin"* felé. *Nakanó* lueses máj extractummal, *Müller* és *Stein* lueses nyirokcsomó kivonattal dolgozott, de a szerzők legnagyobb része a *Busson*-féle organ luetinnel végezte vizsgálatát. Az eredmények a kétféle luetinnel lényegében megegyezők.

A luetin-reactiót a szerzők egy csoportja specificus allergiás bőrreactiónak tartja, így ez alapon *Dujardin* és *Duprez* a syphilis lefolyásában két szakaszt különböztet meg: 1. *allergiás* szak, ahová főleg a tertier syphilist sorozzák és 2. *anergiás* szak, szerintük a syphilis többi stadiuma. Más szerzők szerint a reactio nem specificus s létrejöttének oka a syphilises egyének bőrének nem fajlagos, fokozott érzékenysége *(Kolmer, Smith, Dudley,* stb.)

Egyesek azt tapasztalják, hogy a kezelt syphilises egyéneken gyakrabban positiv a reactió. *Strickler* adatai szerint salvarsan adása után 21%-ról 53%-ig emelkedett a positiv reactiók száma. Abban leginkább egyet értenek a szerzők, hogy a luetin-reactio a specificus kezeléssel nem befolyásolható olyan értelemben, mint azt a Wa. r.-nál általában látjuk. Olyankor, amikor a kezelés folytán már a Wa. r. negativvá vált, a luetin-reactio mindinkább nagyobb százalékban lesz positiv, vagy ha megelőzőleg is positiv volt, a kezelés hatása alatt rövidesen aligha válik az negativvá. *Skalveit* 10 paralysisben szenvedő betegnél malária kúra előtt és utána is végzett luetin-reactiót és megállapította, hogy a malária a bőr allergiát nem változtatja meg, nem úgy, mint a központi idegrendszerét.

Strickler Albert és *Asnis* szerint a luetines cután reactio szöveti szerkezete oedemából és a mélyebb szövetekben található leukocyta felhalmozódásból áll, amíg a *Pirquet*-féle tuberculin reactio alkalmával felületes lymphocytás beszűrődés lelhető. *Herb* a luetin reactio helyén is lymphocytás beszűrődést talált, szerinte a fehérje természetű anyagok a bőrben leukocytosist, míg az előlt microbák, így a spirochaeta kulturák is lymphocytás beszűrődést okoznak.

Osztályunkon 171 esetünkben a luetin-reactióhoz a *Müller*-féle *luotest* készítményt használtunk s abból az alkar hajlító oldalán 0.1—0.2 ccm.-t adtunk intracutan. A reactiót kipróbáltuk a szerzett syphilis minden szakában, valamint osztályunkra került minden congenitalis syphilisesen is, azonban ily esetünk kevés volt, minthogy az utóbbi időben a congenitalis esetek száma mindinkább csökken.

* Előadatott a Dermatologiai Társaság 1930. nov. 14-iki ülésén.

A reactio megítélésénél tekintettel voltunk annak nagyságára és arra, hogy mennyi idő multán éri el fejlődésének tetőpontját. A reactio nagyságában három fokozatot különböztetünk meg; ha a reactiós urtica a tetőpontján fillérnyi terjedelmet ér el, akkor +-el jelöljük; fillértől pengő nagyságig: ++; pengőnél nagyobbakat pedig: +++. Egy esetünkben a reactiós papula szétesett és kifekélyesedett: 30 éves latens lues congenitában szenvedő férfi betegünkön 7 nappal az intracutan oltás után, annak helyén lencsényi fekély támadt, mely pár nap alatt spontán gyógyult. Három esetünkben papulo vesicula fejlődött ki reactióképen. Kettő lues malignában szenvedett, egy pedig: 32 éves lues latensben és erythema nodosumban szenvedő nőbetegre vonatkozik, akinél az erősen positiv luetinreactio középen lencsényi papulo-vesicula volt látható. Egyébként bár gyakran láttunk akár gyermektenyérnyi, élénk vörös, kiemelkedő s néha fájdalmas reactiós urticát, de lymphangoitis, vagy lymphadenitis csak egy esetünkön mutatkozott. 43 éves lágyszájpad gummában szenvedő nőbetegünkön 24 órával 0.1 ccm. *luotest* adása után 5 pengőnyi urtica fejlődött ki, közepén infiltrált fillérnyi papulával, a góctól kiindulva pedig az alkar hajlító oldalán a felkar belső felszínére huzódó tollszárvastag kb. 10 cm. hosszú, élénk vörös lymphangoitises csík volt látható.

171 esetünkből 7 manifest primaer luesben szenvedett. Ezeken egy positiv reactiót sem kaptunk, ez egyezik *Wolf, Stilenkov, Noguer* és más szerzők tapasztalatával. Ezzel szemben *Fleischmann* és különösen *Justus* számol be feltünően sok positiv eredményről friss manifest lues esetén, *Ward* 27%, *Lehner* és *Rajka* primaer és secundaer eseteknél összevéve 32% positiv eredményt észlelt.

19 manifest secundaer lues esetében végeztük el a reactiót. Positiv reactiót csak két malignus secundaer lues és egy sűrű papulás exanthemás esetben kaptunk, az utóbbiban csak a kura végén és akkor sem kifejezetten.

A többi mind negativ eredményt adott. Két malignus ulcerocrustosus esetünkön kifejezetten positiv (+++), papulo-vesiculás reactiót kaptunk, eme tapasztalatunk is megerősíti *Floischmann* azon állítását, hogy a malignus syphilisnél szabály a positiv luetin reactio.

Öt syphilis transitionalis (II.—III.) esetünk közül két esetben negativ, egy bizonytalan, egy positiv (+) és egy erősen positiv (+++) eredményt kaptunk.

A latens syphilises betegeket két csoportba osztjuk: az 1. csoportba a korai latens syphilises, négy évnél nem idősebb esetek, 2.-ba 4 évnél idősebb esetek tartoznak. E két csoport összehasonlítása különösen jól mutatja, hogy minél régebbi a fertőzés, annál nagyobb százalékban positiv a luetin-reactió. Igy 51 évnél idősebb esetünk közül 12 negativ, 4 bizonytalan és 35 positiv (76.4%) eredményt kaptunk, amivel szemben 30 négy évnél fiatalabb lueses közül 23 negativ és csak 7 positiv (23.33%) reactiót észleltünk. Eme tapasztalatunk megegyezik *Noguer* azon észlelésével, hogy minél idősebb a latens lues, annál inkább positiv a luetin reactio és szerinte a lues idősbbödésével felülmulja százalékos positivitása a Wa. r.-ét is. *Ward* 68%, *Nest* 77% positiv eredményről számol be latens syphilisnél. *Lazarovics* 168 dermatologiailag régi latens betegén, akik nagyobbrészt belső vagy idegrendszeri syphilisben szenvedtek, 129 positiv, 33 negativ és 6 kétes eredményt észlelt. Osztályunkon latens lueses betegeken megfigyeltük egyszersmind, hogy a kezelt esetekben gyakrabban kapunk aránylag positiv eredményt, mint a nem kezelteken. 72 kezelt latens közül 43 positiv (59.7%), 29 negativ, míg 9 nem kezelt közül csak 3 positiv (33.33 %), míg a többi negativ volt.

A régi latens esetek csoportjába tartoznak az idegrendszeri és belgyógyászati syphilisek is. Ilyen esetek osztályunkon gyér számban fordultak elő, mindössze 9 idegrendszeri és 3 belgyógyászati (aortitis) syphilisesen végeztünk reactiót, Különösen az idegrendszeri esetekben kaptunk kevés positiv eredményt, 9 közül csak 4 volt positiv (44.44%), 3 aortitises közül kettő positiv, egy negativ eredményt adott. Ezen eredmények is azt a látszanak bizonyítani, hogy amint a bőr inkább immunis ezen esetekben a betegséggel szemben, úgy itt a specificus, allergiás bőrreactio is ritkább.

Száz százalékban és rendesen igen kifejezett, erős reactiót kaptunk a manifest tertier syphilises betegeken: 25 esetből 22 meghatározott erős (+++) reaciót (egy esetben lymphangoitissel) és 3 közepesen positivat. Gyengén positiv egy sem volt, ép úgy negativ esetünk sem. Gummás betegeink egyúttal Wa. r. positivak kivétel nélkül, így nem volt alkalmunk Wa. r. negativ gummás folyamatoknál a reactió viselkedését megfigyelni. Tertier eseteknél a legtöbb szerző, mint *Wolf, Stilaenkov, Fleismann, Holländer,* stb. 100% positivitásról számol be, míg *Lehner* és *Rajka* 84% positiv eredményt talált.

Tizennégy alkalommal congenitalis syphilisesen végeztünk reactiót: 6 manifest és 8 latens esetünk volt. Congenitalis lueseseken szokatlanul kevés positiv eredményt kaptunk, különösen csecsemőkön és kis gyermekeken még manifest esetekben is negativ volt a reactió. Felnőt congenitalis eseteink közül negativ eredményt kaptunk egy 19 éves keratitis parenchymatosa és lábszár gummában szenvedő nőbetegen. Meg kell említennük, hogy ez volt egyetlen negativ gummás esetünk. Ugyanezen betegen hat héttel az első kúra befejezése után positiv reactiót kaptunk; itt láthattuk, hogy a kezelés positiv értelemben befolyásolta a luetin reactiót. Csak véletlen lehet, hogy ámbár a szerzők gyakran találtak positiv reactiót *(Pichel, Dohrmann* 67%, *Rosica* 80%), nálunk egyetlen keratitis parenchymatosa esetünk is negativ eredményt adott. Általában congenitalis luesnél a szerzők, a tertier syphilishez hasonlóan, nagy százalékban észlelnek positiv eredményt, azonban *Streicher* 161 congenitalis lueses esetében 51 positiv, 45 negativ és 44 kétes eredményt talált.

Megemlítjük, hogy erősen legyengült, elöregedett, cachexiás betegeken rendszerint nem kaptunk reactiót. Ezt látszik bizonyítani 3 inoperábilis carcinoma + lues latensben szenvedő s 4 elöregedett lueses betegünk negativ luetin reactiója. Ezen néhány esetből nem akarunk azonban általános következtetést vonni.

Minthogy rendszerint az osztályon fekvő betegeken végeztük a reactiót, így módunkban állott a betegeket napokon át pontosan észlelni s alkalmunk volt megfigyelni, hogy mennyi idő után fejlődnek a positiv reactiók a maximumra. 171 esetünkből 92 positiv. A positivak közül 56, 24 óra után (60.86%);és 35, 48 óra után (38.04%); egy pedig 72 óra után (1.8%) érte el a maximumot.

A *Müller*-féle *luotest* készítménnyel végzett cutan reactiót tapasztalataink alapján specificus allergiás reactiónak tartjuk, amely, mint ezt általában a luetin reactióról a legtöbb szerző hangsúlyozza, főleg gummás folyamatoknál igen értékes diagnosticus segédeszközünk s ezt bizonyos esetekben döntő fontosságúnak kell tartanunk. Igen megbízható diagnosticus segédeszközünk lehet a régi, 4 évnél idősebb, különösen a kezelt, esetleg már Wa. r. negativ latens syphilises esetekben, továbbá a manifest és latens congenitalis syphilis, valamint a syphilis malignus alakjainál. Primaer és secundaer esetekben általában negativ eredményt kaptunk és éppen így nem képesek ezen ingerre allergiás reactióval felelni a gyengén fejlett és táplált csecsemők, valamint az elaggott, legyenült cachexiás egyének.

Végül szükségesnek tartjuk a fentiek alapján az orvosi körök figyelmét felhívni a luetin reactio gyakori vég-

zésére, egyrészt mert a késői syphilis diagnosticájában a Wa. r.-on kívül igen hasznos kisegítő eljárásnak bizonyult, másrészt, mert a reactio technikai kivitele oly egyszerű, hogy a gyakorló orvos a rendelőjében is elvégezheti.

A Szt. Rókos-kórház I. sz. belosztályának közleménye. (Főorvos: Ritoók Zsigmond dr. egyet. c. rk. tanár.)

Halálos paraldehyd mérgezés.

Irta: *Balázs Gyula* dr., adjunctus

Sch. M.-né 43 éves nőt hozzátartozói egy reggelen eszméletlen állapotban találták. Hozzátartozói utoljára előző este kb. 9—10 óra között látták. Az esethez kihívott mentők a beteget ismeretlen mérgezéssel osztályunkra szállították.

Felvételkor (d. e. 10 óra) a beteg teljesen eszméletlen, a legerősebb ingerekre sem reagál. Az arcán és a végtagjain cyanosis. Pupillái tágak, fényre nem reagálnak. Patellaris reflexe nem váltható ki. A telt hólyag eléri a köldök magasságát. Katheterrel a hólyagból 1200 ccm. sajátságos aromás szagú vizeletet kapunk. Légzése felületes, ritka, kihagyó, száma percenként kilenc. A kilehelt levegőnek szintén aromás, a paraldehydre emlékeztető szaga van. Az aromás szag a betegtől másfél méterre is jól érezhető. Pulsusa középtelt, rythmikus, percenként 104. Vérnyomása 100 Hgmm. RR. A jobb farpofán kb. tenyérnyi, szabálytalan szélű, az alapból alig kiemelkedő erythemaszerű bőrelváltozás. Hasonló, de kisebb terjedelmű bőrtünet mindkét alkaron, melyek majdnem symmetrikusan helyezkednek el. A tüdők és a szív felett lényeges eltérést nem találunk. Tekintettel a mély comára és a paraldehyd szagú vizeletre és leheletre a kórismét paraldehyd mérgezésben állapítjuk meg.

Therapia: gyomormosást a mérgezett súlyos állapota miatt nem végezhettünk, ami a mérgezés további lefolyását amúgy sem befolyásolta volna, tekintettel, hogy a mérgezés után kb. 10 óra telt el, amit a maximalisan telt hólyag is bizonyít. A fenyegető légzésbénulás ellen szénsav belégzést és intravenás lobelint adunk, majd cardiazolt és strychnint is. E beavatkozások után a légzés mérsékelten javult, amennyiben a légvételek valamivel mélyebbé váltak és szaporábbak (percenként 12) lettek. Lumbalpunctiót is végeztünk: a lebocsájtott (20 ccm) liquor közepes nyomás alatt ürült. A javulás azonban csak mintegy ¾ óráig tart és újból a légzőcentrum bénulása jut érvényre kifogástalan szívműködés mellet,. Therapia: pulmotor, O_2 és CO_2 inhalatio, lobelin, cardiazol.

A mérgezett légzése ismét javult, a cyanosis a pulmotor után lényegesen csökkent. A pulsus teltebbé vált. Ezen idő alatt (kb. 1½ óra) az előbb leírt bőrtünetek lényeges változáson mentek át. A jobb farpofán levő erythemaszerű elváltozás a bőrnivóból erősen kiemelkedett s színe kifejezetten vörös lett. A két alkaron levő, de területileg kisebb bőrelváltozás helyén a jobboldalon bulla képződött, a baloldalon pedig a bullaképződés megindult.

A második javulási időszak sem tartott sokáig: ¾1 órakor hirtelen, egy perc alatt, teljes légzésbénulás lépett fel, a mérgezett arca cyanotikus lett, légzése kihagyott, de pulsusa még teljesen jó volt. Azonnal mesterséges légzést és intravenás lobelin injectiót alkalmaztunk. A mesterséges légzés harmadik percében az arc hirtelen elsápadt, a mérgezett pulsusa nem tapintható, sőt a szívhangok sem voltak hallhatók. A légzőcentrum bénulásához szívbénulás is csatlakozott. Az intracardialis tonogen injectio és a tovább folytatott mesterséges légzés eredménytelen maradt, a mérgezett a beszállítás után három órára meghalt.

Sectiós lelet: (Post mortem 4-ik nap). Az ajkon, nyelven, foghúson, lágy szájpadon kóros elváltozást nem látunk. A nyelőcső falának színe a légcső oszlásának magasságától kezdve feltünően fehér, miáltal élesen elhatárolódik a felette levő nyelőcső részlettől. A környezettől való elhatárolódás a gyomor cardialis részletén is kifejezett. A nyelőcső felső szakaszában a fedőhám exfoliatiója észlelhető. Alsó harmadában a mellső falon két mogyorónyi tractiós diverticulumot találunk. A gyomor homokóra alakú, alakja húzásra nem egyenesíthető ki. Nyálkahártyája a funduson vizenyősen duzzadt, apró pontszerű vérzések vannak rajta. A gyomorfalon a „magenstrassenak" megfelelően a nyálkahártya redőzete teljesen eltünt, a pars praepyloricaban, sőt a pylorus alatt a duodenum kezdeti szakaszán is, mintegy 4 cm-nyi darabon ilyen teljesen kisimult nyálkahártya részletet látunk. A duodenum következő része, valamint a vékony és vastagbelek szabadoknak mondhatók. Az elsimult nyálkahártya színe egészen világos fehéres szürke, a gyomor fala ezeken a területeken mintegy 4 mm. vastag és tömött tapintatú. Metszéslapján a feltünően fehér nyálkahártya alatt a barnásvörös színű izomréteg tünik szembe. A serosán kóros elváltozást nem látunk. A gyomor felvágásakor erős, paraldehydre jellegzetes szagot érzünk, ez a szag a gyomor nyálkahártyáján boncolás után még három óra mulva is érezhető. Szív: jobb szív diastoleban, bal szív systoleban. A vér feltünően habos, alvadék a szívben nincsen. Vér: mindenütt folyékony s apró gázhólyagcsákkal telt. Agy: mérsékelt vizenyő, erek tágultak, habos vérrel teltek. Tüdők, bővérűek, pleura alatt pontszerű vérzések, mellhártya alatt igen sok, ujjal elnyomható, apró gázhólyagcsa. Máj: bővérű. Lép: pangásos bővérűség. Vesék: pangásos bővérűség. Genitaliák: kóros elváltozás nincsen.

Szöveti kép a kis görbületről és pylorusról: A gyomor nyálkahártya redőzete eltünt, a gyomor mirigyek nagyrészt elpusztultak, a megmaradt mirigyek kitágultak és váladékkal teltek. A nyálkahártya legfelületesebb része igen gyenge magfestést ad, az erek nagyobbrészt elzáródtak. A mirigyek közti kötőszövet lobosan beszűrődött: a lobsejtek lymphocytákból és egy-egy plasmasejtből állanak. A submucosaban és az izomnyalábok között a kötőszöveti rostok felszaporodtak és részben hyalinosan elfajultak. *(Gaál A. dr.*

Paltauf és *Berlioz* paraaldehyd mérgezés után a gyomor falát fehéres szürkén elszinezettnek és megvastagodottnak találták. Esetünkben a paraldehyd behatásának csak a fundus nyálkahártyájának vizenyős duzzadását s a rajta észlelt pontszerű vérzéseket tartjuk, a nyelőcső s a gyomor említett részeinek elváltozását pedig valamely régebbi, talán öngyilkossági szándékból bevett marószer okozhatta. Feltevésünk mellett szól a szöveti kép is, ami kétségtelenné teszi az észlelt elváltozások idősült voltát. A boncolásnál észlelt habos vér post mortalis jelenség.

A paraldehyd az aethylaldehyd polymerisatiós terméke. Kellemetlen szagától és ízétől eltekintve a szerzők a legideálisabb altatók közé sorolják. Hatása gyors és megbízható. Az általa elért alvás mélység és tartam elegendő. Hosszabb használatnál is ártalmatlan s a felébredés után bágyadtság és munkaképesség csökkenés nem következik be.

E jó tulajdonságok mellett egyes szerzők még külön kiemelik, hogy a légzést, a szívedényrendszert és az anyagcserét medicinalisnál nagyobb adagokban sem zavarja. Ezek miatt külföldön, különösen Angliában és a psychiatriában kedvelt és sokat használt hypnoticum.

Az említett jó tulajdonságai mellett, kellemetlen íze és szagán kívül hátránya még, hogy használatánál elég hamar áll be megszokás s emiatt az adagot állandóan emelni kell. Mivel a paraldehyd kiválasztása a vizelettel, a tüdők és kis fokban a bőr által történik, a kilehelt levegő még 24—48 óráig, sőt néha három napig is paraldehyd szagú lehet. *Renner* szerint azonban ez csak ritkán fordul elő, sőt paraldehyd mérgezéseknél hiányozhat is. (?). Paraldehyd szedése után a következő melléktüneteket észlelték: *(Lewin)* gyomor-bélpanaszok, scarlatszerű bőrpírt, a felső végtagokon symmetrikusan elhelyezkedő erythemaszerű bőrtüneteket, néha papulákat és egy esetben bullaképződést is. Ezek a tünetek rendszerint akkor léptek fel, ha a bevétel előtt a betegek alkoholos italokat is fogyasztottak. Néha a bevétel után rövid ideig tartó psyches izgalom is jelentkezett. Torokszárazság, szomjúság és fejfájás a gyakoribb melléktünetek. Toxikus adagok után mély coma, légzőcentrum és szívbénulás következik be, tág pupilla és cyanosis mellett *(Lewin)*. A paraldehyd mérgezés prognosisa az irodalmi adatok után ítélve általában jónak mondható, 40, 60, 100, sőt még 150 gr. (!) paraldehyd bevétele után is gyógyulás következett be.

Renner 1925-ben megjelent Schlafmitteltherapie című és a themát teljesen kimerítő munkájában összesen 6—7 halálesetről tud. Az esetek 90%-a Angliából került ki. *Renner* nem tartja valószínűnek, hogy ezekben az esetekben halálos paraldehyd méregzés történt volna, mert részint aránylag kis adagok szerepeltek, részint azért, mivel ezekben az esetekben a halálok megállapítása úgynevezett „Coroner ítélet"-tel történt, ami Angliában szokásos, ha hirtelen vagy ismeretlen okból történt halálesetéknél el akarják kerülni a felesleges államügyészi vizsgálatot.

Esetünkben kétségtelen, hogy a halált paraldehyd mérgezés okozta. Bizonyítja ezt a pontosan észlelt és jellegzetes klinikai tünetek, a sectiós lelet és a vegyvizsgálat eredménye, mely a liquor cerebrospinalisban nyomokban, a vizeletben azonban igen sok paraldehydet mutatott ki. Sajnos a bevett paraldehyd mennyiséget kikutatnunk nem sikerült.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem orr- és gégekórtani klinikájának közleménye. (Igazgató: Lénárd Zoltán dr., egyetemi nyilv. r. tanár.)

A gégerák sugaras kezelése.

Irta: *Ornstein László* dr., műtőorvos.

A rosszindulatú méh, hüvely- és bőrdaganatok sugaras kezeléssel elért jó gyógyulási eredményei arra indították a sebészeket és gégeorvosokat, hogy a gégerákban szenvedő betegeket röntgen és rádium sugarak alkalmazásával gyógyítsák. Csakhamar terjedelmes és alapvető közlemények jelentek meg a sugaras kezelés alkalmazásának különféle módjairól, az elért és a várható későbbi eredményekről. A szerzők egy része a gyökeres műtétek helyett általában a röntgen és radium kezelést ajánlotta. A másik rész a beteg általános erőbeli állapotától és a daganat kiterjedésétől tette függővé a sugaras kezelés alkalmazását és az operabilitás határán levő eseteknél inkább a műtét mellett foglalt állást.

Krampitz a radiumot tartamazó tubust függő helyzetben laryngoscop segítségével helyezi be a gégébe. *Freer* laryngofissiót végez és az acéltűbe elhelyezett radiumot intratumorosan alkalmazza. A radium kezelés előtt a nyaki mirigyeket röntgennel kezeli. *Werner* és *Caan* a Forest-féle tűket használják röntgen sugarakkal combinálva. *Seitz* és *Wintz* négy oldalról röntgenezik a rákos gégét és a has rákos szerveinek sugárzásához szükséges sugármennyhség 85%-át alkalmazzák. A gégén kívül a peribronchialis mirigyeket is röntgenezik. *Lemaitre* a röntgent előnyben részesíti a radium felett. Több ülésben pár napi időközökben adja a szükséges sugármennyiséget. *Moure* thyreotomia után kitakarítja a daganatot és utána röntgenezteti a műtéti területet. *Batles* három mezőből sugározza be a gégét és 110—120 erythema dosist ad. *Sargnon* először röntgenbesugárzást, majd thyreotomiát végez és 50 milligramm radiumot tartalmazó tubust helyez a felnyitott gégébe 6—8 órára. *Ledoux* először eltávolítja a nyaki mirigyeket, azután thyreotomiát végez és intratumorosan alkalmazza a radiumot. *Ganzales* és *Diaz* kivülről röntgenezi a gégét és a röntgenezés után 3—6 nap mulva thyreotomia útján 5.5 mgr. radiumot tartalmazó tűket szúr a daganatba egymástól 1 cm. távolságra.

A laryngologusoknak a sugaras kezelés értékéről való véleménye és az eredményekről beszámoló adatai nagyon különbözőek.

Seitz és *Wintz* röntgenezéssel két inoperabilis nagykiterjedésű és nyaki metastasissal complicalt daganatot gyógyítottak meg. *Thost* a sinus pirriformisra reáterjedő rákoknál nagyon jó eredménnyel alkalmazta a nagy dosisú röntgenkezelést. *Gluck* és *Soerensen* tapasztalatai szerint a sugaras kezelés nem konkurrálhat a műtéttel. Ők csak a teljesen inoberabilis eseteket kezelik röntgennel és radiummal, amitől azonban semmi eredményt sem láttak. A rák korai időszakában műhibának tartják a radium endolaryngealis alkalmazását. *Albrecht* szintén a radicalis műtétnek a híve. *Freudenthal* és *Kuttner* a sugaras kezelés után semmi javulást sem láttak. *Kofler* 30 mgr. radium alkalmazásával inoperabilis daganatot gyógyított meg, mely több mint egy év óta nem ujult ki. *Hill* rákos mirigyáttételnél contraindicaltnak tartja a radium alkalmazását. *Marschik* egy esetében a radiummal kezelt hangszalag daganat a kezelés után öt hónapra látszólag gyógyulást mutatott, de a szövettani vizsgálat a gyógyulás dacára elszarusodó laphám rákot állapított meg. *Callison* több esetében a daganat a radium kezelés után nagyobb intenzitással növekedett. *Quick* és *Johnson* 20 operabilis gégerákot kezeltek röntgennel és intratumoros radiummal. Ezek közül csak hét volt gyógyult, a kezelés után 8 hó és 3½ év idő között. *Freer* 27 röntgenezett betege közül 15 volt kiújulás mentes. *Contard* 12 betege közül mindössze hét volt 16—24 hónap után gyógyult. *Salinger* 40 beteget kezelt radiummal. Ezek közül csak négy volt 10 hó—3½ év után életben. A többi 36 porc elhalás és porchártya gyulladás után keletkezett sepsisben halt meg. *Ivanoff* a radium kezelés után sok cahexiát észlelt. *Beck* 13 esetéből csak kettő volt két év után életben. *Kahler* az operabilis daganatok sugaras kezelését műhibának tartja. Ő a határeseteket is operálja. A műtét előtti röntgenkezelést helyteleníti, mert az károsan befolyásolja a későbbi sebgyógyulást. 12 külső gégerák miatt operált betege közül öt halt meg, akik közül háromnak a halálát az előzetes röntgenezésnek tulajdonítja.

Hofmeister élesen elzárkózik a sugaras kezeléstől. Tapasztalatai szerint a röntgenezés nagyfokú szövetkárosodást okoz, amely a későbbi műtétet nagyon kedvezőtlenül befolyásolja. Ilyen esetekben nagyon gyakori az utóvérzés és a szövetek elhalása. Az elhalás veszedelme a mélyebben fekvő szervekre is reáterjed. Egy esetében az előzetes röntgenezés után végzett Gluck műtétnek az időtartama a kötőszövet és izomzat hegesedése következtében nagyon elhuzódott, 10 nap mulva pedig a mélyből elhalt szövetrészek lökődnek ki, anélkül, hogy gyulladásos tünetek állottak volna fenn. A halál utáni boncolásnál a

bőr alatti szövetek teljes elhalását találták, amely még a nagy erek adventitiájára is reáterjed.

Jüngling a tübingeni besugárzással kezelt gégerák esetek utánvizsgálatánál megdöbbentő rossz eredményeket látott. Inoperabilis daganatoknál csak a bőrdosisnál kisebb röntgensugár alkalmazását tartja megengedhetőnek.

A röntgenologus *Albanus* tapasztalatai szerint az operabilis esetek röntgensugárzása a szöveteknek olyan elváltozását hozza létre, amely a műtét elvégzését majdnem lehetetlenné teszi.

Az egyetemi orr- és gégekórtani klinikán kilenc gégerákos beteg sugaras kezelését figyeltük meg. A betegek két csoportra oszlanak. Az első csoportba azok a betegek tartoznak, akiket a gyökeres műtét után fellépett inoperabilis recidiva miatt kezeltettünk röntgennel és radiummal. A második csoportba azokat soroljuk, akiknél a gégében levő daganat kezelése előzetes tyreotomia után radiumot tartalmazó tűkkel intratumorosan történt.

Az első csoportba négy beteg tartozik, akik közül hármat röntgeneztettünk, egyet pedig radiummal kezeltünk.

A röntgennel kezelt betegek közül az elsőnél a teljes gégekiírtás után 10 hónap múlva keletkezett a kiújulás a nyak jobboldalán levő nyirokcsomóban. A daganat növekedése közben elérte és infiltrálta a nyelőcsövet is. A beteg két alkalommal kapott röntgenbesugárzást. Először 416—416 r. mennyiséget, másodszor pedig 448—448 r. mennyiséget két-két adagban. A daganat a röntgen kezelés dacára állandóan napról-napra nagyobbodik.

Második betegünknél a Gluck műtét után hat hónapra a kivarrt légcső fölötti nyirokcsomóban lépett fel a kiujulás. A beteg egy alkalommal 448—448 r. mennyiségű röntgent kapott két adagban. A daganat a kezelés után tovább terjedt.

A harmadik betegnél a radicalis műtét után 5 hónapra a nyak baloldalán a kivarrt légcsőtől kb. 3—4 cm-re támadt a recidiva. A beteg két alkalommal 448—448 r. mennyiségű röntgent kapott két adagra elosztva. A daganat növekedése annyira infiltrálta a nyelőcsövet, hogy a beteg táplálkozásának biztosítása végett gyomorsipolyt kellett végeztetni. A daganat a röntgenkezelés dacára állandóan növekedik.

A negyedik betegnél a légcső stoma mellett ezüst forint nagyságú felhányt szélű, bőrrecidiva keletkezett. A rákos fekélyt műtét útján nem lehetett teljesen kiírtani, azért 25.2 mgr. radiumot tartalmazó tubust helyeztünk 24 órára a rákos fekélybe. A daganat pár hét mulva teljesen eltünt, helye behámosodott. A néhány nap előtt történt ellenőrző vizsgálatnál a beteg teljesen jól volt, a fekély helyét heges bőr foglalta el.

Laryngofissio után intratumorosan öt beteg radium kezelését ellenőriztük. A radiumkezelést *Láng* főorvos úr végezte a Pajor szanatóriumbeli alapítványi osztályán. A kezelés kezdetén az öt beteg közül három operabilis, kettő pedig inoperabilis volt.

Az operabilis betegek közül az elsőnél bejövetele előtt 8 héttel légcsőmetszést végeztek. A beteg két év óta volt rekedt és 10 hónapja légzett nehezen. A daganat az epiglottis alsó felét, a baloldali valódi és álhangszálagokat foglalta el és tejesen intralaryngeális elhelyeződést mutatott. A beteg a gégekiírtásban nem egyezett bele és ezért radium kezelést végeztettünk nála. Thyreotomia után 150 mgr. radiumot tartalmazó tubus helyeztetett be 24 órára a gégébe. A kezelés után 4 hét mulva a folyamat lényeges javulást mutatott és a légzés a szájon át, bedugaszolt canül mellett történt. Az első kezelés után öt hét mulva 24 órára 100 mgr. radiumot kapott a beteg a gégéjébe. A második kezelés után szembetünő rosszabbodás jelentkezett. A daganat gyorsan megnagyobbodott és a légzés ismét csak canülön át volt lehetséges. A második radiumozás után négy hónap múlva 18 mgr. radiumot tartalmazó tűket szúrtunk bele a daganatba, amelyek négy napig maradtak a tumorban. Rövid javulás után, három hónap múlva nyirokmirigy áttétellel jelentkezett beteg, aki a további kezelésbe nem egyezett bele. Az első kezelés után, egy év múlva, rákos cahexiában halt meg a beteg.

A második betegnél a rákos daganat a gége belsejét teljesen elfoglalta és reá terjedt az epiglottisra is. Mivel a felajánlott gyökeres műtétbe nem egyezett bele, tracheotomiát és thyreotomiát végeztünk s a daganatba 4 drb. 2 x 1 mgr. és 2 drb. 1 x 1 mgr. radiumot tartalmazó tűt helyeztünk 5 x 24 órára. A daganat hat hét mulva teljesen visszafejlődött a gégében. A kulcscsont alatti és feletti árokban lévő kemény nyirokcsomók azonban dacára a többszöri röntgenezésnek, állandóan növekedtek. A kezelés után 10 hónap mulva a rákos nyirokmirigy a baloldali véna jugularison felmaródást okozott és a beteg hirtelen elvérzésben meghalt.

Harmadik betegünknél a gége ürét mindkét oldalt dudoros felületű daganat foglalta el. A beteg nem egyezett bele a gyökeres műtétbe. A gégébe intratumorosan 10x1 mgr. rádiumot tartalmazó tűt helyeztünk. A kezelés után három hét múlva a daganat lényegesen megkisebbedett, úgy hogy a canült el tudtuk távolítani. A beteg a kezelés után egy hónap múlva tüdőgyuladásban meghalt.

Inoperabilis eseteink közül az elsőnél a jobboldali hangszalagból kiinduló dudoros felületű daganat reáterjedt a nyelvgyökre és a sinus piriformisra. Thyreotomia után intratumorosan 5x1 és 1x2 mgr. rádiumot tartalmazó tűt szúrtunk bele a daganatba, 5x24 órára. A beteg a kezelés után 8 hét mulva jelentkezett ellenőrző vizsgálatra, amely idő alatt 8 kg-ot hízott. A gégében daganat nem volt látható, phonatiónál a jobb gégefal visszamaradt. A légzés a szájon át eldugaszolt canül mellett volt lehetséges. Négy hónap múlva a daganat ismét kiújult, kis dió nagyságot ért el, reáterjedt a nyelvgyökre és a jobboldali garatfalra is. Ujabb kezelésbe a beteg ezúttal nem egyezett bele. Nyolc hónap múlva a rákos daganat a submandibularis árokban áttörte a bőrt. A halál a rádiumkezelés után 1 év mulva következett be.

A másik inoperabilis betegünknek négy hónap előtt teljes gégekiírtást ajánlottunk, de a műtétbe nem egyezett bele. Két hónap előtt életmentés céljából sürgős légcsőmetszést végeztünk nála. Hat hónap alatt a beteg 14 kg.-ot fogyott. A rádiumkezelés előtt a jobboldali kannaporc tájon diónyi dudoros felületű daganat volt, mely reáterjedt a nyelvgyökre és a sinus piriformisra. Thyreotomia után 4x2 mgr. rádiumot tartalmazó tűket helyeztünk a daganatba 5x24 órára. Két hónap múlva a gégében daganat nem volt látható, a jobb hangszálag mozgásában visszamaradt. A beteg zárt canül mellett a szájon keresztül légzett. A kezelés után 1 év múlva a nyelvgyök jobb oldalán mogyoró nagyságú daganattal és a jobboldali submandibuláris árokban kemény, a környezettel összekapaszkodott tumorral jelentkezett ismét a beteg. A rádiumkezelés után 1¾ év múlva a beteg meghalt. A halál oka hirtelen elvérzés volt, amely a jobboldali arteria thyreoidea superiornak felmaródásából jött létre.

A betegeinken tett tapasztalataink szerint a nyirokcsomókban fejlődött és röntgennel kezelt metastasisoknál semmi javulást sem lehetett elérni. Egy bőrrecidiva rádium alkalmazására meggyógyult.

Az intratumorosan alkalmazott rádiummal csak rövid ideig tartó javulást lehet elérni. A daganat csak a felületről oszlik el, a helye behámosodik, a mélyben azonban tovább burjánzik, amint ez *Marschik* esetében is tör-

tént. Néhány hét vagy hónap múlva a daganat az eredetinél nagyobb intensitással növekszik.A kiújulást gyakran a környező nyaki nyirokcsomóban jelentkező áttétel előzi meg. A rákos mirigyek növekedését a röntgenkezelés nem gátolja meg, a daganat belenő a környezetbe, néha az ütő és vivőérek felmaródását okozza és ezáltal mint két esetünkben történt a vérzés, a beteg halálát idézi elő.

A rádiumkezeléssel elért eredmények összehasonlítása a gyökeres műtétek eredményével, megerősíti azon álláspontunkat, hogy minden gégerákban szenvedő betegnél, a határeseteket is beleértve, a gyógyítás megfelelő módjának egyedül csak a gyökeres műtét tekinthető.

Amikor magas életkor a daganat nagy kiterjedése, vagy a szervezet elváltozásai miatt nem végezhető gyökeres műtét, a beteg állapotának átmeneti javítása és lelki nyugalmának fokozása végett indokolt a sugaras kezelés, de ettől tapasztalataink szerint gyógyulást nem várhatunk.

Irodalom: *Thost:* Verhandl. Deutsch. Laryngol. in Kiel. 1913. — *Albrecht:* Versamml. Deutsch. Laryngol. in Kiel, 1914. — *Freudenthal:* Lar. Gesellschaft, Berlin, 1914. I 16. — *Marschik:* Behandlung. Wien, Lar. Ges. 1922. — *Quick—Johson:* Newyork Staate Your. of. med. Vol. 22. — *Freer:* Your. of. the Americ. Med. Asoc. Vol. 79. 19. sz. — *Sargnon:* Arh. inter.de lar. otol. 9. sz. 1923. — *Salinger:* Arch. of otolaryngol. Vol. I. 3. sz. 1925. — *Kahler:* Passof Festschrift 1926. 13. köt. — *Gluck—Soerensen:* Mund und Halsoperationen. — *Hofmeister:* Chirurgie (Garre, Küttner, Lexner).

RÖVID KÖZLÉSEK A TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSI GYAKORLATBÓL.

A szegedi m. kir. Ferenc József Tudományegyetem törvényszéki orvostani intézetének közleménye. (igazgató: Jankovich László dr., egyet. ny. r. tanár.)

A közös fejverőér belhártyájának repedése a nyak szúrási sérülése nyomán.

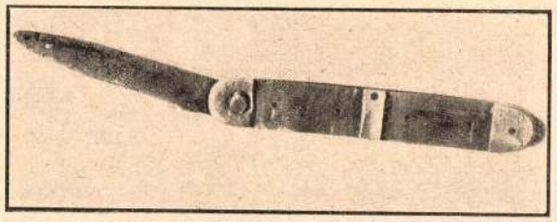
A közös fejverőér (art. carotis comm.) belhártyájának harántirányú repedését, az úgynevezett *Amussat*-féle jelt, mint az *akasztás* egyik biztos, bár nem mindig feltalálható jelét ismertetik a különböző törvényszéki orvostani tankönyvek. Hogy azonban a közös fejverőér belhártyájának ilyen repedése nemcsak akasztás, hanem kivételesen egyéb behatásra is létrejöhet, mutatja egy alább ismertetendő esetünk:

B. A. 52 éves menhelyi lakost, aki állítólagos „tüdőrákja" miatt már napokon keresztül súlyos betegen feküdt szobatársai reggel holtan találták ágyán s csak később vették észre, hogy nyaka elől vérrel szennyezett és rajta szúrási sérülések vannak. A nyomozás során az ágyneműn alig néhány gyermektenyérnyi vérfolt volt s ágyban megtalálták az elhalt tulajdonát képező tompahegyű, csorba élű, beszáradt vérrel szennyezett nyegle zsebkését. (1. ábra.) Minden jel tehát öngyilkosság mellett szólt. A helyszíni hullaszemle alkalmával „belső elvérzést" tételeztek fel s tekintettel az öngyilkosságra a pontos halálok megállapítása végett rendőrorvosi boncolást rendeltek el, amely a következő eredménnyel végződött:

A 157 cm. hosszú, közepesen táplált férfi holttestének külvizsgálatánál a jobb kéz körmeinek és a nyak elülső részének kevés beszáradt vérrel való nyennyeződése mellett csupán az alábbi *külsérelmi nyomokat* találtuk:

1. A nyak elülső részén, a pajzsporc felső széle alatt 1 cm-re kezdődő, a középvonallal párhuzamos s attól 1 cm-re balra levő 8 mm hosszú, 3 mm-re tátongó, alul csúcsban végződő, felső végén kicsiny szövethiddal biró folytonosságmegszakítás látható, amelynek éles szélei közül a jobboldali ferdén letetőzött, környezetét pedig pengősnyi beszáradt vérből álló udvar környezi.

2. Ugyancsak a nyak elülső részén, a középvonalban, a szegycsont felett 3 cm-re, a középvonallal mintegy 45°-os szöget képező, alulról felfelé és balra húzódó 12 mm hosszú, 2 mm-re tátongó, sötétvörös beszáradt vérrel fedett, az előbbihez hasonló jellegű sérülés foglal helyet.



1. ábra. A nyak szúrási sérülését előidéző tompahegyü, csorbaélü zsebkés.

3. A fentiekhez hasonló jellegű, 9 mm hosszú, 2 mm-re tátongó folytonosságmegszakítás található még a jobb oldali fejbiccentő izom elülső széle mentén a középvonaltól 6 cm-re, az állkapocs széle alatt három cm-re is.

A nyak szöveteinek réteges feltárása alkalmával kitünik, hogy az 1. sz. sérülésen keresztül 6 cm hosszú keskeny vérbeszürődéses udvarral övezett, kissé ferdén felfelé, balra és hátrafelé irányuló, fokozatosan keskenyedő szúrási csatorna vezet a bal oldali közös fejverőér elágazódásához, amely kivülről teljesen sértetlennek bizonyul. Felvágása után azonban annak hátsó falán, a ketté oszlás alatt 4 cm-re egy majdnem pontosan harántirányú, 6 mm hosszú zegzugos szélű belhártyarepedés (2. sz. ábra) tünik szembe, amely helyenkint, de főleg a végei közelében vékony szövethidakkal ellátott, fenéken pedig már szabad szemmel is kevés vérzés vehető ki. Az ér belhártyája sima és egyenletes vastagságú, a legcsekélyebb v festenyes beivódás nélkül. A 2. számú sérülés egészen felületesen, csupán a bőrizom (platysma) és a felületes nyaki pólya között ferdén felfelé és balra irányuló 4 cm hosszú szúrási csatornába folytatódik, amely körül kevés

2. ábra. Harántrepedés a bal art. carotis comm. belhártyáján.

vérzéses udvar van. A 3. sz sérülés szintén felületesen a bőrizom alatt kb. 5 cm hosszú, ferdén felfelé és a középporc jobb felső szarvának tövéig terjed. A három szúrás közül egyik sem sértett nagyobb, csupán néhány jelentéktelen hajszáleret, amiből viszont az következik, hogy ezen sérülésekből származó kisfokú vérzés semmikép sem szerepelhetett a halál előidézésében. A halál oka azonban nyilvánvalóvá lett a mellüreg megnyitáskor. Az előzményi adatokban szereplő „tüdőrák" és „belső elvérzés" helyett *rostonyás tüdőgyulladást* találtunk a szürke májosodás szakában, továbbá nagymértékben túltengett (450 gr) és tágult, heges izomzatú szívet, a terimbeles szervek idült pangásos tömörülésével.

3. ábra. Az érfal külső rétegéig terjedő repedés, üregébe hajló belhártyával *a)* és rostonyaszálakkal b).

Számos metszet *górcsövi vizsgálata* alkalmával kiderül, hogy a közös fejverőér belhártyáján talált repedés ráterjed az ér középső rétegének egész vastagságára és a külső rétegnél ér véget. A belhártya felszínesebb rostjai a repedés szomszédságában kissé szétváltak, sőt a legfelszínesebbek fel is emelődtek. A repedés szélét képező belhártyarészlet befordult a sérülés ürege felé, folytatását pedig az egyik oldalon a repedés fenekéig érő és azt kibélelő finom rostonyás szálak képezik. (3. ábra.) A repedés fenekén kevés vérzés s némi fehérvérsejtfelszaporodás is látható. Fala zegzugos s különösen az egyik oldalon, nagyjában a fürész fogazatára emlékeztető kicsiny csúcsban végződő kiszögelések és bemélyedések mutatkoznak. A szakadás oldalfalán mutatkozó rostonyakiválás kétségtelenül vitalis reactio épúgy, mint a repedés fenekén lévő vérzés, továbbá a belhártyának a repedésbe való befordulása is, amely utóbbit nyilván a véráram sodort oda. A fehérvérsejtek nagyobb számban való jelenléte pedig amellett szól, hogy a repedés legalább 1—2 órával a halál bekövetkezése előtt keletkezett. Megerősíti ezt a szúrási csatorna körüli szöveti visszahatás górcsövi képe is (vérzés, fehérvérsejtes beszűrődés). Az izomrostok végének a repedés szélétől való visszahuzódását és felkunkorodását, amelyről *Bőhmer,* mint vitalis reactióról emlékezik meg, nem észleltük. Ennek okát abban látjuk, hogy mi *Bőhmer*-rel ellentétben haránrepedést vizsgálva, a metszést az ér hosszában végeztük, miáltal a media körkörösen futó izomrostjainak keresztmetszetét kaptuk, ami pedig nem alkalmas az említett jelenség megfigyelésére. A makroskopos leletnek megfelelően az érfal egyik rétegében sem találtuk az érelmeszesedésnek nyomát.

Az észlelt repedés keletkezésének módját az 1. sz. szúrási csatorna elhelyezkedéséből úgy magyarázhatjuk, hogy az azt előidéző zsebkést tompa hegye a közös fejverőér elágazódásánál megakadt s az egész eret felfelé, hátrafelé és kifelé tolta, tehát nyújtásnak vetette alá, úgy hogy annak belhártyája és középső rétege megrepedt anélkül, hogy az érfal kivülről megsérült volna.

Az általunk hozzáférhető irodalomban nem találtunk olyan esetet, amelyben a közös fejverőér belhártyájának haránrepedése a fentihez hasonló módon jött volna létre. Mint szokatlan és ritkán előforduló leletet *Friedberg, Lősener, Messerer* és *Ziemke* megfojtásnál haránrepedést, *Bőhmer* pedig egy esetben akasztásnál, egyben pedig a nyak vaslemez által való összenyomásánál hosszirányú belhártyarepedést talált a közös fejverőéren. Ezen esetek mindegyikében a carotis communis összenyomása és nyújtása minden bizonnyal együttesen szerepelt. Hiszen kézzel való megfojtásnál a nyakat szorító kéz könnyen felfelé tolhatja a közös fejverőeret a nyak jól ráncolható mozgékony bőre alatt s így, noha más formában, mint akasztásnál, de végeredményben mégis ahhoz hasonlóan nyomásnak és nyújtásnak veti azt alá. Esetemben az érfal összenyomása egyáltalán nem, hanem kizárólag csak nyújtása szerepelt. Ezen tény — noha egy esetből általános következtetést levonni még nem lehet — amellett szól, hogy a közös fejverér belhártyájának haránrepedése az ér nyújtása alkalmával is előállhat, az összenyomás pedig annak létrehozásához nem okvetlen szükséges. Ebből következtetve azt tartjuk, hogy még akasztásnál is a haránrepedés létrehozásánál a nyomás csak annyiban szerepel, hogy általa az ér rögzül és a repedést magát mégis csak a húzás, illetőleg az ér tulfeszítése okozza. Emmellett szól legalább is az, hogy a repedések nem ott keletkeznek, ahol az akasztási barázda keresztezi a fejverőeret, hanem lejebb. A hosszirányú repedés keletkezését azonban, különösen meszes érfal esetén tényleg az összenyomással kell magyaráznunk.

Végül megemlíthetem, hogy esetem elvi jelentőséggel is bír, bizonyítván, hogy a közös fejverőér belhártyájának haránrepedése nemcsak kizárólag akasztásnál, esetleg megfojtásnál, hanem más módon, az ér összenyomása nélkül, egyedül nyújtó erő hatására és aránylag már kisebb erő alkalmazása mellett is létrejöhet.

Irodalom: *Bőhmer:* Deutsch. Zeitschr. f. d. ges. ger. Med. 10. köt. 175. old. 1927. — *Friedberg:* Virchows-Arch. f. Path. Anat. u. Physiol. 79., 109. 1880. — *Lősener:* Vierteljahrschr. f. ger. Med. u. öffentl. Sanitätswesen. 3. Fog. 36, 1. füz. — **Messerer:** Münch. Med. Wochenschr. 1900. 21. sz. 22 füz. — *Ziemke:* Vierteljahrschr. f. ger. Med. u. öffentl. Sanitäswesen 3. Folg. 37. 2. Supl. 96. 1909.

Fazekas I. Gyula dr.

A m. kir. Erzsébet Tudományegyetem törvényszéki Orvostani Intézetének közleménye. (Megbízott igazgató: Entz Béla dr., ny. r. tanár.)

Újszülöttek halála mennyi idő mulva következik be folyadék és táplálék teljes megvonása esetén? Adatok az életképtelenséghez.

Haberda a gyermekölés térgyalásánál előadásaiban mindíg megemlíti, hogy az újszülöttnek két védelmi eszköze van: a sírás és szívóssága. Titkolt szülésnél akárhányszor találkozik az ember az anyának azzal az állításával, hogy újszülöttjét nem akarta megölni, csupán csak azt akarta megakadályozni, hogy az őt sírásával elárulja. Szívóssága miatt pedig az újszülött alkalmatlan arra,

hogy egyszerűen elrejtve valahol, éhenhalni hagyják. Nem is ezekből, hanem inkább azon esetekből következtetünk az éhhalál bekövetkezéséhez szükséges időre- az újszülöttek szívósságára —, amikor ezek nem az anya akaratán belül nem képesek táplálék és folyadék felvételére, hanem azért, mert ezt a szervezetben talált elváltozások, fejlődési rendellenességek teszik lehetetlenné s ahol más módon, mint pl. bőralatti infusiók alakjában nem is kíséreltek meg táplálékot vinni a szervezetbe, ahol tehát megközelítőleg ugyanazok a külső körülmények vannak meg, mint a kriminális éhhalálnál. Amint látni fogjuk, itt sem tisztán éhhalálról van szó, mert intercurrens betegségek következtében pusztulnak el az újszülöttek. *R. Maier* említ egy esetet, ahol a nyelőcső elzáródásával született gyermek a hetedik napon halt meg. *Hempel* és *Theremin* összeállítása szerint a patkóbél elzáródás eseteiben az újszülöttek átlag 3—5 nap alatt pusztulnak el, egy esetben azonban 12 napig élt az újszülött. *Hofmann* boncolt két újszülöttet, akiknél patkóbélelzáródás volt s akik közül az egyik az 1., a másik a harmadik napon halt meg. Ugyancsak ő boncolt egy újszülöttet, akit anyja a pincében rejtett el és három nap mulva halva találta. Ebben az esetben természetesen nemcsak a táplálékmegvonás, hanem egyuttal az újszülöttnek valószínűleg erős lehülése is szerepet játszott a halál bekövetkezésében. Minthogy azonban patkóbélelzáródásnál a szervezet a gyomorba került tápláléknak egyik részét felszívódás révén értékesítheti, azért ezt az éhhalál idejének meghatározásánál nem vehetjük mértékadónak, addig a nyelőcső elzáródás eseteiben, ahol táplálék egyáltalán nem juthat a gyomorba (ha csak más úton nem visznek be tápláló folyadékot a szervezetbe), a halál bekövetkezéséig eltelt idő megközelítőleg egyezhetik az éhhalálhoz szükséges idővel.

Ebben az esetben is, amelyet ismertetni akarok, a nyelőcsőnek teljes elzáródása s emellett légcső-nyelőcsősipoly volt jelen s minthogy az újszülött halála eddig nem tapasztalt hosszú idő mulva következett be: érdemesnek látszik annak megismerése.

19... dec. 1-én született Sch. A. Feltünt anyjának, hogy szopás közben, illetőleg azalatt, a csecsemő mindig rosszul lett, arca „kékes" lett, erősen köhögött, majd hányt, amikor is szemmelláthatólag megkönnyebbült. December 6-án az újszülött anyjával együtt klinikára került, ahol mesterségesen anyatejjel táplálták. A klinikán is a fenti tüneteket észlelték. A csecsemő napról-napra soványodott s a 2200 gr. születési súllyal bíró csecsemő december 14-én lebenykés tüdőgyulladás tünetei között meghalt. Súlya ekkor 1830 gr. volt.

Szervei vizsgálatánál kóros eltérést a lebenykés tüdőgyulladáson kívül a bárzsingon és a légcsövön találtam. A garatbemenettől számítva 35 mm-nyire ugyanis a bárzsing vakon végződött, alsó része zsákszerűen kitágult, fala megvastagodott, nyálkahártyáján az eres rajzolat kifejezett, kissé duzzadt. A légcső oszlási helyén a középvonalban, hátul, a légcső hossztengelyének irányában, a bal főhörghöz egy gondolattal közelebb, mint a jobbhoz, 5 mm. hosszú, 3 mm. széles ovalis nyilást találtam, amelyen keresztül kutatót vezetve a nyelőcsőnek alsó részébe jutottam. A nyelőcsőnek ezt a részét vékony, belvilággal nem bíró (a szövettani készítmények tanusága szerint) izomból és kötőszövetből álló köteg egyesíti a felső, elzáródott nyelőcsőrészlettel, a légcső olyan, mintha hátsó faláról egy harmadik főhörg is eredne. Más lényeges eltérést nem találtam. Dg. atresia oesophagi. Fistula oesophagotrachealis, bronchopneumonia putrida deglutatoria.

Sirot az irodalomban 1900-ig 75 ilyen esetet említ meg. (A nyelőcső-elzáródásról nem közöl számszerű adatokat). Valószínű azonban, hogy a nyelőcső-légcső sipolyoknak a száma jóval nagyobb, minthogy azonban közlésre nem kerülnek, azért az irodalom számára elvesznek. A pécsi kórbonctani intézetben hat év alatt hat ilyen esetet észleltem. A többieknek a felsorolását mostan mellőzöm.

Azokban az esetekben, ahol az irodalomban ilyen leletről tesznek említést, a halál 12 óra—8 nap alatt következett be. A fejlődési rendellenességeknek ezzel a fajtájával világrajött újszülötteknek eme két szervét az jellemzi, hogy 1. a nyelőcső bizonyos magasságban elzáródott; 2. a nyelőcső alsó részlete felfelé vagy rendes tágassággal halad vagy fokozatosan szükülve a légcsőbe vezet; 3. összeköttetés van a nyelőcső alsó és felső része között, ami a nemperforalt nyelőcsőrészletnek felel meg, 4. egyidejűleg más fejlődési rendellenességek jelenléte, 5. ami pedig a *halálokot illeti:* lebenykés *tüdőgyulladás* (ha ugyan van arra idő, hogy ez kifejlődhessék).

Valószínű, hogy ha a tüdőgyulladás nem lép fel, akkor az újszülött még tovább élt volna. *Askanázy* azt mondja, hogy éhhalálnál a testsúlynak 40%-a vész el hamarosan. Esetünkben a csecsemő cspán 16.8%-a vesztette el eredeti testsúlyának, amikor meghalt. Tulajdonképen éhhalálról itt sem beszélhetünk, hanem azt lehetne mondani, hogy nyelőcső-légsipoly eseteiben, amelyhez mindig tüdőgyulladás járul és ha egyúttal a nyelőcsőnek elzáródása van jelen: a táplálék és folyadékfelvétel nélküli élet nagyon hosszú ideig tarthat. Említett esetben az újszülött életének tartama 13 és fél nap volt.

Beöthy Konrád dr.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Vérsejtsülyedés vizsgálata mikromethodussal. *Rau:* (Deutsche med. Wschr. 1931. 33. szám.)

A vérsejtsülyedést 8000 esetben mikromethodussal vizsgálva, azt tapasztalta, hogy a mikromethodus van olyan megbizható, mint a makromethodus. A kettő között a legnagyobb különbség is csak 15%-ot tett ki. Vizsgálatai alapján a mikromethodus keresztülvitelére 1 mm. széles csövecskét ajánl, ahol a véroszlopot physiologiás citrát oldattal 1:4 arányban keverve 10 cm. magasra kell felszívni, ez a magasság 100-as osztályzattal van elátva. Leolvasás 1 óra mulva.

Kleiner György.

Atrophia nervi optici a hypophysis megbetegedésével kapcsolatban. *Meisner.* (Deutsche med. Wschr. 1931. 32. sz.)

Hypophysismegbetegedés által okozott atrophia nervi optici két esetéről számol be. Egyiknél első tünetként paracentralis temporalis scotoma volt kimutatható mindkét oldalt, de csak piros színnel szemben, a baloldali papilla temporalis felének elmosódottságával. Később romlott a látásélesség és piros színnel szemben mindkét oldalt hemianopsia fejlődött ki a temporalis és felső quadransban, ugyanekkor fehér színnel szemben csak scotoma volt kimutatható. A második esetben piros színnel szemben teljes hemianopsia temporalis volt, ugyanekker a fehér színnel szemben sokkal kisebb látótérzavar. Ez az eset dystrophia adiposogenitalisnak bizonyult a sella turcica lényeges usuratiójával.

Kleiner György dr.

Az anaemia perniciosa kezeléséhez. *Stieger:* (Deutsche med. Wochenschrift 1931. 31. szám.)

A májkészítményeknél arra kell törekedni, hogy azok a hatóanyagot minél tisztábban tartalmazzák. Igy kisebb adagok is elegendők lesznek, mint amekkorákat általában alkalmaznak és per os is ugyanolyan jó hatásokat várhatunk, mint injectiók utján. A májextractumoknak késői hatásuk is van, ezért felesleges azokat naponta adni, hanem bizonyos időn át való adagolás után hosszabb szüneteket lehet tartani.

Kleiner György dr.

Haemorrhagiás diathesis salvarsan után. *Finkelstein. (Deitsche med. Wschr. 1931. 31. szám.)*

Salvarsan kezelés után haemorrhagiás diathesis tüneteit észlelte betegén. Lábain haemorrhagiás foltok jelentek meg, a thrombocytaszám 150.000-re esett. A haemorrhagiás tünetek egy hónap múlva elmultak és thrombocyták száma 450 ezerre emelkedett.

Salvarsankezelés utáni aleukia haemorrhagicát már *Gorke* ismertette. A megbetegedés leukopeniával, lypmhocytosissal, thrombopeniával és vérzésekkel jár, kimenetele laethalis lehet.

Kleiner György dr.

Migraine kezelése a hypophysis elülső lebeny hormonjával. *Klausner—Cronheim.* (Deutsche Med. Wschr. 1931. 34. sz.)

Súlyos migraines rohamokban szenvedő asszonyoknál gyakran tapasztalták, hogy a rohamok elmaradnak, amikor a beteg teherbe jut. Kézenfekvő volt ennek okát olyan anyagban keresni, ami a terhesség alatt nagyobb mennyiségben termelődik. Ilyen anyag a hypophysis elülső lebenyének a hormonja, amit a fentiek alapján migraine gyógyítására 13 esetben tett kísérlet tárgyává. Három esetben hatástalan volt, hét esetben igen jól használt, három esetben a migrainre ugyan jól hatott, de menstruatiós zavarokat okozott. A szert peroralisan adta, még pedig naponta 3x1 tabletta (= 450 egér egység) Prolan alakjában.

Kleiner György dr.

Sebészet.

Az elhúzódó callusképződésről. *Michaelis,* Breslau. (Bruns Beitr. 153. 1.)

Az utóbbi években feltünően megszaporodott lassan gyógyuló csonttörésekről szerzőnek az a véleménye, hogy a háborús éhezések következménye; támogatja ezt a néztet az a tapasztalat, hogy főképpen osztrák és német birodalmi fiatalembereknél figyelhető meg a lassúbb, elhúzódó csonthegképződés. Érdekes, hogy az 1918—22. évek éhezési osteopathiáival szemben, melynek tüneteit majdnem mindig vézna, beteges embereken észlelhették, az elhúzódó callusképződés legtöbbnyire erős, izmos embereken figyelhető meg. Sok szerző nem constitutionális okokban, sem pedig táplálkozási hiányokban, de az utóbbi évek szaporodó nehéz ipari és közlekedési baleseteiben keresi és véli is megtalálni a lassúbb csonttörés-gyógyulás okát. Mások megint az utóbbi időben divatossá lett drotextensio tulzásbavitt széjjelhúzó hatásában, vagy pedig a tulságos hamar megkezdett végtagmozgatás és massageban látják a lassú gyógyulás magyarázatát. Nehéz törések beigazításánál gyakran készített röntgenfelvételek és átvilágítások kimutathatóan nem képesek befolyásolni a törés-gyógyulást. Amennyire jók műtéti eredményeik álízületnél, olyan rosszak elhúzódó csonthegképződésnél. De semmiféle gyógyszeres vagy diätás kezelés sem segit tapasztalataik szerint, hanem egyedül a türelmes várakozás az, ami végeredményben meghozza ennek a kellemetlen, pénztárakra rendkívüli anyagi megterhelést jelentő állapotnak a végét. Ameddig a normális és pathologiás csontújképződés bonyolult folyamatába a mainál sokkal mélyebb betekintésünk nem lesz, nem fogjuk tudni sem megmagyarázni, sem pedig kedvező irányban befolyásolhatni a most kétségtelenül folyton szaporodó lassú csonthegképződést.

Marx József dr.

Vállízületi rándulások kezelése. *Böhler L.,* Wien. (Monatschr. f. Unfallheilk., 1931. 3. sz.)

Böhler szerint a vállízület rándulása után aránylag gyakran hosszú ideig nyomásérzékenység marad fenn és a kar emelése és forgatása hónapokig, sőt évekig korlátozott maradhat, ami a sérültet különösen fésülködésben és öltözködésben nagyon akadályozza A vezetése alatt álló bécsi baleseti kórházban az az eljárás, hogy minden 30 évnél idősebb sérültnél, aki a sérülés után karját nem tudja oldalt emelni, hosszabb időre *Böhler*-féle abductiós-sínre helyezik a kart; ilyen kezelés mellett *Böhler* szerint a panaszok rendszerint gyorsan és véglegesen megszünnek; még régi sérüléseknél is, amelyeknél hónapokon keresztül folytatott más kezelsi eljárások nem használtak, az abductiós-sínen nagyon gyors javulást szokott észlelni.

Lévai György dr.

A szív lövési sérülése. *Felsenreich,* Wien. Ztrbl. f. Chir. 1931. 35.)

Betegénél az V. bordaközben j. o. hatolt be a golyó a sternum szélétől két cm.-nyire s b. o. a gerincoszlop mellett volt hasonló magasságban. Az ált. állapot aggasztó volt. Mivel súlyosabb vérzés nem volt, várakozó álláspontra lehetett helyezkedni. A beteg 0.02 gr. morphiumot kapott, mire pulsusa javult és a nyugtalanság is megszünt. Schock és szívnyomás közt kellett különbséget tenni. A pericardium punctiójakor 50 ccm. venosus vért szívott ki, mely alacsony nyomás alatt, néha pulsálva ürült. A lőcsatorna szerint a jobb pitvar vagy a vena cava sérülésére kellett gondolni. Súlyosabb kamrasérülését a nagyobb szívnyomás tünetek hiánya miatt ki lehetett zárni, ép így az erősen vénás vér miatt a pulmonalisnak vagy az egész bal szívfél sérülését is. A beteg konzervativ kezelésre meggyógyult. Pitvarsérülések mindig máskép bírálandók el, mint a kamrasérülések, ú. i. a szívburok és a pitvar közti nyomáskülönbség elég könnyen kiegyenlítődhetik anélkül, hogy a vérkeringés lényegesen sérülne. Jogosult volt a konzervativ kezelés mivel a szívbasis hátsó és jobb oldalának varrata a sternum felezése nélkül úgyszólván lehetetlen. Utóbbi mütéti eljárás prognostikai eredménye pedig absolute rossz. Ajánlja ilyen esetekben a morphium adagolását és a pericardium punctióját.

Guszich Aurél dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Életveszélyes thrombopenicus méhvérzés. Lépkiirtás. Recidiva. *B. Zondek.* (Zentralbl. f. Gyn., 1931. 22. sz.)

Hét éven át kezelt egy 32 éves nőbeteget, akinél több izben nagyon erős menstruatiós vérzés lépett fel. Lépkiirtás után 4½ évig normalis menstruatiója volt, majd hirtelen újból erős méhvérzés lépett fel, melyet vértransfusio és csontvelőbesugárzás megszüntetett. Az erős méhvérzés oka essentialis thrombopenia volt, ahol klinikai tünet sokszor csak maga az erős méhvérzés (orrvérzés, foginyvérzés, bőrvérzés nélkül), véranalysisnél pedig hosszú vérzésidő rendes alvadási idő mellett a thrombocyták kevesbbedése, positiv Rumpel—Leedetünet. Ezen betegség helyes kezelése a vértransfusio és a csontvelőbesugárzás s ha ezek eredménytelenek, csak akkor lépkiirtás.

Kárpáti József dr.

Zsírok placenta útján történő átjutása. *W. Bickenbach* és *H. Rupp.* (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1931. 100 k. I. f.)

A zsírnak anyából-magzatba placenta útján történő átjutását illetőleg a bélben uralkodó viszonyok analógiájára az a nézet uralkodott, hogy ez az átjutás csak is a zsíroknak zsírsavakra és glycerinre történő hasadása után lehetséges. Szerzők végeztek ez irányban kisérleteket s azt találták, hogy a zsírok az anyából a placenta útján a magzatba hasadás és átalakulás nélkül lépnek át. Kísérletükhöz oly zsírféleségre volt szükségük, amely egyrészt a közönséges vérzsíroktól könnyen megkülönböztethető, másrészt pedig amelyet a placenta lipaseja bontani, a szervezet ellenben felépíteni nem képes. Ilyennek találták a zsírsavas methyl és amyl-estereket. Ezeket fecskendezték terhességük végén levő tengeri malacokba és vizsgálták az anyai és magzati vér és szövetek zsírsavas methyl, illetőleg amylester tartalmát. Mivel a foetalis vérben a közönséges glycerin zsírok mellett ezek a bevitt különleges zsírfajok kimutathatók voltak, felvehető, hogy a zsíroknak a placenta útján történő resorpciójához előzetes hasadás nem szükséges.

Pataky László dr.

Sistomensin nagy dosisban. *H. Wintz.* (Münchener Med. Woch. 14. sz.)

Seitz 1912-ben isolálta a corpus luteumból a luteolipoidot és a lipamint. A luteolipoid a placentában is megtalálható. A lipamin (agomensin) a méhnyálkahártya fellazulását idézi elő. A sistomensin hatását nem lehet a stypticus gyógyszerek hatásával összehasonlítani; a sistomensin nem csinál uterus contractiót s hatása nem azonnal következik be. A szerző 12 év alatt különféle eredetü vérzéseknél próbálta ki a sistomensint nagy dosisban. Cikkében 125 sistomensinnel kezelt esetéről (dysmenorrhoea) számol be. Valamennyinél belső secretiós zavarnak tulajdonítja a görcsös vérzést. A fájdalmak már a vérzés kezdetén felléptek s a vérzést végig kisérték; a vérzés minden esetben a normálisnál bővebb volt. 5—6 nappal a várt menstruatio előtt naponta 5 ccm. sistomensint adott injectióban s ez a menstruatio harmadik napjáig folytatja. Ezt a sistomensin-kúrát 4—5 izben kell megismételni, még akkor is, ha közben lényeges javulás állna be. 82 esetben kapott jó eredményt (4—5 hónap alatt eltüntek a fájdalmak s kevesbedett a vérzés), 15 esete nem javult, 28 esetnél nagy javulás észlelhető, de ezek még ma is kezelés alatt állnak.

Kolbe Lajos dr.

Szemészet.

Klinikai és kísérleti adatok a tuberculinreactioról a szaruhártya tuberculosisánál. *Prof. A. J. Samojloff,* Charkow. (Klin. Mon. f. Augenheilk. 1931. aug.)

A szaruhártya tuberculosisának a klinikai képe sokszor annyira nem karakteristikus, hogy még a legfinomabb vizsgálati eszközünkkel, a réseslámpával sem lehet biztos diagnosist mondani. Ezért sok szerző biologiai reactiokkal igyekszik a biztos diagnosisra. Azonban nem minden tuberculoticus egyén szaruhártya gyulladása tuberculoticus eredetü. A szerző nyulak szaruhártyáján létrehozott kísérleti tuberculosisnál figyelte meg a réses lámpával a góc reactiot, melyet teljesen

specificusnak talált s melyet a következők jellemzik: A tuberculininjectio után 2—3 napra az egész szaruhártya infiltratum vöröses lesz a szaruhártya erek vérbősége miatt. Az infiltratumban finom extravasatumok s új capillarisok képződnek. Jellemző az még, hogy ezen reactiot a szem tensiojának kifejezett csökkenése kíséri. A hőmérséklet emelkedés a szaruhártya gócreactioja következményeként magyarázható, mert a tuberculoticus folyamat lokális maradt, 16 tuberculosis corneaeben szenvedő egyénnél szintén elvégezte a gócreactiok vizsgálatát s ugyanolyan réseslámpa leletet talált kifejezett hypotoniával, mint a kísérleti állatokon.

Fodor Géza dr.

Gyermekorvostan.

A skarlát folyamán fellépő ízületi megbetegedés. *H. Zischinsky.* (Jahrb. f. Kinderheilkunde 132. köt. 303. old. 1931.)

A skarláttal kapcsolatos ízületi bántalmakat a saját s más szerzők idevágó észleletei alapján a következőképpen osztja fel: 1. skarlatos rheumatoid: jóindulatú, rendszerint korán fellépő ízületi bántalmak; 2. pyaemiás ízületi gyulladás: áttételen alapuló, de ha monarthritis marad, konservativ kezelésre gyakran ad integrum gyógyuló folyamat. Szerző főleg a 3. csoportot: a késői atypikus ízületi bántalmakat vizsgálta kimerítően 102 eset kapcsán. E csoporthoz tartozó bántalmak megjelenésének gyakorisága a genius epidemicus szerint változó, újabban gyakoribb. E „késői" csoportba a megbetegedés 30. napja után fellépő ízületi bajokat sorozza. Első és második életévben egyetlen esetet sem látott, leginkább a 6 és 7 éves gyermekeknél észlelte. Egy részük láztalanul folyik le, bár az esetek többsége egy-két napig tartó lázzal jár. Ellentétben a rheumatoiddal e késői elváltozásoknál az ízület duzzanata aránylag csekély, annál intensivebbek a fájdalmak. Tartama különböző, monarthritisek 1—2 nap alatt lezajlanak, de előfordul néhány hetes lefolyás is. Fontos ismérve e késői betegségnek, hogy a szívhártya megbetegedése sohasem társul hozzá. Elkülönítése könnyű, úgy a rheumatoiditól, mely az első két hét betegsége, mint a genyes ízületi bántalmaktól. Nehezebb a sokízületi lobtól való elkülönítés, mely egyes esetekben lehetetlen. Mindenesetre döntő a szívkomplicatiók hiánya. E késői ízületi bántalom prognosisa feltétlenül jó. A megfigyelt 102 eset 20.000 scarlatinás megbetegedés közt fordult elő.

Surányi Gyula.

Az újszülöttek pyocephalusa (Meningo-ependymitis suppurativa). *Robert Debré, G. Semelaigne és R. Broca.* (Nourrison 3. sz. 1931.)

A fertőzés kiinduló pontja egy elgenyedt lymphadenitis, köldökgenyedés, kephalhaematoma stb. Gyagran lassan, a fertőző betegségeknél megszokott ijesztő tünetek nélkül fejlődik ki. A kutacs feszes, a varratok tátongók, szemtünetek ugymint nystagmus, strabismus és pangásos papilla fejlődnek ki. Mindemellett hiányozhat a láz, a táplálkozás és a fejlődés kifogástalan lehet. Az öntudat zavart, sopor, coma olykor eklampsia görcsök által megszakítva charakterizálja az állapotot. A lumbalpunctatum nem jellemző, a ventriculus folyadék mindig genyes, a legkülönbözőbb genykeltők tenyészthetők ki belőle. A lefolyás hónapokig húzódhat, az exitus komplikáló betegségek révén következik be. Gyakori a gyógyulás, de mindig súlyos defektusokkal úgymint sekundär hydrocephalus, amaurosis, idiotia. Therapia ismételt ventriculus punctiók.

Kerpel dr.

KÖNYVISMERTETÉS

La construction des Hopitaux modernes et leurs installations. Publié par la Maison *Schaerer S. A.* Berne. Suisse.

E könyvet, mint látható a világhírű *Schaerer* cég maga adta ki mindannak ismertetésére, amit e nagy vállalat gyárt. Szorosan véve talán nincs is ez ismertetésnek itt helye, de mégis elfogadhatónak vélem a vele való foglalkozást, mert amit tartalmaz olyan fontos, hogy az érdekelteknek szinte nélkülözhetetlen.Tevékenykedésük akár laboratóriumban,akár a mütöben attól függ, hogy azok mikép vannak berendezve és boldog az, aki jól felszerelt intézetben dolgazhatik. De minő felelősség van azon — aki ilyen intézet felszerelését vagy megépítését vállalja? E kérdésben *Schaerer* könyve megbecsülhetetlen szolgálatot tesz az érdekelteknek. Nem ismerünk könyvet, amely a kórházépítés és berendezésével ilyen behatóan foglalkoznék, mint az előttünk fekvő munka. Nem reklámkönyv, nem — hogy úgy mondjam — a cégnek csak árjegyzéke, hanem minden kérdést: épületelhelyezés, építési tervezés, berendezés, világítás, szellőztetés, laboratorium, röntgen, stb., stb. specialis berendezéseket igazán tudományos alapon ismerteti. Összehasonlításul számos intézetet ismertet, amelyek sok-sok tanulságot nyújtanak annak, aki a szóban forgó kérdésekkel foglalkozik.

A könyvhöz *De Quervain* berni sebészprofessor írt előszót. Terjedelme 604 oldal. Eddig megjelent német nyelven; — ez volt az első kiadás, melyet a cég *Kocher* emlékének ajánlt, még csak 376 oldalas —; majd spanyol nyelven, most francia nyelven és sajtó alatt van angol nyelven is. E sok kiadás, illetve sok nyelven való megjelenése az ábráktól hemzsegő könyvnek mutatja legjobban, hogy nagy az érdeklődés iránta.

Vidakovits Kamill dr.

Ärtzliche Sachversständige Tätigkeit auf dem Gebiete der inneren Krankheiten. Von Professor Dr. *Julius Löwy,* Prag. (Urban & Schvarzenberg. 1931. 224 oldal.)

A munka érdekes összeállításban tartalmazza azokat a vonatkozásokat, melyek az orvosszakértőt a baleseti és egyéb természetű kártalanítási kérdésekben belgyógyászati téren érdekelheti. A munka 15 fejezete végig vezet bennünket a fertőző betegségeken, a vérkeringési rendszer, a tüdő és mellhártya, az emésztő traktus és peritoneum, a máj a hasnyálmirigy, a lép, uropoeticus szervek betegségein,az anyagcsere a belsösecretió és vérképző rendszer kóros elváltozásain, rosszindulatú daganatok traumás eredetü problémáján az idegrendszer betegségein. A 15. fejezet az orvosi mühibák kártalanítási vonatkozásait tárgyalja. A munkában szerző igen kiterjedten hivatkozik az irodalom adataira és talán a gyakorlati használhatóságnak előnyére szolgált volna ha inkább a saját tapasztalatait részesitette volna előnyben. Egyébként azonban a könyv a tárgy nagy fontosságánál fogva az e kérdéssel foglalkozó orvosok körében nagy sikerre számithat.

Csépai Károly dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület október 10-i ülése.

Bemutatások:

1. **Szathmáry Z.:** *Narcolepsia gravidarum.* 28 éves szülönönél a terhesség második felében egyre gyakoribbá váló alvó állapotok jelentkeztek. A terhesség vége felé 15—20-szor is elaludt naponta. Az alvó állapotok a szülés alatt is több izben bekövetkeztek, s csak a gyermekágy negyedik napján szüntek meg. Az irodalomban négy hasonló esetet talált. Az alvó állapotok kiváltó okát terhességi toxicosissal magyarázza. Mivel az irodalomban talált négy betegnél, valamint saját esetükben is az alvó állapotok a terhesség alatt léptek fel, mintegy ennek következtében keletkeztek, s a szülés lefolyása után rövidesen megszüntek, e ritka kórkép elkülönítésére a narkolepsia gravidarum elnevezést ajánlja.

2. **Gaál A.:** *Lymphogranulomatosis inguinalis (Durand—Nicolas-Favre betegség) esete.* Ismerteti a Durand, Nicolas, Favre betegség háború utáni előfordulását Európában. Felhívja a figyelmet az elnevezés körül támadható zavarokra, miért is a legcélszerübben látja a betegség szerzők szerint való elnevezését. Ismerteti a betegség klinikai lefolyását, megemlíti, hogy négy extragenitalis fertőzés is ismeretes az újabb irodalomban. Röviden ismerteti a therapiára vonatkozó újabb felfogásokat. Kitér a klinikai segédeszköz gyanánt szereplő Frey reactio és föképen a szöveti vizsgálat fontosságára. Részletesen ismerteti a nyirokcsomónak jellegzetes szöveti képét. Referál a kórokozó kimutatására vonatkozó legújabb vizsgálatokról s megemlíti, hogy a kórokozót eddig még senkinek nem sikerült kimutatni. *Anders* legújabb vizsgálatai szerint a kórokozó filtrálható virus volna. Ugyancsak *Anders* vizsgálatai alapján arra az eredményre jut, hogy az emberben eddig mindig localisnak észlelt betegség, tengeri malacban generalisálódik. Röviden referál folyó év nyarán először észlelt esetéről s az eset ismertetésével kapcsolatban, diapositiveken mutatja be a nyirokcsomó szöveti képének jellegzetes elváltozásait.

Lobmayer G.: Az elmult évben *Jaeckel* kimutatta, hogy a berlini katonaság legénységi állományában 78 lymphogranulomatosis inguinalis eset fordult elő. Minden nagyobb sebészi osztályon észleltek a multban olyan strictura rectiben szenvedő nőket, kiknél a vérvizsgálat luesre vagy gonorrhoeára teljesen negativ, ennek dacára e betegek e két megbetegedés egyik csoportjához soroztattak és mint ilyenek kezeltettek. Nem valószínütlen, hogy régebben lymphogranulomatosis inguinalis fölöttébb ritka esetei, mint Fournier féle anorectalis syphiloma vagy elephantiasis nostras vulvae (esthioméne) könyveltettek el. *Barthels* a Küttner klinikáról hívta fel legújabban figyelmünket e homályos aetiologiájú női strictura rectire, mely semmi más, mint a lymphogranulomatosis inguinalis nöben előforduló szövödménye. Férfiben

a penis nyirokutak a lágyéki nyirokmirigyekbe vezetnek s ezen anatomiai adottság magyarázza a nyirokmirigyek bubóját e megbetegedésnél. Nőben a vulva és a vagina alsó harmadának nyirokútjai ugyancsak a lágyékmirigyekhez vezetnek ezért az elephantiasis nostras. A vagina felső feléből ellenben a nyirokutak a Gerota-f. anorectalis csomókhoz mennek. *Sembo* vizsgálatai kimutatták, hogy 2—3 cm. magasságban az analis nyilás felett a felületes nyirokérhálózat sürü. A lymphogranulomatosis inguinalisnál mutatkozó reactiv kötőszövetképződés, nyirokpangás és nyirokthrombusok magyarázzák a strictura keletkezését. A nők gyakoribb megbetegedését bizonyítja *Anschütz*, kinek 15 betege közül 13 nő volt. Az anus praeternaturalis sem segít, mert a folyamat felfelé terjed s idővel stricturálódik az anus praeternaturalis feletti rész is. Radicalis gyógyeljárás csakis a kiterjedt rectum és sigma resectio. *Barthels* előadása óta hozzászólónak is volt egy ilyen betege, kinek folyamata még nem volt előrehaladott és diathermiás melegitősonda alkalmazására javult. Továbbá megfigyelés alatt tartja. Helyesebbnek véli, ha előbb távolitjuk el a megbetegedett nyirokmirigyeket s csak azután alkalmazzuk a röntgentherapiát, nehogy a bántalom tovaterjedését elősegitsük.

Gaál A.: Megjegyzi, hogy a felszólaló által emlitett 78 katona esete statisztikájában fel van véve.

Rihmer B.: *A hímvessző börének traumás eredésü teljes lenyúzása, a húgycsőfal részleges elhalásával. Húgycsőzárás. Phalloplastica.* A 48 éves férfi szöges drótkerítésen átugorva, azon fennakadt és a szög az egész hímvessző börét lenyúzta és a húgycsöt átlyukasztotta. Rögtöni cystostomia: a 6-ik napra a mak mögötti alsó húgycsőfal gangraenisált és a húgycső megnyilt. Feltisztulás után húgycsőzárás és phalloplastica a scrotumból három haránt metszéssel két börhíd készitése; egyik a penis határára, a másik a hasi felületére fordittatik. Megtapadás után a két börhíd átmetszése oldalt és a seb egyesitése. Anatomiai s functionalis teljes gyógyulás.

Scheitz L.: Bemutatja hasonlóan sérült esetét. A munkásnak a fogaskerék letépte nemcsak a penis börét, hanem az egész scortumot is a bal herével. A penis tövéig teljesen le volt kopaszitva. Miután a scrotum nem állt rendelkezésére, a penist a bal herét, a jobb comb böre alá helyezte és onnan fogja pótolni a hiányt.

Előadások:

1. **Vajda K.:** *Az Ilias és Odyssea orvosi tudománya.* Homeros orvosi ismeretei alaposak és sokoldalúak voltak. Az Iliasban valósággal hadi sebészetre bukkanunk, amennyiben nem kevesebb, mint 147 háborús sérülésnek mindenre kiterjedő leirását találjuk. Nincs az a testrész, amelynek sebesülését Homeros nem irná le a legnagyobb részletességgel. *Frölich* katonaorvosi szempontból osztályozta ezen sérüléseket és úgy találta, hogy leggyakrabban a törzs, a nyak és a fej szenvedtek sérülést, ami természetes is, hiszen nagyobbára közelharcokról volt szó. Ezen sebesülések 77.6 százaléka halálos volt. A vérzések csillapitására leggyakrabban szétdörzsölt hagymát használtak, de az Ilias XIII. énekében szó esik nyomókötésről is és egy ízben gyapjúval kötik be a kéz fejében vérző sebét. Homeros belső betegségeket is ismert, említi a maláriát, a tengeri betegségeket. A ma is használatos asthma és aphasia elnevezések tőle származnak. Ismerte az opiumot és klasszikusan irja le annak hatását. Ugyancsak részletesen tárgyalja a bebalzsamozást is. Gynaekologiai ismeretei szintén elég sokoldalúak. Ismeri a koraszülést, a túlviselt magzatot és tudja, hogy a 7. hónapon túl a magzat életképes. Igen alaposak psychopathologiai ismeretei. Igen híven irja le a dementia praecoxot, tudja, hogy a szülők kiváló tulajdonságai csak igen kivételesen szállnak át gyermekeikre. Ugy a test szépségeit, mint annak fogyatkozásait igen híven ecseteli, példa rá Hephaistosnak, nemkülönben Thersitesnek mesteri leirása. Hygieniai ismeretei ma is megállják helyüket. A kérők meggyilkolása után kéngőzökkel desinficiálják Odysseus palotáját, vagyis olyan módszerrel, amely még ma is teljesen modern eljárás számba megy.

2. **Matolcsy T.:** *A rekeszizom feletti magas lumbalérzéstelenitésről.* Előadása a „spinocainnal" végzett magas gerincvelőérzéstelenitésről van hivatva beszámolni. 20 birkán végzett előzetes állatkisérletek után kezdték csak meg a spinocain alkalmazását embereken. Az I. sz. sebszeti klinikán 150 gerinvelőérzéstelenitést végeztek spinocainnal. Ezek közül 36 esik az alsóvégtag és gát környéki, 106 a laparotomiák és 8 a mellkas és nyaki mütétekre. Tapasztalataik szerint igen fontosnak tartják a gerincvelőérzéstelenitésnél a betegek előkészitését. Eddigiektől eltéröen, az előkészitést úgy végzik, hogy közvetlenül a mütét előtt ¼ órával 20—30 cgr. coffeinlobelint adnak és csak 1 órával a mütét után morphiumot, illetve domopont. A morphium készitmények adása mütét előtt azért helytelen, mert a morphiumnak már kis adagja is fokozza a hányingert, hányást és amellett még a vérkeringés és légzés központjainak müködését is korlátozza, ami egyáltalán nem kivánatos a gerincvelőérzéstelenitésnél.

Tagadhatatlan nagy előnye a spinocain érzéstelenitésnek a narcosissal szemben az, hogy a hasfal izomzata teljesen elernyed, a mütét alatt a hasprés teljesen ki van kapcsolva, a belek hüvelykujj vastagságra összehúzódottak, ami a mütét lefolyását ideálissá teszi. Nagy előnye még a spinocain érzéstelenitésnek az, hogy idősebb korba bátran alkalmazható, minthogy ott amúgy is rendszerint magasabb a vérnyomás és az érzéstelenités kapcsán bekövetkezhető nyomás csökkenés csak előnyös, a hosszú ideig tartó altatás pedig nem közömbös a betegre nézve. Az ágyéki érzéstelenitésnek kis hibái hányinger, hányás, szédülés.

Matolay Gy.: A lumbálanaesthesiának van három nagy hibája: az érzéstelenség felső határát nem tudjuk kellően dosirozni, az érzéstelenített részen a törzs összes erei bénultak és végül nem lehet egyénileg dosirozni. Ezen hátrányok kiküszöbölésére *Kirschner* azt ajánlotta, hogy a punctiónál kiengedett liquor helyébe levegőt kell befujtatni és percaint plomb alakjában, amely nehezen diffundál, bevinni. Bemutatja a módszer kivitelére szolgáló kettős fecskendőt.

Válasz Bielek dr. „Reflexióira."

(O. H. 39. sz.)

Rendkívül sajnálom, hogy *Bielek Tibor* kartárs úr munkánk alapgondolatát teljesen félreértette és igy teljesen más tárgykörrel foglalkozik. Közleményünkben kifejezetten azt irtam: *„törekvéseink oda irányulnak, hogy e vizsgálatok már az iskolába való felvétel előtt történjenek meg"* — szóval teljesen praeventiv jelleget öltsenek. Ezzel szemben *Bielek* kartárs úr közleményében kizárólag *iskolás gyermekek* vizsgálati lehetőségeit tárgyalja, szóval teljesen más utakon halad. Közleményünkben pedig világosan kifejtettük, hogy a jövőben az 5—6 korosztályú gyermekeket „sorozás" alakjában kivánjuk megvizsgálni; ebben az évben mindenesetre csak I. oszt. elemi iskolásokat vizsgáltunk — amint azt közleményünk is mutatja — ez azonban azért történt, mert az idő rövidsége és a jelenlegi súlyos gazdasági helyzet az 5—6 éves korosztály megvizsgálását nem engedte meg, ami azonban nem jelenti azt, hogy e vizsgálatokat — már a közel jövőben tervbe ne vegyük.

Kifejtettem továbbá azt is, hogy *„vizsgálataim az iskolaorvosi intézményekkel korántsem óhajtanak versengést folytatni — hisz a mi vizsgálataink az iskolába való felvétel előtt történnének, tehát teljesen praeventiv jelleggel birnának — hanem a kettő nemcsak kitünően összhangba hozható, hanem kell, hogy a jövőben kiegészitsék egymást". Azaz, az általam javasolt vizsgálatok az 5—6 korosztályban történjenek, mindenesetre szakorvosi vizsgálatokkal, az iskolás gyermekeket pedig vizsgálja továbbra is a tiszti vagy iskolaorvos, vagy evvel megbizott egyéb hatósági orvos.*

Az iskolába való felvétel előtti vizsgálatainkat „sorozás"-nak minősitettük, amint az a katonaságnál, biztositó intézeteknél, stb. szokásos. E vizsgálatok elsősorban súlyosabb természetű fertőző betegségekre irányulnának, mert közleményünk egyik helyén ugyancsak világosan kifejtettük, „e vizsgálatok főleg azzal a célkitűzéssel indultak meg, hogy az iskolában az egészséges tanulókat megvédjék a fertőző betegségekkel, elsősorban pedig a syphilissel és a tuberculosissal szemben. Ilyen tanulónak nincs helye az iskola padjaiban, sőt oda fel sem vehető."

Bielek kartárs úr a továbbiakban azt mondja: „a vizsgálatok színhelye, ott ahol egészségház van, annak megfelelő helyisége, ahol nincs, ott a tanterem", kifejti továbbá „kétségtelenül a legidealisabb megoldás lenne,

hogyha minden egyes tanulót különféle szakorvosok vizsgálhatnának, ez azonban egyelőre utópia s ma egyelőre rationalisnak azt a megoldást kell tartanunk, amikor egy orvos (lehetőleg gyermekorvos) vizsgál meg minden tanulót s az észlelt elváltozásnak megfelelően az illetékes szakorvosnak adja át orvosoltatás céljából."

Egyáltalán nem „utópia" — még ma sem — annak a megoldásnak lehetősége, hogy az iskolába kerülő tanulókat szakorvosok vizsgálják át. Én t. i. csak ezekre vonatkoztattam a szakorvosi vizsgálatokat, mert a jövőben csak ilyen irányú vizsgálatok megszervezése lebeg szemeink előtt. Ez lehet különben egyiknek „utópia", a másiknak nem. Eddig is utópiának tünhetett fel, hogy egy 117,000 lakosú városban (Debrecenben) az összes, azaz 1909 I. oszt. elemi iskolást ilyen széles alapokon nyugvó — „biologiai telekkönyv"-i — egészségügyi vizsgálatnak lehetett alávetni és ez mégis megtörtént.

Alig látott „A debreceni elemi iskolások egészségügyi vizsgálata" c. közlemény napvilágot az Orvosi Hetilap hasábjain, továbbá külföldi folyóiratok referátumaiban, máris három német és két amerikai hygienikus jelentkezett, hogy az 1931—32. tanévi vizsgálatokon résztvehessenek. Nálunk pedig *Szenkirályi Zsigmond,* a hódmezővásárhelyi kórház bőr- és nemibeteg osztályának főorvosa, a debreceni vizsgálatok hatása alatt az 1931—1932 tanévben nagy felkészültséggel, széles alapokon nyugvó egészségügyi vizsgálatokat végez ugyancsak I. oszt. iskolás gyermekeken Hódmezővásárhelyen. A magyar közegészségügy szempontjából igen örömteli és megnyugtató, hogy Debrecenben és Hódmezővásárhelyen a városi hatóságok vezetői, továbbá Hódmezővásárhelyen a közkórház igazgató-főorvosa nemcsak megértést mutatnak a vizsgálatok iránt, hanem ezt teljes mértékben magukévá is teszik s igen melegen támogatják. Ha Debrecenben és Hódmezővásárhelyen a vezető orvosok és a városi hatóságok részéről ily lelkesedés és megértés mutatkozik, miért nem lehetne néhány év alatt 12—15 s talán még több ilyen vizsgálati centrumot megszervezni. Ez csak nem utópia! Tudomásom szerint még ebben az iskolaévben 2—3 nagyobb vidéki kórház kapcsolódott ebbe a munkakörbe.

Mit lehet különben olyan vizsgálatoktól várni, amelyeket egy orvos tanteremben végez? Bármilyen kiváló képzettséggel rendelkezzék is ez az orvos, megfelelő felszerelés, műszerek, stb. hijján érdemleges vizsgálatokat a legjobb akarattal és igyekezettel sem végezhet. Az iskolába való felvétel előtti vizsgálatok („sorozás") legyenek szakszerűek, ezeket csakis szakorvosok végezzék, mert különben velük sem a tanulónak, sem az iskolának, még kevésbbé a köznek nem használunk. A debreceni 1930—1931. tanévben folytatott vizsgálatok nagyon is meggyőztek minket arról, hogy mily nagyszámú gümőkórral, syphilissel, stb. fertőzött gyermek foglalt helyet az I. oszt. iskola padjaiban, akiknek ott nem lett volna helyük. *Nem szakorvosok által nyert nemleges eredmények csak indokolatlan euphoriát váltanak ki szülőkben és hatóságokban egyaránt. Nem az a fontos, hogy e vizsgálatok megtörténjenek, hanem az, hogy ebből gyermeknek, iskolának, országnak valamelyes haszna legyen.* Természetesen másképpen áll ez a székesfőváros iskoláiban, ahol az iskolaorvosi intézmény az ilyenirányú vizsgálatok végzésére ma már kiválóan alkalmas.

Közleményünkben egyszerűen azért nem emlékeztem meg az „egészségügyi mintajárásokban" *Bielek* kartárs úr szerint máris megszervezett ilyenirányú munkálatokról, mert ezek a *praeventiv vizsgálatok* ott a mai napig hiányoznak s már e helyen is van szerencsém *Bielek Tibor* kartárs úrnak szíves tudomására hozni, hogy ennek az évnek tavaszán tárgyalásokat folytattam a Népjóléti Miniszterium illetékes szakköreivel az ilyen irányú praeventiv vizsgálatoknak az „egészségügyi mintajárások"-ba való bevezetése ügyében. Nem kétséges, hogy az iskola egészségügyi gondozása mintajárásainkban ma már kitűnően folyik, az általunk javasolt praeventiv vizsgálatok azonban ezidáig még nincsenek megszervezve.

Bielek kartárs úr közleményének többi pontja teljesen eltér a mi programmunk irányától, ennélfogva ezekre nem is reflektálok s a *magam részéről ezzel a válasszal ezt az eszmecserét be is fejeztem.* Hogy *Bielek* kartárs urat teljesen meggyőzzem ennek az új iránynak a helyességéről és életrevalóságáról, azért tisztelettel felszólítom s meghívom, hogy október hó 15 után a m. kir. Tisza István Tudományegyetem orvoskari telepén megkezdődő vizsgálatok valamelyikén vegyen részt s akkor bizonyára meggyőződhetik arról, hogy az „utópia" relativ fogalom s az átmehet realitásba is, ha meg vannak a kellő feltételei.

Neuber Ede prof.

VEGYES HÍREK

Az Orvosi Nagyhét üléseinek jegyzőkönyve elkészült és 42. számunkhoz mellékelten küldjük meg előfizetőinknek és a tudományos társaságok nem előfizető tagjainak egy mutatványszámunk (42. sz.) kíséretében. Büszkék vagyunk erre a 15 íves tartalomgazdag könyvre, ami hü tükre a mai magyar orvostudomány magas színvonalának és elviszi Hetilapunk révén a legkisebb faluba, a legmesszibb vidékre, a tengerentulra is azt a hasznosítható nagy értéket, amit ez az első Orvosi Nagyhét munkaeredménye jelent a gyakorló orvosnak. E jegyzőkönyveknek tulajdonkép hasábjainkon kellett volna megjelenni, lapunk terjedelme azonban nem birta ezt el. Igy született meg ez a könyvalak, a mi kezdeményezésünkre és úgy az Orvosi Hetilap, mint a tudományos társaságok jelentékeny áldozatkészségéből. A sajtó alá rendezés nagy munkájában hathatós segítségünkre voltak a társulati titkárok és a Nagyhét lelke: *Manninger V.* professor; — fogadják önzetlen munkájukért nemcsak az Orvosi Hetilap, de az Orvosi Rend köszönetét is. — Avval a jóérzéssel bocsájtjuk útjára mellékletünket, hogy sikerült valami szépet és jót juttatnunk hiveinknek és barátainknak, ami megerősíti a köztünk levő szoros kapcsolatot. Reméljük, hogy az első kötetet követni fogja majd a többi évi is, mert örök vétek volna a megkezdett munkát félbehagyni.

Személyi hirek. A gráci sebészeti klinika vezetőjévé *H. Kunz* egyetemi magántanárt nevezték ki.

Halálozás. Szászfalusi *Barlay János* dr., Máv. kórházi főorvos f. hó 8-án elhunyt.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület október hó 17-én délután 6 órakor tartja XCV. nagygyülését, amelyen a *Balassa* előadást *Györy Tibor:* „A nagyszombati egyetem orvosi facultásának első évei. *Van Swieten* emlékezete" címmel tartja.

A Magyar Belorvosok Egyesülete f. é. október hó 3-án tartotta meg elnökségi és igazgatótanácsi ülését báró *Kétly László* elnöksége alatt, amelyen elhatározta, hogy az 1932. évi június havában tartandó nagygyülésére *minden olyan előadás és bemutatás bejelenthető, amelynek tárgya a fertőző betegségek — beleértve a tuberkulozist és a luest —, valamint az allergiás betegségek keretében beleillik.* Referált témák lesznek: *a tüdőtuberkulozis sebészi kezelése* a Magyar Sebész Társasággal és a Magyar Orvosok Tuberkulozis Egyesületével együtt; a *sepsis* a Magyar Nőorvosok Egyesületével és a Magyar Sebésztársasággal együtt; a *kezdődő tuberkulozis pathogenesise* a Magyar Orvosok Tuberkulozis Egyesületével együtt és az allergiás betegségek csoportjából az *asthma bronchiale.* Az előadások és bemutatások a M. B. E. állandó titkárához *(Ángyán János* dr., Pécs, Belklinika) 1932. április hó 20-ig jelenthetők be.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat választmánya f. hó 12-én tartotta őszi ülését. Az 1931. évi tagilletmények *(Verebély:* Sebészet, 2 k.; *Baló* Filtrálható virusok; *Illyés:* Urologia; *M. Kossa:* Magyar orvostörténelmi emlékek, utolsó köt.) néhány hét mulva megjelennek.

1932. évre *Verebély* Sebészet 3. köt., nehány kis belorvosi munka *(Molnár,* Májbetegségek; *Gerlóczy G.* Emésztőszervek betegségei; *Pákozdy:* Rheumás betegségek) mellett a Társulat még egy újítást tervez: köriratban felhívja a tagokat, hogy egy megküldendő tárgysorban 1, 2, 3. számmal jelölje meg azokat a szakmákat, amelyekből a legsürgősebbnek, legfontosabbnak tartja szakmunkák kiadását.

Németország főiskoláiban az 1930—31. évi téli semesterben a hallgatók létszáma 95.807 volt, szemben az előző évi

90. 743 létszámmal. Ezek között orvostanhallgató 18.473 volt (előző évben 15. 644), ami az összlétszámnak 14.2%-a.

Sevillában, állítólag gyujtogatás következtében az orvosi fakultás épülete csaknem teljesen leégett. Az összes fölszerelés, valamint a 14-ik századból származó értékes Fayence-ok tönkrementek.

Schweiz, a rákhalandóság tekintetében első helyen áll. A legújabb statisztika szerint minden tizedik ember rák következtében hal meg. A városokban a betegség sokkal gyakoribb, mint vidéken. A szövetségi tanács 20.000 frankot adományozott a betegség tanulmányozásának céljaira.

Angliában a rákhalandóság felülmulta a tuberculosis halandóságot, Birmingham és Leicester-ben a múlt évben 10.000 lakosra számítva 15 halt meg rák következtében, míg tuberculosis következtében 11.

A leysin-i nemzetközi főiskolai szanatórium részére Waadt kanton 50.000 frankot adományozott.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti kir. m. Pázmány Péter Tudományegyetemen 1931. évi október hó 10-én: *Benczédi József, Kis Ágoston, Lázár Vilmos és Pál László.* Üdvözöljük az új Kartársakat.

Helyreigazítás. 40. számunkban megjelent *Fernbach—Dekker* cikk összefoglalásában a 970. oldalon az utolsó sorban *„tökéletesebbül"* helyett *„tökéletlenebbül"* olvasandó.

Magyarország fürdőinek, ásványvizeinek, üdülőhelyeinek ismertetése megjelent. Kapható a kiadóhivatalban átvéve 50 fillérért, postán küldve 65 fillérért, melyet postabélyegben is elfogadunk.

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 műmelléklettel . . . 7.— P

Soós Aladár: Étrendi előírások. III. bővített kiad. sajtó alatt

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

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel való rendelésnél a portóköltséget is felszámítjuk.

Budapest székesfőváros közegészségügyi állapota 1931. év szeptember második felében.

Hasi hagymáz	83	Gyermekágyi láz	—
Küteges „	—	Bárányhimlő	22
Hólyagos (ál-) himlő	—	Járv. fültőmirigylob	15
Kanyaró	47	Vérhas	60
Vörheny	137	Járv. agygerincagyhártyalob	—
Szamárhurut	45	Trachoma	24
Roncsoló torok és gége lob	131	Malária	1
Influenza	2	Lépfene	2
Ázsiai kolera	—	Paralysis infant.	27

	11		1
	—		—
	—		—
	—		8
	—		—
	13		—
	10		—
	—		—
	—		4

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

A szerkesztő fogadóóráját *kedden és pénteken 12—1-ig tartja.*

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

PÁLYÁZAT

A nagykállói m. kir. állami elme- és ideggyógyintézet Igazgatósága pályázatot hirdet egy alorvosi állásra, mely a X. fizetési osztály 3. fokozatával járó illetményeken kívül egy butorozott szobából álló lakás, fütés és világítás mellett I. o. élelmezés is jár, az utóbbi önköltségi árának 50 %-os megtérítése mellett.

A megbízatás egyelőre két évre szól.

A pályázók kellőleg felszerelt s szakképzettséget igazoló kérvényeiket a Népjóléti és Munkaügyi Miniszter Urhoz címezve az intézet Igazgatójánál 1931. évi október hó 31-ig adják be.

Nagykálló, 1931. évi október hó 5.

Dr. *Somogyi,* igazgató h.

Lapunk mai számához dr. Egger Leó és Egger I. gyógyszervegyészeti gyár Budapest *Sulfolein*-ról szóló prospektusát mellékeltük.

3000 lakosu községben jólmenő **orvosi rendelő kézi gyógyszertárral** sürgősen **átadó.** — Cim: Orvos, Tiszaderzs.

Klinikai, kórházi könyvtárosok figyelmébe! Magas áron vásárlok idegen nyelvű orvosi ***folyóiratokat,*** teljes sorozatait, ***duplikatumokat, egyes köteteket,*** sőt ***egyes füzeteket*** is. — Ajánlatokat „Folyóirat" jeligére „Petőfi" Irodalmi Vállalat, Budapest, VII., Kertész-utca 16 kérek.

DR. JUSTUS bőrgyógyító és kozmetikai intézete
kórházi főorvos
BUDAPEST IX., ÜLLŐI ÚT 1
Telefon: Aut. 846—37.

Frappáns hatású magyar kénezüst készitmény

SULFARGAN Antigonorrhoicum

Díjtalan mintát és irodalmat küld: WESSELÉNYI GYÓGYSZERTÁR LABORATÓRIUMA
BUDAPEST, VII., WESSELÉNYI UTCA 30. SZÁM. TELEFON: 42—5—76.

DEMALGON-CHINOIN
meghüléses, lázas betegségek, fájdalom ellen.

ISTOPIRIN-CHINOIN
tiszta salicylhatást kifejtő antirheumaticum, analgeticum.

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

75. évfolyam. 43. szám. Budapest, 1931 október 24.

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:

bilkei Pap Lajos: Az endocrin eredetü arthralgiáról. (1031—1034. oldal.)
Salacz Pál: Terhesgondozás jelentősége az anya- és csecsemővédelem szempontjából. (1034—1037. oldal.)
Salamon Ernő: A nyaki bordákról. (1037—1040. oldal.)
Margitay-Becht Endre és Miklós László: Hormonvizsgálatok akromegaliás betegeken. (1040—1041. oldal.)
Miklós Andor: A bojtorján-conjunctivitis. (1041—1043. oldal.)
Kalo Andor: Urachus-carcinoma. (1043—1044. oldal.)
Mészáros Károly: Arteriitis obliterans mint familiaris megbetegedés. (1044—1046. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (167—170. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet és nőgyógyászat. — Szemészet. — Gyermekorvostan. (1046—1049. oldal.)
Könyvismertetés: (1049. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (1049—1050. oldal és a borítólap III. oldalán.)
vitéz Dániel Gábor és Schiffbeck Emil: Észrevételek v. Jancsó István dr. „Reflexióira". A borítólap III. és IV. oldalán.)
Vegyes hírek: (A borítólap IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Szent Lukács gyógyfürdő és a Vörös Kereszt Erzsébet-Kórház physikotherapiás osztályának közleménye. (Főorvos: bilkei Pap Lajos dr.)

Az endocrin eredetü arthralgiáról.

Irta: *bilkei Pap Lajos* dr.

A rheumás megbetegedések heterogen csoportjában vannak olyan kórformák, amelyekről az orvosi irodalom, mint külön kórképekről nem emlékezik meg, pedig sokszor jellegzetes elváltozásokról, különálló megbetegedésekről van szó. Az utóbbi évtizedben világszerte megindult rheumakutatás eredményeképen időszerűnek tartjuk, hogy azokat a kórformákat, melyeket aetiologiai és pathologiai szempontból, a klinikai kép és a gyógyeljárás szerint egységeseknek kell tartanunk, a „rheuma" gyüjtőneve alól kiemeljük és nevükön nevezzük. Ezuttal is egy olyan le nem írt kórformáról kívánunk megemlékezni, melyet önálló megbetegedésnek kell tartanunk, mert hiszen a leírandó tünetek és panaszok azonosak, körülírtak és mindig hasonlóképpen jelentkeznek. Ezen betegek, leginkább klimaktérium körüli nők, rheumás panaszokkal, rheumadiagnózissal, ízületi gyulladástól, az elnyomorodástól való félelemmel, a kezekre és a karokra lokalizált fájdalmakkal kerestek fel. A fájdalom mellett a betegek főpanasza az, hogy újjaikat mozgatni nem tudják, hogy kezük megdagad, hogy olyan gyönge, hogy „a poharat kiejtik kezükből". Rendszerint csak kérdezősködésünkre tudjuk meg, hogy ezen panaszok nem állandók, hogy legtöbbnyire csak reggel vannak meg.

Ez a megállapítás, a panaszoknak hosszas nyugalmi helyzet után, főként alvás után való jelentkezése, a tüneteknek a nap folyamán való elmulása ennek a betegségnak egyik fő charakterisztikuma. Napközben a betegség tünetei csaknem kizárólag délutáni alvás után lépnek fel. Az endocrin arthralgiának, így nevezném ezt a leírandó kórképet, négy jellegzetes tünete van: a duzzadás, a fájdalom, a merevség és a gyöngeség.

A kezek rendszerint reggelre megduzzadnak. A *duzzadás* a kézháton s a csuklókon a legkifejezettebb. Az újjakról a gyűrűk nehezen vagy alig húzhatók le. Sokszor a duzzadás nem észrevehető, mérésekkel ki nem mutatható s a beteg mégis úgy érzi, hogy kezei teltek, püffedtek. Ez az érzés sokszor a lábakban is meg van. A duzzadás az újjlenyomatot nem tartja meg, a végtagok sajátszerű feszes tapintatúak, sohasem melegek, inkább hűvösek.

A *fájdalmasság* legtöbb esetben nem nagyon kifejezett. Nyomási érzékenység lehet, de a fájdalmat inkább úgy válthatjuk ki, ha a fennálló korlátozottság dacára a mozgásokat pl. az újjak behajlítását erőltetjük. Erősebb fájdalom esetén inkább az alkar fáj, vagy — hogy a betegek szavaival éljünk — a karokban s a vállakban is hasogat.

A legfeltűnőbb és a legíjesztőbb panaszok egyike az egész testnek, az alsó végtagoknak, de főként a kezeknek *merevsége*. A beteg éjjel ha felébred, de leginkább reggelre kezét mozdítani nem tudja. Ez a merevség napközi nyugalom, a délutáni alvás után is bekövetkezhetik. Passziv mozgatásoknál különös, csaknem viaszos ellenállást érzünk. A merevség később a nap folyamán teljesen eltünhet, főként akkor, ha a betegek ösztönszerűleg kezeiket dörzsölik és minden módon mozgatják.

A merevséggel a felsővégtagoknak, főként a kéznek kifejezett *gyengesége* együttjár. A beteg mozgásnál, öltözködésnél tehetetlen, kézszorítása erőtlen, úgy hogy sulyos mozgásszervi megbetegedés látszatát kelti. Ezen jellegzetes tünetekhez, amilyen a duzzadás, a merevség, a fájás s a gyengeség, még számtalan nem állandó tünet, hevülések, a karok zsibbadása, elhalása, fázása, melegsége, az izomzat fájása járulhat. Ez utóbbi tünetek 50 év körüli nőknél egyáltalán gyakoriak és különösképen fel sem tűnnek. A feltűnő inkább az, hogy egyes betegeinknél ezek az általános és ismert klimaxos tünetek alig kifejezettek, sőt teljesen hiányozhatnak. Nem hagyhatom itt említés nélkül, hogy betegeim igen gyakran térdfájásról is panaszkodnak. Ilyenkor a térdekben mindig hallható a porcnak érdességére, korai egyenetlenségére való pattogása és dörzsölése.

A fentiekben röviden vázolt kórkép meglehetősen ritka, bár ahogy az lenni szokott, amióta gyüjtöm és figyelem a hasonló eseteket, mind gyakrabban találkozom velük. Hogy nem tünt fel eddig még ezen tüneteknek együvétartozása, önállósága, stereotyp volta, annak részben maga a rheuma-diagnózis az oka, mely laikusnál és sajnos, még az orvosnál is átöleli ma még mindig a mozgási szervekre vonatkozó legkülönbözőbb panaszokat és elváltozásokat és valahogy a betegre megnyugtatólag, az orvosi kutatásra pedig bénítólag hat. Sokszor nehéz is kihámozni a kórképet. A beteg átszövi a maga ijedelmével, bőbeszédűségével a jellegzetes tüneteket és csak alapos kikérdezés után fogjuk megtudni, hogy a kezekre lokalizált fájás nem állandó, csak reggel van meg, hogy a merevség csak alvás után következik be, hogy a kezek duzzadása múló természetű,vagy a gyengeség annál jobb lesz, minél többet használja kezét a beteg.

Az utóbbi két és fél évben 32 ilyen beteget volt alkalmam a Szent Lukács fürdőben és a Vörös Kereszt Kórházban észlelni. A betegek egyrésze rheuma, a másik része ízületi gyulladás kórismejével jött hozzám. Az elnyomorodástól, a deformálódástól való félelem beleviszi a beteget és az orvost hamarosan a mandulák eltávolításába, a fogak resekálásába. A betegek átestek salicyl szedésen ingertherapián, thermális kúrán és a baj többé-kevésbbé változatlanul fennáll. A gyógyeljárások eddigi sikertelenségét abban látom, hogy a betegség maga, mint egyéb ízületi folyamatoktól és rheumásnak mondott megbetegedésektől elkülöníthető önálló kórkép nem ismeretes.

A fent vázolt betegség közelebbi megismerésére 11 ilyen esetben végeztem kiterjedt klinikai vizsgálatokat a vérkeringési, a haematologiai és az anyagcsereviszonyok tanulmányozására. Ennek megfelelőleg vizsgáltam a vérképet, a vérsejtsüllyedést, a labilitási reakciót, a vérkeringési sebességet, a vérhúgysavat és az anyagcserét. A *vérkép* 11 eset közül négyszer eosinophyliát mutatott, egyéb említésreméltó elváltozást nem találtam. A *vérsejtsüllyedés Westergreen* szerint az első órában 10 mm. körül mozog. A 11 eset közül két esetben 20 mm, egy esetben 30 mm. körül volt az első órában a süllyedés. A *Darányi*-féle *colloid-labilitási reakció*, a serum fehérjefractióinak egymáshoz való viszonya, normalis. A *vérkeringési sebesség* a gázanalytikai metódussal mérve az összes esetekben normális, az oxyhaemoglobin-értékek a vénában 60—70%-os O_2 telítettséget mutatnak. A vérkeringésigési sebesség a korai merev állapotban úgy látszik kissé gyorsult, legalább is négy eset közül a kontrollméréseket is elvégezve, a vénákban a normálisnál magasabb oxyhaemoglobin értéket találtunk (70—77%). A *vérnyomás* a normális felsőhatárán 130 Hgmm körül van, ami a kort és a korral járó gyakori vérnyomásemelkedést tekintve, inkább alacsonynak mondható. Három esetben korán reggel a vérnyomás a szokottnál is alacsonyabb (105 Hgmm.), egy esetben a szokottnál (132 Hgmm.) 42 Hgmm-el reggel magasabb volt. A *vérhúgysavértékek* normálisak. Az *alapanyagcsere* vizsgálatok 11 eset közül két esetben 10—20%-os, két esetben 20% feletti csökkenést mutattak, a többi esetben + 10%-on belüli, normálisnak vehető értékeket adtak. A *röntgenvizsgálat* minden esetben negativ.

Ezen vizsgálatok az aetiologia szempontjából inkább csak negativ értelemben voltak értékesíthetők. A vérsejtsüllyedés synovialis izgalomnál, lobos folyamatoknál, arthritisnél fokozott. Ugyancsak fokozott a *Darányi*-féle reakció és gyorsult a vérkeringés a peripherián arthritisnél. Gyakori az ízületek gyulladásos folyamatainál a vérkép balfelé elmozdulása. Mindezen elváltozások jelen vizsgálataimban hiányoznak. Éppen ezért ebben a bajban az infekciós momentum és a folyamat lobos jellege csaknem feltétlen bizonyossággal kizárható. Éppen így nem gondolhatunk köszvényre, vagy más anyagcseremegbetegedésekre, nincs támpontunk degenerativ elváltozásokra sem. Ennél a betegségnél gyakori Heberden-féle csomók ugyan az arthritis deformans-ok csoportjába tartoznak, de az arthralgiával semminemű összefüggésbe nem hozhatók. A klinikai kép és a klinikai vizsgálatok szerint anatomiailag ezidőszerint nem érzékelhető kórfolyamatra kell gondolnunk. Az eosinophylia, az alacsony vérnyomás, a labilis keringés, az alacsony Krogh-értékek elsősorban a vegetativ idegrendszer ingerületét sejtetik és pedig csaknem egyöntetüen vagotoniás eltolódásra vallanak.

Ismeretes, hogy a vegetativ idegrendszer sensibilizált állapota vérkeringési zavarokban megnyilvánulhat. Az általam leírt betegség pathomechanizmusának tanulmányozásánál is elsősorban arra kellett gondolnom, hogy a kórképet keringési zavarok okozhatják. Ennek a megállapításnak igazolására elegendő, hogy a kórkép mesterséges pangással létrehozható. Valóban a felkarnak Bier-pólyával való lekötésére a kezek merevsége, duzzadása, fájdalma és elgyengülése az ilyen betegnél bekövetkezhetik. Különböző meggondolások alapján valószínűnek tartom, hogy az endogen arthralgiát nemcsak vérkeringési zavarok okozzák, hanem résztvesz a kórkép kialakulásában a nyirokérrendszerben bekövetkező pangás is. Ha a nyirokérerek tónusa hiányos, főként, ha a nyirokérbillentyűk nem működnek megfelelően, a pangásoknak legkellemetlenebb formái következhetnek be. Az infekciós megbetegedéseknél szerzett tapasztalataink szerint ilyenkor a keringés, a transport a nyirokérrendszerben még retrográd is lehet. Hogy az endocrin arthalgiát a nyirokérrendszer keringési zavara elősegíti, amellett elsősorban erre a betegségre mindenképpen jellegzetes tünet szól, hogy t. i. az elváltozások nyugalmi állapotban, főleg alvásban következnek be. Már pedig alvásnál a nyirokérkeringés jóformán teljesen szünetel, mert hiányzik a nyirok keringésének két főingere és feltétele, az izommozgás és a fokozott légzés.

Nem szeretnék theoriákba bocsátkozni, de mindenképpen valószínűnek látszik, hogy az arthralgiának ezt a formáját, annak kialakulását a vegetativ idegrendszernek a vagaton állapot felé való eltolódása magyarázza. Ezt bizonyítják a klinikai vizsgálatok is, (eosinophylia, gyorsult keringés, alacsony Krogh-értékek, alacsony vérnyomás, stb.). A vagotoniára való készséget az alvás, a nyirokérrendszerben bekövetkező pangással, a csökkent szívműködéssel, az anyagcserefolyamatok csökkenésével feltétlenül fokozhatja. Hogy a vagotoniát magát, az életfunkcióknak ezt a csökkenését, lefelé való eltolódását, a szervezet reakciókészségének megfogyatkozását mi okozza, bizonyosan nem tudhatjuk. Ahogy ismeretesek vasospastikus történések klimaktérium idején, ugyanúgy elképzelhetők a vasodilatatios beidegzés, pangások, csökkent életfunkciók, a vagotoniás készség endocrin zavarokból kifolyólag. Nem lehet véletlen az, hogy betegeimnél *kivétel nélkül* az ovarium működésének rendellenességére való anamnesist, amenorrheát, dysmenorrheát találtam. Ebből a szempontból különösen fontos az a nyolc esetem, melyben az endocrin arthralgiát fiatal nőknél észleltem, két esetben graviditás közben, egyszer korai kastrationál, háromszor ovarialis cysta eltávolítása után, háromszor vérzési rendellenességekkel egyidejűleg.

E helyütt kell kitérnem néhány sorban arra a sokat vitatott kérdésre, hogy a rheumás betegségek aetiologiájában belső-secretios zavaroknak mekkora szerepet juttathatunk. *Lévy* és *Rotschild, Umber, Hiss, Menge, Zimmer, Riebold, Laubner, Schacherl, Stracker* közleményei mind bizonyítani igyekeznek hogy az endocrin mirigyek működésében beálló hypo-hyper- vagy dysfunctiók ízületi megbetegedések okozói lehetnek. Főbizonyítékuk egyelőre

az anamnesisben az infekciónak teljes hiánya, valamely endocrin mirigynek észlelhető vagy feltehető, egyéb klinikai tüneteket is okozó elváltozása, végül az organotherapia hatásossága. *Zimmer* és *Stracker* elfogadják az Abderhalden-reakciónak azt az elvét, hogy a megbetegedett egyén széruma azt a szervet, így azt a mirigyextraktumot építi le elsősorban, melynek működésében bizonyos zavar állott be és ezáltal ezzel a sokat támadott túlérzékeny módszerrel próbálják bizonyítani, hogy bizonyos ízületi megbetegedéseknél a corpus luteum, az epiphysis, a hypophysis, az ovarium és a pajzsmirigy stb. functiós zavara kimutatható. Azonban sem ezen vizsgálatok, sem az infekció kizárása, sem az organotherapia hatásossága eddig nem bizonyították, hogy endokrin tényezők olyan „rheumás" megbetegedésekben, melyek organikus elváltozásokkal járnak, döntő pathogenetikai fontossággal bírnának. Mindezideig nem ismerjük a mirigyrendszer zavarai s a kórosan elváltozott ízületi elemek között az összefüggést, nem ismerjük az endocrin szervből az anatomiai elváltozásokhoz, a synovitisekhez, a csontatrophiákhoz, a porc-sérülésekhez vezető utat. A periarthritis destruens Umber, az arthritis endogena deformans Zimmer nem lehet aetiologiai elnevezés számunkra. A szerzők az ízületi megbetegedéseknek egy fajtáját írják le, amelynek csupán egyik velejárója az egyidejűleg észlelt belső-secretiós zavar.

Ezen most említett ízületi folyamatok súlyos és nehezen befolyásolható megbetegedések. Az endocrin arthralgia más természetű megbetegedés. Itt nem súlyos organikus elváltozásokról van szó, hanem egy felületes, bár kellemetlen tünetcsoportról, melyről ma már tudjuk, hogy megfelelő gyógyeljárásokkal megszüntethető, mely talán az esztendők leforgása alatt spontán is javulhat. Ez az anatomiailag nem érzékelhető elváltozás lehet végeredményben az endocrin rendszer funkciójában beállott zavar következménye. Az utat itt sem ismerjük, talán a petefészkekből vagy egyéb mirígyekből felszabaduló toxinok, hormonok, sensibilizálják s vegetativ idegrendszert. *(Bauer, B. Aschner.)*

Ha az endogen arthralgia fenti kórformájának főokát végeredményben a petefészek hiányos működésében keressük, joggal vetődik fel az a kérdés, hogy miért nem észleljük ezen elváltozásokat gyakrabban, hiszen az ovarium kiesési tüneteit minden női szervezet — legalább is a klimaktérium idején — átéli. Erre a kérdésre egy szóban felelhetünk és ez a constitutio. Ha a constitutio szerepét tanulmányozzuk a rheumásnak nevezett betegségek aetiologiájában, megértjük azt, hogy pecsételheti meg a sorsát az egyénnek részben a születésnél, de éppen olyan fontos az egyes betegségek kialakulásában az adott, a szerzett reakcióképesége a szervezetnek. Az általunk leírt arthralgia hordozói egy phenotypushoz, egy külső formájú, hasonló reakcióképességű, valószínűleg hasonló endocrin rendszerű embertypushoz tartoznak.

Néhány szóban meg kell emlékeznünk arról a tényről, hogy az endocrin arthralgia miért jelentkezik elsősorban a kezeken. Betegeim kevés kivétellel középosztályú nőkből kerültek ki, mind szorgalmas háziasszonyok, akik kezüket nem kímélik, sokat kézimunkáznak, kezüket mindenképpen tulontúl használják. Megtudjuk tőlük azt, hogy a túlhasználattal egyidejűleg gyakran éri kezüket hideg hatás. *(Jendrassik* leírt hasonló elváltozásokat „mosónőkéz" név alatt). Amint említettem, néha az alsó végtagokra is van hasonló panasz, csakhogy ugyanazon vagotoniás jelenségek a finomabb mechanika és sokoldalú igénybevétel következtében a kézen súlyosabb, durvábbnak tetsző és feltünőbb funkciós zavarokat okozhatnak.

Betegeim további megfigyelés alatt állanak. Munkatársaimmal igyekszünk pangással a kórképet mesterségesen napközben is előidézni és így tanulmányozni. Különös figyelmet fordítunk a haemodynamikai és a haematologiai elváltozások megismerésére. Igyekszünk az alkar térfogatában beálló elváltozásokat pontosan megállapítani. Jelenleg a capillaris vérnyomást *Herzog* módszere szerint regisztráljuk reggel korán, amikor a tünetek a legkifejezettebbek és később a nap folyamán tünetmentes időszakban. A nyirokérrendszerben lévő viszonyokról a pontos tájékozódás igen nehéz.

Ismertetnem kell végül minden theorián túl ennek a betegségnek *therapiájára* vonatkozó megfigyeléseimet. Feltétlenül befolyásolható, sőt gyógyítható mozgásszervi megbetegedésről van szó. Az ilyen betegek a salicyl kúrákat rosszul tűrik, protein therapiára, meleg, thermalis kúrákra, szokásos iszap pakolásra nem javulnak, inkább rosszabbodnak. Kiindulva abból a tényből, hogy a mozgás a tüneteket megszünteti, igyekeztem betegeimet a legintenzivebben mechanotherapiás ingerekkel kezelni. Legtöbb esetben skót zuhany, hideg és meleg hatásnak mechanikus hatással való egyesítése, bőrizgató massagefogások, a kérdéses helyek finom feldörzsölése és hozzá az alkar és felkar gyúrása elégségesnek bizonyult. Jó szolgálatot tett sokszor a vibratios massage, sőt a faradikus hengertől is láttam kedvező gyógyhatásokat. Nem nélkülözhető az endocrin arthralgiánál a rendszeres gymnastika, a céltudatos gyógytorna. A keringés javítására több betegnél légzési gyakorlatokat kezdeményeztem, főleg az abdominális légzést gyakoroltattam *Hofbauer* módszere szerint. Bizonyosra vehető, hogy a légzési gymnastika, talán a nyirokérkeringésre való egész különleges hatása miatt, az endogen arthralgiát kedvezően befolyásolta.

A gyógyszeres therapiát illetőleg be kell számolnom elsősorban a glykoven injekciók hatásosságáról, bár több esetben eredményt ezektől sem láttam. Bámulatosan megjavult két betegem acetylcholinchlorid injekciókra, míg ugyanakkor három más esetben hatástalan volt. Próbáltam histamin injekciókat adni minden eredmény nélkül. Ugyancsak teljesen hatástalan a *Deutsch* által ajánlott histamin-iontophoresis.

Az endocrin arthralgia meglehetősen makacs betegség. A fizikalis therapia, főként a mechanotherapia gyorsan segíthet, de a betegek recidiva készsége igen nagy. Ennek meggátlására a szervezet „áthangolása" feltétlenül szükséges. Sikeresen alkalmaztuk e célból néha az apicosan oltásokat, fényfürdőket. Ezeknél is hatásosabb volt a Lukácsfürdő természetes iszaptava, ahol a betegeket hetenként kétszer a meleg források körül jártattam.

Sokat próbálkoztam az endocrin arthralgia gyógyításában organotherapiával. A magyar ovariumkészítmények mellett ovowop kúrákat tartattam, anélkül, hogy a készítmények különösebb hatásosságáról meggyőződést szereztem volna. A glanduovin forte injekciók kétségkivül sikeresek voltak, itt azonban szerves anyagok parenterális alkalmazásáról lévén szó, mellékhatások is érvényesülhetnek. Jó eredményeket láttam három ízben a magas koncentrációjú petefészekkivonatoktól, főként a glandubolin injekcióktól, egyes betegek viszont nehezen bírták a készítményt. Ezen gyógyeljárások mellett az elért gyógyeredmények biztosítására a pajzsmirigy kivonatok voltak kiválóan alkalmasak. Ugy látszik, hogy a szervezet hypofunkcióinak ez a leghatásosabb fokozása az endogen arthralgiát hosszú időre megszüntetheti. Megemlítem azt is, hogy maga a fogyasztás is kedvezően befolyásolja a betegség kellemetlen symptomáit. Az endocrin eredetű arthralgiának enyhe kezdődő formáinál „kurát" legjobb, ha egyáltalán nem ajánlunk, hanem belekényszerítjük a szervezetet fokozottabb életfunkciókba, amennyiben napot, levegőt, sportot, legfeljebb massaget és különleges gymnastikát rendelünk.

Összefoglalás. Bizonyos constitutióval rendelkező nőknél ovarialis zavarokkal egyidejűleg — így a klimakté-

riumban, graviditásnál, ovariális műtétek után stb. — arthralgiák léphetnek fel. A tünetek alvás után a legszembetűnőbbek és rendszerint a kezek duzzadásából, merevségéből, fájdalmasságából és gyengeségéből tevődnek össze. A klinikai megfigyelések szerint ezen endogen arthralgiák reversibilis folyamatok, az objektiv tünetek a betegek subjektiv panaszaival együtt percek és órák alatt eltünhetnek. A klinikai észlelések pangásra vallanak. Főként a nyirokérrendszerben beálló pangásra kell gondolnunk. A tünetek a vegetativ idegrendszer vagotoniás állapotát sejtetik, emellett szól számtalan vizsgálat, továbbá az is, hogy rendszerint alvás után fejlődnek ki. A laboratóriumi vizsgálatok, a vérkép, a vérsejtsüllyedés, a labilitási reakció, a vérkeringési sebesség, a vérhúgysav és az alapanyagcsere meghatározása alapján fertőzéses eredetű és lobos folyamat kizárható. Hogy a petefészek működésének hiánya és esetleg ezzel felszabaduló toxinok, hormonok a vegetativ idegrendszert miképpen sensibilizálják, jelen tudásunk mellett el nem dönthető. A kórkép kialakulásában constitutios tényezők feltétlenül szerepet játszanak. A betegség kezelése a sympaticotoniát fokozó gyógyszeres vagy injekciós kezelés mellett főként erőteljes mechanotherapiás ingerek alkalmazásából áll. Ezen gyógyeljárás sikerét, úgy látszik, az egyidejűleg adagolt organotherapiás preparátumok biztosítják.

A kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem II. számú női klinikájának közleménye. (Igazgató: Tóth István dr., egyetemi ny. r. tanár.)

Terhesgondozás jelentősége az anya- és csecsemővédelem szempontjából.

Irta: *Salacz Pál* dr., tanársegéd.

„Az eredményes csecsemővédelem nem ott kezdődik, amikor az egészséges csecsemő már az anya emlőjén csüng, hanem ott, amikor az anya még szíve alatt hordja gyermekét". A szülészetben a praeventiv orvoslás óriási horderejét és fontosságát csak az utóbbi időkben ismerték el. Pedig ezt a felfogást teljesen igazolja az a rengeteg, sokszor az egész életre is kiható megbetegedés, melyet a terhesek rendszeres és állandó gondozásával, ellenőrzésével, valamint a szülés helyes vezetésével el lehetett volna kerülni. Azzal a kérdéssel, hogy mi módon gondoskodhatunk a terhességet és a szülést kísérő veszélyek elhárításáról, hazánkban csak az újabb időkben kezdenek foglalkozni. Az amerikai és angol szülészet érdemeinek egyik legnagyobbika a *terhesgondozás (pre-* vagy *antenatal care)* rendszeres kifejlesztése. A terhesgondozás alatt azt a vizsgálatot, ellenőrzést, esetleg gyógykezelést értjük, amit a nő terhessége alatt igényel s ami lehetővé teszi, hogy a terhesség és szülés veszélyein minden kockázat nélkül essen keresztül s egészséges, élő gyermeket hozzon a világra.

Bár a terhesség és a szülés biologiai szempontból normális folyamat, mégis — ha tekintetbe vesszük, hogy mily óriási változáson kell a terhesség alatt az anyai szervezetnek átmennie s hogy a határ a rendes és kóros állapotok közt mennyire nem éles, nyilvánvalóvá válik, hogy — oly elváltozások, amelyek a terhességen kívül alig járnak valamelyes következménnyel, terhes állapotban könnyen válhatnak oly kóros folyamatok előfutáraivá, melyek nem csak az anya, de a magzat életét is komolyan veszélyeztetik.

A rendszeres terhesgondozást a II. sz. női klinika ambulantiáján 1930. február 1-én vezettük be. Az azóta lefolyt egy év alatt 1324 terhes jelentkezett vizsgálatra, kik összesen 3646 ízben jelentek meg. Az 1324 terhes közül az esztendő folyamán klinikánkon szült 756, vizsgálatra még bejár 279, míg 289 terhesünk további sorsáról nem tudunk.

Az első év tapasztalatai is azt mutatják, hogy a nők igen nagy része még nehezen látja be s ismeri el, hogy terhessége egész tartama alatt orvosi felügyeletre van mulhatatlanul szüksége. 22%-a további vizsgálatra egyáltalában nem is jelentkezett. 31.6%-a pedig csak terhességének utolsó havában, igen sokszor utolsó napjaiban, közvetlenül a szülés előtt jelentkezett először vizsgálatra. Pedig csak a terhesség kezdetétől fogva s azután rendszeres időközökben végzett ellenőrző vizsgálatok révén ismerhetjük fel s vehetjük gyógykezelésbe a terhesség előtt már fennálló vagy csak a terhesség alatt jelentkező megbetegedéseket s végezhetünk eredményes terhesgondozást.

Az anya- és csecsemővédelem terén a terhesgondozásnak egyik legkiáltóbb eredménye a *syphilis* felismerésében és gyógyításában mutatkozik. Hiszen ha a terhesség korai stadiumában ismerjük fel a betegséget, úgy a terhes kezelésével nem csak őt magát, hanem születendő gyermekét is megmenthetjük a biztos pusztulástól. Az anyai lues serologiai kimutatása óriási haladást jelentett a congenitalis syphilis elleni küzdelemben. Az asszonyok luese ugyanis aránytalanul gyakrabban marad hosszú időn keresztül felfedezetlenül, a terhesség azonban mintegy provokálóan hat a szunnyadni látszó syphilisre s a terhesség alatt a Wassermann reactio sok esetben positivvá válik oly nőnél is, kinél a terhesség előtt negativ volt. Már ez is mutatja, hogy a terhesség alatt végzett vérvizsgálatnak mily óriási jelentősége van a latens lues felismerése szempontjából. Elsőrendű fontosságú volna tehát az anyai s a congenitalis syphilis leküzdése szempontjából minden terhes nőnél Wassermann reactiót végezni. Ez rendelésünkön meg is történt s 30 esetben (2.26%) találtuk positivnak. *Williams* fehérbőrű terhesnők közt 2.5%-ban, *Matusovszky* az I. sz. női klinika terhes anyagában 3.2%-ban talált luest. Klinikánkon 1927 október óta, amióta minden terhes, szülő, vagy gyermekágyas nőnél Wassermann vizsgálatot végeztünk 2.9%-ban találtunk syphilist. Sajnos csak 15 betegünk sorsáról tudunk, kik az év folyamán klinikánkon szültek. E 15 terhes közül 5 terhességének csak utolsó napjaiban jelentkezett vizsgálatra (1 macerált, 1 luetikus tünetekkel született, 3 látszólag egészséges gyermeket szült), míg kettő újabb vizsgálatra nem, csak szülésre jött be (mindkettő látszólag egészséges gyermeknek adott életet). A fennmaradó 8 esetből kettő már két- illetőleg öt év óta antilueses kezelésben részesült, a többi hat pedig csak terhessége alatt kúrázott. Mind a nyolc nő élő, érett, egészséges magzatot hozott a világra. Sajnos ezek oly kis számok, hogy egyedül ezekből messzebbmenő következtetést levonnunk nem lehet, de számos hazai és külföldi statisztika alapján állíthatjuk, hogy a kezeletlen syphilises terhességek gyümölcsének 70—90%-a halott magzat, vagy syphilises újszülött, míg a terhességük alatt antilueses kezelésben részesült anyák gyermekeinek 86—93%-a *(Matusovszky 87%, Guszmann 86.1%, Jewesbury—Reginald 87%, Williams 93.3%)* lueses tünetektől mentesen jön a világra. *Almkvist* szerint pedig azon anyák gyermekei, kiknél az egész terhesség alatt erélyes kúrázás folyt, egy gyermek sem volt luessel fertőzve.

A congenitalis syphilis elleni védekezést Franciaországban építették ki a legnagyszerűbben. Ott már a háború előtt kialakult az a felfogás, hogy a congenitalis syphilis elleni küzdelemben legnagyobb szerep a szülőosztályoknak, valamint az anya- és csecsemővédő egyesületeknek jut. *Bar* már 1912-ben külön rendelést tartott a syphilises terhesek kezelése részére. Ezt *Couvelaire* 1919-ben klinikáján kiszélesítette s *Pinard* syphilidologust bízva

meg vezetésével dispensairet szervezett, melynek az volt a hívatása, hogy minden terhességgel, szüléssel együtt fennálló, továbbá congenitalis, illetve hereditasos syphilis esetet felkutasson és gyógykezelje. E rendelésen terhesek, szoptató nők csecsemőikkel, idősebb gyermekeikkel, sőt férjeikkel, esetleg más családtagjaikkal együtt jelennek meg. A rendelés áldásos működését mutatja, hogy míg 1919-ben csak 315, addig 1922-ben már 1203 beteg kereste fel a rendelést. Rövidesen a *Lariboisière*-kórház is hasonló rendelőt nyitott, amit azóta számos újabb követett. Franciaországon kívül Angliában is bevezették a terheseknél a rendszeres vérvizsgálatot, mint a congenitalis syphilis elleni küzdelem egyik leghatásosabb eszközét. A sikeres megelőzés céljából egyben széleskörű társadalmi propagandát is indítottak.

A syphilisen kívül azonban még sok más veszedelem fenyegeti az anyát és a magzatot a terhesség és szülés alatt, amitől pedig rendszeres terhesgondozás révén meg lehetett volna őket menteni. Elsősorban a terhességi toxicosisok, azok legveszedelmesebbike, *az eklampsia*. Az eklampsiának kóroktanát még ma sem ismerjük. Maga az eklampsiás roham a sok közül csak egyik tünete annak a terhességi megbetegedésnek, amit eklampsismusnak nevezünk. Abban az irányban kell tehát dolgoznunk, hogy az eklampsismus esetei már akkor kerüljenek kezelés alá, amikor az eklampsia még nem tört ki, mivel csak a prophylactikus kezelés nyujt biztos eredményt. Hány anyát és gyermeket menthetnénk meg, ha a terhességi toxicosisok tüneteit idejében fedezhetnénk fel s vehetnénk kezelés alá. Terhesrendelésünkön 64 alkalommal találtunk kisebb mennyiségű albument a vizeletben, míg kifejezett nephropathiája 50 terhesnek volt. Ezek közül az első év folyamán 37-en szültek meg klinikánkon, így csak ezek sorsáról tudunk biztosat. E 37 közül háromnak volt eklampsiája. Érdemes e három esetre pár szóval kitérni, mert ebből is látható, hogy mily fontos a terhesség végén a vizelet s a vérnyomás hetenkénti ellenőrzése.

Az egyik terhessége nyolcadik havának végén jelentkezett elsőízben vizsgálatra. Vizeletében kóros alkotórészt nem találtunk, vérnyomása azonban 140/70 Hgmm volt. Diaetát rendeltünk. Egy hét mulva lelet változatlan. Ujabb 7 nap mulva a vérnyomás nem emelkedett, a vizelet azonban kisfokú opalescentiát mutat. További diaeta, ágynyugalom. Rá egy hétre a vizeletben túrós csapadékot adó mennyiségű fehérjét s 205/150 Hgmm-es vérnyomást találunk. Felvesszük klinikánkra. Felvétele utáni harmadnapon reggel erős főfájás, émelygés, majd hányás jelentkezik s délelőtt $^3/_4$11-kor eklampsiás rohamot kap. Stroganoff kúrára az állapot javult, a következő öt nap alatt a vizelet 24 órai mennyisége 600—1000 g-ot tesz ki, vérnyomása eleinte 120/95, később ismét emelkedik; 165/105. A vizeletben állandóan +++ fehérje, üledékben vörösvérsejtek, nehány vesehámsejt, elvétve néhány szemcsés cylinder található. Felvétele utáni 8-ik napon újabb eklampsiás roham, mely miatt császármetszést végzünk. 3600 gr.-os élő gyermeket kapunk. Gyermekágyban több roham nem jelentkezik, a vizeletmennyiség emelkedik, a vérnyomás lassan csökken s az 5. napon albumen már csak nyomokban mutatható ki a vizeletben.

Másik betegünk szintén terhessége nyolcadik havának végén jelentkezett elsőízben vizsgálatra. Vizeletben fehérje nincs, geny +++. Vérnyomás 145/88 Hgmm. Diaeta. A hetenként végzett további vizsgálatkor a geny mennyisége csökken, a vérnyomás azonban változatlan. Az utolsó vizsgálat utáni 16. napra — közben nem jelentkezett — szülőfájásokkal jön a klinikára. Vizeletében túrós csapadékot adó mennyiségű fehérje. Vérnyomása 230/150 Hgmm. Szemfenéken kóros elváltozás nincs. Vizelet üledékében látóterenként néhány vesehámsejt, szemcsés és hyalin cylinder. Felvétele utáni 13. órában eklampsiás rohamot kap, melyet — dacára az azonnal bevezetett Stroganoff kúrának. — másfélórás időközökben még három roham követ. Magasfogó műtéttel 4100 gr.-os élő gyermeket hozunk a világra. A gyermekágyban a kiürített vizeletmennyiség gyorsan emelkedik, a 4. napon már 5000 cm³-t tesz ki, ekkor az albumen még erősen positiv, az üledékben is 1—2 vörösvérsejt mellett elvétve hyalin és szemcsés cylinderek láthatók. A 18. napon, kibocsátásakor már csak opalescál a fehérje.

Végül a harmadik betegünk terhessége V.—VI.-ik hónapjában jelentkezett hydramnionnal. Vizeletben kóros alkotórész nincs, vérnyomása 105/65 Hgmm. A röntgenfelvétel hármas ikerterhességet mutatott. Mivel a terhességének megszakítására okot egyelőre nem találtunk, hazabocsátjuk s kontrollra berendeljük. Csak egy hónap mulva jelentkezik szülőfájásokkal. Has nagy feszülés alatt áll, körfogata 106 cm. Az első magzat I. dorsoposterior haránfekvésben helyezkedik el; lábrafordítjuk, extraháljuk; a második és harmadik iker koponyafekvésben születik meg. Szülés után 2 óra mulva eklampsiás rohamot kap. Stroganoff kura. A második napon a vérnyomás már 110/70 Hgmm., vizelet 24 órai mennyisége 1300 cm³, az albumen csak gyenge opalescentiát mutat.

Első két esetünkben csak a vérnyomás magas volta figyelmeztetett a kezdődő veszélyre már abban az időben, mikor a vizeletben fehérjét még kimutatni nem tudtunk. Ez a két példa is élénken bizonyítja, hogy mily fontos a terhesség utolsó idejében a gyakori és rendszeres vérnyomásmérés és vizeletvizsgálat!

A syphilisen és eklampsián kívül még a megbetegedések egész sora fedezhető fel s küszöbölhető ki rendszeres terhesvizsgálat által. Igy a haránfekvések (13 eset), farfekvések (42 eset), a medencébe ékelt, szülési akadályt okozó daganatok (anyagunkban két ovarialis tumort találtunk a terhesség koraibb stadiumában), chronikus vesemegbetegedések, gonorrhoea, pyelitis (55 eset), cystitis (420 eset). Másrészt számos más elváltozás, rendellenesség, megbetegedés fedezhető fel e réven: elsősorban a szűkmedence (36 eset), szűkebb, de nagyobb szűkületet nem okozó medencét állapítottunk meg még 75 esetben, ikerterhesség (10), placenta praevia (8), vitium cordis (35), tüdőtuberculosis (22), idős primipara (91), hydramnion (9), septum vaginae (1), elephanthiasis vulvae (1), cysta vaginalis (4) stb. stb. Bár ez esetek a terhesség alatt a kezelés számára hozzáférhetetlenek, de azzal, hogy a terhes nőket szülésük idejére intézetben helyezzük el, hathatós mértékben segítjük elő az anya- és csecsemővédelmet.

Amint a külföldi eredmények bizonyítják, kihatással van a terhesgondozás a gyermekágyi anyai mortalitásra is. *Illinois* államban (Egyesült Államok) az anyai mortalitás 0.7%, míg *Danforth* klinikáján, hol rendszeres terhesgondozás folyik, ez 0.29%-ra csökkent; *Detroitban* évek óta 0.87% volt, a terhesgondozó intézetek működése révén azonban 0.35%-ra csökkent. Csaknem 50%-os javulás! 756 klinikánkon szült terhes nőnk közül csak egy halt meg sepsisben, de ez is csupán négy nappal szülése előtt jelentkezett első ízben vizsgálatra, tehát terhesgondozásban tulajdonképen nem részesült.

S ha még hozzávesszük azokat a szövődményeket, melyek csak a szülés folyamán jelentkeznek és az anya vagy a magzat életét döntik veszedelembe s amelyeknek az elhárítása jól képzett szülészeket, esetleg intézeti kezelést igényel, beláthatjuk, hogy ott, ahol előreláthatólag szövődményekkel kell számolnunk, a terhes nőknek szülésük idejére intézetben való elhelyezésükkel segíthetjük hathatósan elő az anya- és csecsemővédelmet. A 756 klinikánkon szült, terhessége alatt észlelt nő közül 14-nél voltunk kénytelenek fogóval,ötnél sectio caesareaval befejezni a szülést; háromnál perforatiót, egynél lábrafordítást, tíznél lepény-, illetőleg cotyledoleválasztást végeztünk. Bár az öt sectio caesareán kívül a többi műtét magánháznál is elvégezhető, mégis a szűkmedencés szülések, a placenta praevia, a korai lepényleválás, nephropathia, eklampsia esetei inkább szülőintézetbe valók.

Eseteink száma még igen kevés ahhoz, hogy abból mélyebbre ható általános következtetéseket vonhassunk le a terhesgondozás jelentőségét illetőleg, de a külföld, valamint az *Országos Stefánia Szövetség* statisztikai adatai meggyőzőek. Az országban ma az *Országos Stefánia Szövetség*nek 206 terhesvizsgáló intézete működik, melynek

áldásosságát és népszerűségét mi sem bizonyítja jobban, hogy míg 1924-ben a gondozása alatt álló terhes nők száma 8887 volt, addig 1929. év folyamán 27.743-ra emelkedett. Rendellenességet találtak: 281 harántfekvést, 295 ikerterhességet, 364 szűkmedencét, 438 vesebajt, 228 tuberculosist, 204 luest, 96 gonorrhoeat, 98 szervi szívbajt, 22 méhenkívüli terhességet.

Jól felszerelt terhesvizsgáló intézeteket kell felállítanunk, védőnőket kell nagyszámban kiképeznünk, kik felkeresik a terhes asszonyokat, meggyőzik őket arról, hogy orvosi felügyeletre, vizsgálatra egész terhességük alatt múlhatatlanul szükségük van, hogy az orvost már terhességük kezdetén keressék fel, attól kezdve pedig rendszeres felügyelet alatt álljanak. A védőnők saját körükben óriási felvilágosító propagandát fejthetnek ki, oktatással, felvilágosítással emelve a nép intelligentiáját, bevihetik a köztudatba, hogy a terhes nő ne a szomszédasszonyhoz, legjobb esetben a bábához forduljon tanácsért, hanem már terhessége kezdetén keresse fel orvosát. Ezzel a nép széles rétegét nyerhetjük meg a terhesgondozásnak, egyuttal az anya- és csecsemővédelemnek.

Azonban az orvosi terhesvizsgálatnak is minden tekintetben meg kell felelnie a terhesgondozás követelményeinek. A következőkben tehát rá szeretnék mutatni azokra a fontosabb vizsgálatokra, melyek elengedhetetlen kellékei a terhesgondozásnak.

A terhesvizsgálat terjedjen ki:

1. *Általános vizsgálatra*, mely minden előszörszülőnél, de minden először látott, többszörszülőnél is szükséges. Az anamnesis felvételén kívül (előző szülések, gyermekágyak, fertőző megbetegedések, tbc. lues, rachitis, menstruatiós viszonyok) a szív, tüdő vizsgálata, a tonsillák, fogak (pyorrhoea, apicalis abscessus) vizsgálata elengedhetetlen. Ez utóbbiakból a gyermekágyban ugyanis autogen infectio indulhat ki.

2. Az *előlfekvő rész* pontos *meghatározására* csak az utolsó négy hétben van szükség. Ezideig a magzat oly gyakran változtatja helyzetét, hogy a pontos meghatározás mellőzhető. A farfekvések kb. 60%-a a terhesség 34—36-ik hete közti időben spontan átalakul koponyafekvéssé *(Mc. Ilroy)*. Ha azonban az előlfekvő részt illetőleg a különböző időkben megejtett vizsgálatoknál nagy változékonyságot találunk, úgy legyünk óvatosak: valószínűleg valamilyen rendellenesség áll fenn (szűkmedence, placenta praevia, ikrek), mely a fej beilleszkedését megakadályozza. Ha a 36-ik héten farfekvést találunk, úgy külső fordítást kísérelhetünk meg. Hamarabb ez szükségtelen, mert spontan versio is beállhat, viszont később, különösen a 38. hét után már a fordítás nehéz, mert a magzat nehezebben mozgatható.

3. Talán egyik leglényegesebb pontja a terhesvizsgálatnak *a fej- és medence közti térarányatalanság* felkutatása. Medenceméréssel, a fejnek a bemenetbe való nyomásával s a medencének a hüvelyen át való vizsgálatával az összes esetek kideríthetők, ahol a szülés alatt mechanikus nehézség állhat elő. Mérjük meg tehát a medencéjét minden előszörszülőnek s minden első ízben látott többszörszülőnek. Legfontosabb a distancia spinarum, cristarum, a conjugata externa, de főként a conjugata diagonalis mérése. A kimenet tágasságára vonatkozólag elég az os pubis lehágó szárai által alkotott szög tágasságának becslése. Ha az összes méretek normálisak, vagy az átlagnál nagyobbak, a promontoriumot elérni s a linea terminalis hátsó részét kitapintani nem tudjuk, úgy a medencét rendes tágasságúnak tekinthetjük.

De ezzel csak a medence absolut nagyságát határoztuk meg. Szülésnél azonban — eltekintve a szülőerektől — még egy megmérhetetlen factorral, a magzat fejével kell számolnunk. Térarányatalanság jelenlétét tehát csakis a fej és a medencebemenet egymáshoz való viszonyából állapíthatjuk meg. Ha a fej a bemenetbe van nyomva, úgy térarányatalanság nincs. Ha a fej csak a bemenetre van illeszkedve, oldalfelé azonban még mozgatható, úgy megkísérelhetjük a fejet erős nyomással a bemenetbe nyomni; ha ez sikerül, úgy előbb meg kell kísérelni felülről gyakorolt nyomással a bemenetbe nyomni; ha ez sikerül, úgy térarányatalanság itt sem lesz. Ha a fej a bemenet felett mozgatható, úgy előbb meg kell kísérelni felülről gyakorolt nyomással a fejet fixálni. Ekkor három eset lehetséges: *a)* a fej könnyen a bemenetbe, sőt azon át nyomható; *b)* a fej csak nehezen nyomható be a bemenetbe, de azon át nem sikerül nyomni; *c)* semmiféle nyomás nem képes a mozgó fejet fixálni ,azaz a fej egész terjedelmében a bemenet felett marad. Ez utóbbinál rendesen prominentiát is találunk, mely — ha a symphysis elülső felszínét is meghaladja, úgy nem valószínű, hogy a szülés alatt olyfokú configuratio lépjen fel, mely megengedje, hogy a szűkületen keresztül élő magzat jöhessen a világra. Előszörszülőnél a fej a 36. héten már rendesen be van illeszkedve, csak kb. 20%-ban marad a bemenet felett, ilyenkor röviddel a szülés előtt illeszkedik csak be. Ez esetben azonban a fejet könnyen a bemenetbe lehet nyomni.

4. *Vizeletvizsgálat.* A terhesség második felében legalább kéthetenként, *az utolsó hónapban hetenként* vizsgáljuk meg a vizeletet. Rövid ideig fennálló albuminuria után is gyakran jelentkezik már eklampsia, ezért a terhesség utolsó havában nem elégséges a kéthetenkénti vizsgálat. A fehérjére való rendszeres vizsgálat az eklampsia jelentkezését nagyon leszállította, mert lehetővé tette annak prophylactikus gyógyítását. Ha nem katheterrel vesszük a vizeletet, úgy tanítsuk ki a terhest, hogy vizelés előtt alaposan mossa meg vulváját s két részletben vizeljen: az elsőt öntse ki s csak a másodikat hozza be vizsgálatra. Ha ebben fehérje nyomát találnánk, úgy okvetlen katheterrel vett vizeletet vizsgáljunk. Ha ebben is volna fehérje, úgy a sedimentum is megnézendő. Természetesen a vizeletet genyre, valamint a terhesség második felében legalább egyszer cukorra is meg kell vizsgálni. Glykosuria nem ritka a terhesség alatt, de ha a vércukor normalis s a beteg teljesen jó érzi magát, a terhességi glykosuria elhanyagolható.

5. A *vérnyomás* minden egyes vizsgálatnál megmérendő, mert a tapasztalat azt mutatja, hogy a vérnyomás igen sokszor már hamarabb emelkedik s mutat a közelgő veszélyre (eklampsia), mielőtt még fehérje jelenne meg a vizeletben. Terhesség alatt a vérnyomás rendesen alacsony, normalisan kb. 115 Hgmm.; 135 Hgmm. már fel kell, hogy hívja a figyelmünket, 150 Hgmm.-nél a toxaemia már szembeötlő (főfájás, látási zavarok, epigastrialis fájdalom stb.).

6. *Genyes folyás* jelenléte legyen mindig gyanús gonorrhoeara, különösen ha vulvitis is van jelen s az urethrából is geny ürül. Terhesség alatt a gonorrhoea tünetei rendesen accentuálódnak, a terhesség alatt szerzett infectio pedig sokszor igen súlyos. Bacteriologiai váladékvizsgálat végzendő tehát s a genyes folyás kezelendő, mert gyermekágyi fertőzés forrása lehet.

7. *Minden terhes nőnél Wassermann reactio végzendő* s positiv esetben minél előbb s lehetőleg az egész terhesség ideje alatt antilueses kúra alkalmazandó. A Wassermann reactióval egyrészt sok latens lues esetet deríthetünk ki, másrészt a terhes nő kezelése által kezeljük a méhürben levő magzatot s leküzdjük a congenitalis syphilist.

A terhesség lefolyása alatt — a fentebb említett gyakori vizeletvizsgálatokon kívül — legalább négy vizsgálat végzendő: először a terhesség kezdetén, másodszor kb.

a terhesség VII. havának végén, harmadszor kb. a 34-ik, negyedszer kb. a 38. héten. Az első vizsgálat célja az anamnesis felvétele, a szív, a tüdő, a fogak, tonsillák, elferdülések és a Wassermann reactio vizsgálata. A második vizsgálatot a medence, a conjugata diagonalis, a kimenet mérése, valamint medencebeli vagy ovarialis tumorok kizárása céljából végezzük. A harmadik és negyedik vizsgálat célja pedig a rendellenes fekvések felfedezése és correctiója, valamint a fej és medenceközti viszony (téraránytalanság) megállapítása.

A mai viszonyok között inkább áll, mint valaha *gróf Széchenyi István* mondása: „Mi magyarok oly kevesen vagyunk, hogy még az apagyilkosnak is meg kell bocsátani!" Érezzük át e mondat szíveket marcangoló igazságát, fogjon össze mindenki, orvos, hatóság, társadalom egyaránt az anya- és gyermekvédelem érdekében, szervezzük meg az egész országra, társadalomra kiterjedő felvilágosító propagandát, állítsunk fel jól felszerelt rendelőintézeteket terhes nők részére, vezessük be a klinikák, kórházak rendelőhelyiségeiben a rendszeres terhesgondozást, mert a hathatós anya- és csecsemővédelemnek már a terhességben kell kezdődnie.

Irodalom: *Bar:* Bull. internat. de la protection de l'enfance. 1925. 116. o. — *Berecz:* Orv. Hetilap, 1927. 74. o. — *Bourne:* Recent advances in obst. a gyn. London, 1926. — *Bud:* Orvosképzés, 1929. 4—5. füz. — *Danforth:* Boston, med. a. surg. jour. 193. k. 331 o — *Doros:* Népegészségügy, 1927. — *Eden—Holland:* A manual of midwifery. London, 1925. — *Gammeltoft:* Hospitalstidende, 69. évf. 613. o. — *Guszmann:* Orvosképzés, 1926., és Orvosi Hetilap, 1925. 215. o. — *Kovács:* Orv. Het. 1926. 1172. o. — *Matusovszky,* Orv. Het. 1924. 97. o. — *Speidel:* Southern med. journ. 18. köt., 107. o. — *Tauffer:* Népegészségügy, 1928. — *The Queen Charlotte's Practice of Obstetrics* London, 1927. — *Torday:* Orvosképzés, 1926. — *Tóth:* Orvosképzés, 1930. — *Welz:* Amer. Journ. of obst. a. gyn. 11. köt. 671. o. — *Williams:* Obstetr. London, 1927.

A Szt. István közkórház IV. sebészeti osztályának közleménye. (Főorvos: Winternitz Arnold dr., egyet. rk. tanár.)

A nyaki bordákról.

Irta: *Salamon Ernő* dr.

A bordák száma nem változhatatlan, hanem — épen úgy, mint a csigolyáké — megnövekedhet vagy megkevesbedhet. A megnövekedés létrejöhet az által, hogy egy vagy több lumbalis csigolya a processus costariusa helyett bordát visel. Ez a lumbalis borda néven ismeretes variatió elég gyakori, azonban nem szokott panaszokat okozni. A másik, ritkább alakja a számfeletti bordáknak ellenben önálló oka lehet panaszoknak. Ez az ú. n. nyaki borda, amely valamelyik — legtöbbnyire a VII. — nyaki csigolya proc. transversusával összefüggésben fejlődik, tehát a nyakon fekszik.

Tetemen való észlelés után első ízben *Hunauld* írt le nyaki bordát 1740-ben. Tetemen utána több észlelője akadt, élőben először *Cooper* diagnostizálta 1818-ban. Sebészi beavatkozást első ízben *Coote* végzett nyaki borda miatt 1861-ben.

Johansson és később *Jánossy* a nyaki borda előfordulási gyakoriságát 1%-ra teszik, tehát átlag minden századik tetemen találunk ilyen varietást. Hogy a klinikus elé mégis oly ritkán kerül, annak az az oka, hogy csak az esetek 5—10%-ában okoz panaszokat, a többi csak accidentális lelet gyanánt vagy sectio kapcsán kerül észlelésre.

A nyaki bordák keletkezésének vizsgálatánál kiindulunk abból, hogy a foetalis életben a farkcsigolyák kivételével az összes csigolyákon megtaláljuk a bordai elemet. Ez a bordai elem a hátcsigolyákon tényleges bordává fejlődik, a többi csigolyákon pedig csontgumók jelzik őket később. A nyaki csigolyákon a harántnyulvány tuberculum anteriusa felel meg a bordaelem maradványának. A legtöbb szerző megegyezik abban, hogy a nyaki bordák ezen tuberculum anteriusnak rendellenes, önálló bordává való fejlődéséből származnak, ami azért is kézenfekvő, mert ezen gumónak normalisan is sokszor van önálló csontosodási magja. *Falk* azonban felhívta a figyelmet arra, hogy a nyaki bordák kis része az előbb leírttól eltérő módon keletkezik. A fejlődés korai stadiumában a csigolyaívek a csigolyatestektől relative függetlenül fejlődnek s így megeshetik, hogy bizonyos rendellenes fejlődéstani erők következtében az ívek cranial irányban a testekhez képest eltolódnak. Igy az eredetileg az I. hátcsigolyához tartozó ív a VII. nyakcsigolyával léphet összeköttetésbe s létrejön a nyaki borda. Erre a keletkezési módra leginkább egyoldali, jól fejlett nyaki borda esetén gondolhatunk, mivel az eltolódás legtöbbnyire csak egyik oldalon szokott létrejönni.

A cervicalis borda klinikai tüneteit előidézheti *Léri* szerint a VII. nyakcsigolya harántnyúlványának egyszerű túlfejlettsége vagy hypertrophiája is. A tényleges nyaki bordák alakjában és fejlettségében nagy variatiókat találunk. Nagyságuk szerint a nyaki bordákat a legáltalánosabban elfogadott Gruber-féle beosztásba sorolhatjuk. Leggyengébben fejlett alak ezen beosztás szerint az, amelynek csak feje, nyaka és tuberculuma van, s a harántnyulvány hosszát nem haladja túl. Második fejlettségi fok, amelybe a legtöbb esetet sorolhatjuk, ha a nyaki borda túlhaladja a harántnyulványt s különböző hosszúságot elérve vagy szabadon végződik a nyak lágyrészei között, vagy pedig az I., kivételesen a II. vagy III. bordával áll összeköttetésben. Ezen összeköttetés lehet szalagos, porcos, ízületes vagy csontos, mely utóbbi esetben olyan képe lehet, mintha az I. borda a hátsó részén bifurcált volna. A harmadik fejlettségi fokot megütő cervicalis borda az I. borda porcáig ér s ezzel függ össze. Végül pedig, ha teljesen kifejlett, mely esetben a IV. csoportba soroljuk, a többi bordával azonosan viselkedik, tehát a sternummal függ össze. A dorsalis végén levő capitulum minden esetben a csigolyatesten, annak egy árkában vagy tuberositásán izesül a nyakcsigolyával.

A nyaki borda a VII. nyakcsigolyával szokott összefüggeni. Igen kevés esetet találunk az irodalomban, ahol a VII. nyakcsigolya mellett a VI. is visel cervicalis bordát s a számomra hozzáférhető irodalomban csak *Lechleuthner* egyetlen esetét találtam, amelyben mindkét oldali V., VI. és VII. nyakcsigolyával ízesülő három complet bordapár szerepel.

Az esetek túlnyomó részében — *Abalos* és *Biancardi* szerint 75%-ban — kétoldali a cervicalis borda. A bordapár két tagja azonban fejlettségben és alakban különbözni szokott. Nőknél gyakoribb a nyaki borda, mint férfiaknál, Caminiti szerint az arány 7:3.

A nyak lágyrészeinek az elhelyezkedése nagy mértékben függ a nyaki borda hosszától. Az a. subclavia helyzetét csak bizonyos hosszúságot meghaladó nyaki borda változtatja meg, mely esetben az a. subclavia a borda fölött fut, igen kivételes pl. *Neuberger* esete, ahol alatta haladt. Azt a hosszúságot, amelynél az a. subclavia helyzetváltoztatása kezdődik, nem lehet pontosan meghatározni, mert ez függ az egyéni fejlettségtől s az a. subclavia egyénenként is kissé változó helyzetétől. Ha egyoldalt két nyaki borda van, akkor megtörténik, mint pl. *Karg* és *König* eseteiben, hogy az a. subclavia a két nyaki borda között fut. A vena subclavia a cervicalis borda fö-

lött szokott haladni, úgyszintén a plexus brachialis is. A plexusnak a IV. és V. gyökere, vagy *Loessl* szerint a n. suprascapularis sokszor belefekszik a nyaki bordán rendszerint jelenlevő sulcusba. A musculus scalenus ant. vagy med., melyek részben a nyaki bordán is tapadhatnak, elválaszthatják egymástól az a. subclaviát és a plexus brachialist, még gyakrabban magát a plexust osztják részekre. A nyaki borda és az I. borda között ritkán van rendesen fejlett m. intercostalis, többnyire csak kötőszövetes kötegek vannak jelen. A cupula pleurae rendszerint magasabban áll az illető oldalon egy bordával s a nyaki borda periosteumával gyakran erősen össze van nőve.

A tünetek, amelyeket a cervialis borda kivált, nem szoktak a fiatal gyermekkorban jelentkezni. Leggyakoribb a tünetek kezdete a pubertás idején, mindenek szerint az eddig jórészt porcos képződmény elcsontosodása miatt. Kevésbbé gyakran a tünetek az 50—60-as években kezdődnek, valószínűleg a nyakiborda és szalagjainak rigidebbé válása és a bordaporc elcsontosodása miatt, de kezdődhetnek bármely életkorban.

Kifejlődhetnek a tünetek alkalmi ok nélkül, lassan, fokozatosan, kiválthatja őket maga a növekedés is. Legtöbbnyire azonban találunk az anamnesisben momentumokat, melyek kiváltó okként szerepelnek. Ilyenek lehetnek: intercurrens betegségek, a vállat, illetőleg a nyakat érő traumák, a végtag erőszakos mozgása; a nyaki borda környezetének megváltozása pl. retractio a tüdőcsúcsban, gyors lesoványodás, pleuritis; végül magának a nyaki bordának elváltozásai pl. periostitis, *Hain* esetében osteomyelitis, *Coote, Santy* és *Japiot* esetében osteophyta képződést. *De Quervain* betegénél a tornisterszíj nyomása váltotta ki a tüneteket, *Bertelsmann* esetében a m. scalenusokban fellépett myositis sclerotisans.

A nyaki borda klinikai tünetei összefoglalva meglehetősen characteristikus kórképet adnak.

Localisan a fossa supraclavicularisban sokszor észlelhetünk kidudorodást, mely néha pulsál is, ha ugyanis az a. subclavia rajta nyargal a nyaki bordán. Betapintva a fossa supraclavicularisba, ott legtöbbször jól érzünk egy csontkemény, fájdalmatlan, elmozdíthatatlan tumort, melynek észlelése azonban igen rövid vagy igen izmos nyakú egyéneknél nehézségekbe ütközhetik.

A kórkép domináló tünetei legtöbb esetben a plexus brachialis nyomásának a következményei. A plexus brachialis ugyanis gyakran nyomásnak van kitéve, mely nyomásnak a kifejlődése nem annyira a nyaki borda hosszától, mint inkább annak irányától és a plexushoz való viszonyától függ. Ennek megfelelőleg a végtagban a plexus elágazodási területére localizált tünetek jelentkeznek. Mivel leginkább a VIII. cervicalis és I. dorsalis gyökér rostjai kerülnek nyomás alá, a tünetek elsősorban az ezeknek megfelelő n. ulnaris és n. cutaneus antibrachii med. területén fognak jelentkezni, másodsorban a VII. nyaki gyökér területén. De legtöbbnyire kiterjednek a panaszok az egész végtagra, sőt a törzs azonos felére is, mert a plexus brachialis a törzs azonos oldalára is küld ágakat. Ezen panaszok: neuralgiás fájdalmak, paraesthesiák, hangyamászás, érzéstelenség, kifáradás, gyengeségérzet a végtagban. Motorikus zavarok csak később jelentkeznek s nem szoktak az izmok teljes megbénulásáig fokozódni, hanem a végtagidegek és izmok elektromos ingerlékenységének csökkenésében, izomsorvadásokban mutatkoznak, mely sorvadás elsősorban a m. abducens és opponens pollicist, a kéz kis izmait, a thenar és hypothenar izmait támadja meg. A beteg finom munka végzésére képtelen, ügyetlen lesz, a kéz szorító ereje csökkent.

Ezen panaszoknál sokkal ritkábban jelentkeznek tünetek az érrendszer részéről. A megfelelő hosszúságot elérő nyaki borda ugyanis az a. subclaviának a megtöretését, nyomását, ezzel együtt a periarterialis sympathicus plexusnak a nyomását idézheti elő, melynek következményei circulatiós zavarokban nyilvánulnak. Ezen circulatiós zavarok a radialis pulsus gyengülésétől az a. subclavia teljes thrombosisáig minden fokban előfordulnak. A végtag halványabb, hüvösebb lesz az ellenoldalinál. Ha thrombosis fejlődik ki, ez rendszerint oly lassan halad előre, hogy mindig van idő collateralis keringés kifejlődésére. Egyetlen esetet találtam az irodalomban, melyben *Vespignani* kénytelen volt a thrombosis miatt amputatiót végezni, itt is azonban előzetes műtéti thrombuseltávolítás után fejlődött újabb, gyorsabb thrombosis. Elég gyakori az aneurysmaképződés a nyaki borda felett fekvő arteriarészben. Ezen aneurysmák aránylag kevés hajlamot árulnak el a növekedésre, azonban gyakori kiváltó okai a thrombosisnak. *Jánossy* nyaki bordával kapcsolatban agyemboliát ír le, mely nyilván az a. vertebralison keresztül az a. subclaviából származott. A vena subclavia igen ritkán kerül nyomás alá s így az ennek következtében fellépő végtagcyanosis és oedema igen ritkák.

A cirkulatiós zavaroknak azonban csak egy része magyarázható mechanikus okokkal. Kétségtelen, hogy a mechanikus okok mellett trophicus zavarok is szerepelnek úgy a circulatiós, mint a többi tünetek kialakulásában is. Némely esetben ugyanis a kéz ujjaiban gangraenák lépnek fel, melyeket a régebbi szerzők egyszerű mechanikus circulatiós zavarnak tulajdonítottak. 1901-ben *Gordon* szóba hozta a nyaki sympathicus zavarát, azonban a gangraenákkal nem hozta összefüggésbe. *Todd* mutatott rá 1912-ben a circulatiós zavarok és sympathicus laesio közötti összefüggésre. A legutóbbi években azután *Benedek* és *Thurzó* bebizonyították, hogy a circulatiós zavarok egy része, nevezetesen az ujjak gangraenája nemcsak tünetileg, hanem aetiologiailag is hasonlítható a Raynaud-féle betegséghez. Nekik ugyanis sikerült egy-egy eset kapcsán betegük ujjain ú. n. localis syncope képében kísérletileg vasoconstrictiós rohamokot előidézni.

A sympathicus laesiónak egyéb jeleit is észlelhetjük cervicalis bordák kapcsán. Ilyenek a szívműködés zavarai, thermikus zavarok a végtagon, sőt az azonoldali arcfélen is, pajzsmirigy hypertrophia, ptosis, enophtalmus, pupillazavarok, melyek habár igen ritkák is, bizonyítják a nyaki sympathicusnak a kórképben való részvételét.

Sokat vitatott kérdés, hogy a nyaki borda mellett nem ritkán előforduló dorsalskoliosis a nyaki borda rovására írható-e. Valószínűtlenné teszi ezt az, hogy a dorsalskoliosis keletkezése visszavezethető a negyedik magzati hónapig. Amint a nyaki bordák fejlődésénél említettem, egyes nyaki bordák kifejlődése a csigolyaívek eltolódásával hozható összefüggésbe. Ezen eltolódás bizonyára a gerincoszlop egyéb fejlődési rendellenességeivel is összefüggésben áll s így az elgörbülésekkel is. Valószínűnek tartom tehát, hogy a dorsalskoliosis nem a nyaki borda rovására irandó, hanem itt két, együtt jelentkező s egymással fejlődéstani viszonyba hozható rendellenességről van szó, melyeket hasonló ok hoz létre egy korai magzati stadiumban.

Előfordulnak még elszórtan egyéb kísérő tünetek is a nyaki bordáknál, amilyenek a nyak mozgási zavarai, rekedtség, melynek eredete nincs teljesen tisztázva, phrenicus izgalom okozta csuklás, végül ankylosis a kéz izületekben.

A nyaki bordák differenciáldiagnosisánál szóba jöhet az I. borda exostosisa, mely azonban inkább venanyomás tüneteit idézi elő, az I. borda hiányos fejlettsége, egyes esetekben syringomyelia, arthritis, Raynaud gangreana. Mindezen esetekben már sokszor a fizikális vizsgálat is útbaigazít, azonban nyaki borda jelenlétét min-

denkor biztosan kimutathatjuk a röntgenvizsgálattal, mely tehát a diagnosisnál döntő szerepet játszik.

A nyaki bordák prognosisát igen kedvezőnek mondhatjuk. Enyhébb esetek conservativ therapia alkalmazására is gyógyulnak. Súlyosabb esetekben, midőn műtéti beavatkozást — bordaresectiót — kell végeznünk, *Rabinovic* szerint 60—80%-ban érünk el teljes gyógyulást. A gyógyulatlan esetek számát 9%-ra teszi, míg a többi esetben javulás áll be. Halálesetről mindezideig nem tudunk.

A therapia, melyet cervicalis borda okozta tünetek esetén követünk, lehet conservativ és műtéti. A panaszmentes esetek, melyekre csak accidentaliter bukkanunk, semmiféle therapiát nem igényelnek, sőt a legtöbb szerző azt ajánlja, hogy jelenlétüket ne is közöljük a beteggel, nehogy ezen közlés kiindulópontja legyen nervosus panaszoknak. Egész könnyű eseteknél alkalmazható a conservativ therapia, mely hideg borogatások, nyugalom, villanyozások és antineuralgicumok alkalmazásából áll. Circulatiós zavarok esetén csak a legkezdetibb szakban, vagy fenyegető tüneteket okozó aneurysmánál végezzünk műtétet. Egyébként, pl. fejlődőben levő thrombosis nem indicalja a műtétet, mert hiszen ezzel a collateralis keringést megjavítani nem vagyunk képesek, ellenkezőleg, annak rosszabbodására lehet kilátásunk a műtét kapcsán. Nagyobb fokú neuralgiás panaszok minden esetben indikálttá teszik a műtéti beavatkozást. A műtét esélyeinek mérlegelésénél nem szabad elfelednünk, hogy az izomatrophiák igen kevéssé befolyásolhatók a beavatkozással.

A műtét, mely lényegében a nyaki borda resectiójában áll, a különböző fontos képződmények: arteria, plexus, pleurakup miatt óvatosságot igénylő nem veszélytelen beavatkozás. Behatolhatunk a nyak oldalsó részén és a hátsó oldal felől. Ez utóbbi methodust *Streisser* ajánlotta 1912-ben, aki a proc. spinosusoktól 2 cm-re, azokkal parallel, függőleges metszéssel hatolt be s az izmokat szétfejtve, innen közelítette meg a nyaki bordát. Ajánlatára többen hasonlóképen végezték a műtétet, azonban majdnem minden esetben a nyak elülső-oldalsó részén egy másik metszés készítése vált szükségessé a nyaki borda teljes kifejthetése céljából, tekintve, hogy a hátsó metszésből egy nem egészen rövid nyaki borda kifejtése igen nagy technikai nehézségeket okoz, sőt teljesen kivihetetlennek is bizonyulhat.

Az eddig operált nyaki borda esetek számát 90—100-ra tehetjük. Ezeknek kifejtése a fenti pár eset kivételével mind oldalról történt. Az oldalsó behatolásnál választhatunk supraclavicularis, a claviculával parallel metszést, mely a legelterjedtebb, s a legcélszerűbbnek is látszik, mert a legjobb betekintést nyújtja. Behatolhatunk hosszirányú, ferde, ívelt, vagy lebenyes metszéssel is. A lágyrészek tompa szétválasztása után felkeressük a nyaki bordát s azt resecáljuk. A resectiót a szerzők egyhangú véleménye szerint nem ajánlatos subperiostalisan végezni, mert a nyaki borda regenerálódhat s — mint *Beck* vagy *Agrifoglio* esetében — recidiválhat. Tehát a periosteumról leválasztva a lágyrészeket, periosteummal együtt resecáljuk a bordát. Resectio céljára használhatunk esetenként Luer-csípőt, vésőt, Gigli-fűrészt. A lágyrészek leválasztásánál legnagyobb figyelemmel a cupula pleuraera kell lennünük, mely gyakran össze van nőve a nyaki borda periosteumával és pedig néha oly erősen, hogy a legóvatosabb leválasztásnál is beszakad. A beszakadás által keletkező pneumothorax veszedelmét némileg csökkentik a gyakran jelenlevő periapicalis összenövések a pleura két lemeze között. Ezen veszedelem dacára is periosteummal együtt kell a nyaki bordát eltávolítanunk. Ha beszakadt a pleura, varratokkal egyesítjük, ha pedig ez valami oknál fogva nem lehetséges, úgy gazecsomóval zárva tartjuk a nyilást s a műtét végén *de Quervain* ajánlatára kellő óvatossággal behelyezett mély átöltő varratokkal zárjuk a seb mélyén lévő pleurasérülést s ez után végezzük a seb réteges zárását. A pleurasérülés zárásánál igen jó hasznát vehetjük a túlnyomásos (Ueberdruck) készüléknek, mely a mellkasi sebészetben általánosan használatos és nélkülözhetetlen is.

A bordaresectióval azonban a műtét még nincs befejezve. Ugyanis sokszor fibrosus kötegek erősítik a nyaki bordát az I. bordához vagy sternumhoz, mely kötegek maguk is okozói lehetnek a panaszoknak s ismételten írtak le esetekét, melyek ilyen kötegek bennhagyása miatt újabb műtétet igényeltek. Minden esetben tehát, mikor ilyen köteg, hid van jelen, azt is ki kell irtanunk.

Fontos tudnunk, hogy a műtét végleges eredményének kialakulásához hosszabb idő szükséges. Megesik, hogy a műtétet követő napokban, hetekben a tünetek fokozódnak, a neuralgiás fájdalmak exacerbálódnak, az eddig kisebbfokú bénulások súlyosbodnak. Mindezek a műtét alkalmával a plexusra gyakorolt vongálásnak, a műtét traumájának tudhatók be s átmeneti jelenségek. A nyaki borda tüneteinek teljes megszünésére néha egy teljes év is szükséges, általában pár hónap kell az eredmány kialakulásához.

A mi esetünkben egy 27 éves varrónőről volt szó. A beteget a volt IV.sz. belklinika műtét céljából tette át osztályunkra.

Az anamnesisben a következők foglaltatnak: három és fél év óta fájdalmak a jobb vállban, nyakban, később az egész jobb felső végtagban. Két év óta a jobb kéz ügyetlen, munkánál nehezen tudja használni. Jelenleg is nagy fájdalmai vannak a jobb felső végtagban.

A status fontosabb adatai: jobb thenar izomzata kifejezetten atrophiás. A hüvelykujj opponálása lényegesen gyengült, az adductio sem tökéletes. A n. medianus által ellátott területen nagyobb fokú, az ulnaris által ellátott területen kisebbfokú hypaesthesia, mely minden felületes érzésfajra egyaránt kiterjed. Galvanos árammal a hypothenar izomzata csak quantitative csökkent ingerlékenységet mutat, a thenar izomzatán renyhe, féregszerű rángást kapunk és az anod okozta rángás erősebb a kathodénál. Röntgen felvétel a nyaki gerincoszlopról két oldali, vaskos, mintegy 3—4 cm. hosszú nyaki bordát mutat.

Mint látjuk tehát, esetünkben is a plexus nyomás okozta a panaszokat. Circulatiós zavar nem volt jelen.

Tekintve, hogy varrónőről volt szó, akit kenyérkeresetében akadályozott betegsége, továbbá tekintettel a súlyos neuralgiás panaszokra, a műtét mindenképen indikált volt s azt *Winternitz* professzor úr végezte el 1925. I. 23-án, a következőképen:

Behatolás jobboldalt, 10 cm-es haránt supraclavicularis metszéssel. A képletek tompa szétválasztása után kitünik, hogy a VII. nyakcsigolya harántnyulványából kiinduló nyaki borda a plexus brachialis középső fasciculusát maga előtt tolja. Az arteria subclavián a nyaki borda kisfokú megtöretést okoz. A Gruber-féle beosztás II. csoportjába tartozó, szabadon végződő nyaki bordát 4 cm hosszban Luer-csípővel eltávolítjuk. Összekötő szalagok nincsenek. Réteges sebzárás.

A seb per primam intentionen gyógyult s a beteget 12 nappal a műtét után bocsátottuk el osztályunkról, egyelőre kevéssé változott statussal, amennyiben csak a neuralgiás panaszok enyhültek.

A beteget 4 évvel a műtét után újból megvizsgáltuk. Panaszai teljesen megszüntek, foglalkozását zavartalanul folytatja. Az egyetlen, ami nyaki bordája nyomán megmaradt, egy kisfokú sorvadás a thenar izomzatában, mely azonban a functiót egyáltalán nem befolyásolja. Esetünket tehát a gyógyultak közé kell sorolnunk.

Irodalom. *Abalos u. Biancardi:* Rev. med. del Rosario 16 évf. 355 old. 1926. — *Agrifoglio:* Arch. ital. di chir. 20. köt. 431 old. 1928. — *Benedek László:* O. H. 1924. 677. old.,Deutsch.

Zeitschr. f. Nervenheilk. 85. köt. 217. old. 1928. — *Bertelsmann:* Zbl. f. Chir. 1925. 1298. old. — *Caminiti:* Osp. magg. 1926. V. 31. — *Dupre Barton G.* and *Todd Wingate:* Anat. Record Vol. 8. p. 313. — *Falk:* Berlin. klin. Woch. 1915. 27. sz. — *W. Gruber:* Mém. de l'Acad. de sc. de St. Peterburg 1869. — *Hain:* Arch. f. klin. Chir. 146. köt. 649. old. 1927. — *Hunauld:* Sur la nombre des cotes. Histoire d. l'Acad. d. sc. Paris 1740. p. 337. — *Jánossy Gyula,* O. H. 1924. 574. old. — *S. Johannson:* Nord. med. Arch. 1915, Abt. I. — *Lechleuthner:* Münch. med. Woch. 1909 395. — *Léri:* Presse méd. 32. évf. 857. old. 1924. — *Léri et Péron:* Paris med. 14. évf. 281. old. — *Loessl János:* Dtsche Zeitschr. f. Chir. 196. köt. 346. oldal. 1926. — *Rabinovic:* Festschr. f. Pf. Myschr. Tomsk 130. old. 1925. — *Reuter C. K.:* Orvosegy. VIII; ülés. Ref. O. H. 1905. — *Santy et Japiot:* Lyon Méd. 1922. 104. old. — *Streissler:* Ergebn. d. Chir. u. Orthop. V. köt. 1913. (Klinikai irodalom 1913-ig.) — *Thurzó J.* és *Orsós J.:* O. H. 1928. 466. old. — *Todd Wingate:* Journ. Anat. and Phys. V. 45. p. 3., V. 6. p. 3. p. 293. — *Turner:* Journ. of Anat. and Phys. 1883. — *Vespignani:* Riun. d. rad. emil. Ref. Zbl. f. Chir. 1923. 824. old. — *J. F. Wood:* Proc. Royal Soc. Med. Vol. 6. 1913.

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. belgyógyászati klinikájának (igazgató: Herzog Ferenc dr., egyet. ny. r. tanár) és a II. sz. női klinikájának (igazgató: Tóth István dr. egyet. ny. r. tanár) közleménye.

Hormonvizsgálatok akromegaliás betegeken.*

Irták: *Margitay-Becht Endre* dr. és *Miklós László* dr.

Utóbbi időben számos vizsgálat foglalkozott a hypophysis elülső lebenyének hormonjaival. Ezek nagy része arra vonatkozott, hogy milyen szerepe van ezen hormonoknak a terhességben és az ivarcyklusban. Igen kevés adatot találunk azonban arra vonatkozólag, hogy az ivarmirigyekre ható hormon hogyan viselkedik azon megbetegedésekben, amelyek a hypophysis elülső lebenyének elváltozásával hozhatók összefüggésbe. Ilyennek ismerjük már régóta az akromegaliát, amelyről ma általánosan elfogadott, hogy az elülső lebeny fokozott működésének következménye. Ennek megerősítéséhez hozzájárultak *Long* és *Evans* kísérletei, amelyekben hypophysis-elülső-lebeny kivonattal fiatal állatokon óriásnövést idéztek elő. Ismeretes, hogy akromegaliában gyakran találkozunk az ivarmirigyek működésének megváltozásával, főleg csökkenésével, sőt megszünésével is. Tudjuk azonkívül azt is, hogy terhesség alatt néha akromegaliaszerű tünetek lépnek fel. Ezért fontosnak látszott annak vizsgálata, hogy nem mutatható-e ki — úgy mint terhesség mellett — akromegaliások vizeletében is a positiv *Aschheim—Zondek*-reactiót adó, az infantilis állat petefészkében tüszőérést, illetve corpus luteum-képződést előidéző hormon megszaporodása. Bár *Philipp* szerint ezt a hormont terhesség alatt magzati elemek termelik, a vizsgálatok azt mutatták, hogy terhességen kívül ugyanezen hatású anyag a hypophysis elülső lebenyében képződik. *Aschheim* és *Zondek* három akromegáliás betegen végezték el a reactiót, ezek közül kettőben az állatok elpusztulása miatt eredményt nem kaphattak, harmadik esetükben csak egy maradt életben, amelynek petefészkeiben csak I. reactiót találtak, azaz tüszőérési hormont mutattak ki. Minthogy ezen kívül tudtunkkal más ilyen irányú vizsgálat nem történt, eldöntetlen maradt az a kérdés, hogy van-e akromegaliások vizeletében kimutatható mennyiségű II. és III. reactiót adó, azaz folliculusvérzést, illetve luteinizálódást előidéző hormon is.

* Előadatott a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1931. III. 7-iki ülésén.

Vizsgálatainkat három esetben az I. sz. belklinikán kezelés alatt álló, három esetben ugyanott régebben észlelt akromegalis beteg vizeletével végeztük el, az *Aschheim—Zondek* terhességi reactio eredeti módszere szerint. Eseteinket az alábbiakban részletezzük:

1. K. A. 47 éves nő 1926 óta veszi észre, hogy arca szélesebb lett, megnyult, orra, kezei, lábai megnagyobbodtak, kéz és lábújjai megvastagodtak. Két éve nem menstruál. Erős fejfájása, hányingere van és naponta többször hány. Arcán, kezein, lábain typicus akromegaliás elváltozások (makroglossia). Szemfenék ép. Oldalnézéskor nystagmus. A jobb felső végtag tonusa fokozott, patella és Achilles-in reflex jobb oldalt élénkebb. A koponyafelvételen a sella rendes alakú és nagyságú, a homlokcsonton diffus hyperostosis. Cukorgörbe elhúzódó. Alapanyagforgalom: + 16%. Alimentaris glykosuria nincs.

A. Z. R.: Az ovariumok megnagyobbodtak, vérbőek, rajtuk már szabad szemmel is corpus luteumok ismerhetők fel; a méhszarvak igen erősen megvastagodtak. A szövettani képben erősen burjánzott tüszők és corpus luteumok láthatók.

2. O. J. 30 éves nő betegsége 1926-ban jobboldali erős fejfájással kezdődött; ugyanakkor kezei, lábai megnagyobbodtak; soványodott. Régebben is csak 2—3 hónaponkint menstruált, de betegsége óta menstruatiója még ritkábban jelentkezik. Arcán, kezein, lábain jellemző akromegaliás elváltozások. Kisfokú strumája van. Alapanyagcsere: + 5%. 1927—28-ban négy ízben röntgenbesugárzást kapott a hypophysisre. Azóta kezelésben nem részesült. Az A. Z. R. végzésekor a typicus akromegaliás elváltozások fennállanak. Négy hónapja nem menstruál, ezt megelőzően vérzése kilenc hónapig nem jelentkezett. A nőgyógyászati vizsgálat szerint nem terhes.

A. Z. R.: Igen kifejezett I—II. és III. reactio, erősen megvastagodott méhszarvak, a petefészkekben szabad szemmel látható vérpontok és corpus luteumok, amelyek szövettanilag is typusos képet adnak.

3. U. M. 47 éves nőbeteg, két évvel ezelőtt zsibbadás kíséretében végtagjai kezdtek megvastagodni, majd kezei, lábai egészben megnövekedtek, orra megvastagodott. Két éve menopausa. Feje nem fáj, látása nem romlott, testsúlya nem változott. Arcán, kezein, lábain akromegaliára jellemző anatomiai elváltozások. Szemfenék ép. Sellafelvétel intrasellaris tumornak megfelelő képet mutat. Nőgyógyászati vizsgálat: kicsiny, senilis méh, szabad környezet. Vérképben kisfokú anaemia, 5% eosinophil sejt, 49% lymphocyta.

A. Z. R.: A méhszarvak alig valamivel vastagabbak, a petefészkekben csak mikroskop alatt látható néhány, kissé megnagyobbodott tüsző. Gyenge I. reactio.

4. V. R. 61 éves nő betegsége 5 év óta lassan fejlődik. Lábai, három év óta kezei feltünően megnőttek, kéz és lábujjai megvastagodtak. Három év óta sokat eszik, iszik, de ennek dacára lassan soványodik. Feje ritkán fáj. Hangja feltünően méllyé vált. Arcon, kezeken, lábakon typusos akromegaliás elváltozások. Makroglossia, arthromegalia. A gégében az ary-porcok a szokottnál nagyobbak. Szemfenéken a papillák egész terjedelmükben a rendesnél valamivel halványabbak. A látótér zöld színre szabálytalanul beszükült. Vércukorgörbe elhuzódó. Alimentaris glykosuriája van. Alapanyagcsere: + 26%. Sellafelvételen intrasellaris tumornak megfelelő elváltozás látható.

A. Z. R.: gyenge I. reactio.

5. J. I. 24 éves férfi 20 éves korában rohamosan nőni kezdett, 22 éves korban még 8 cm-t nőtt. Ezzel egyidejüleg orra, ajkai megvastagodtak. Álla, kezei lábai, megnagyobbodtak, úgy hogy 42-es cipő helyett 46-ost kellett hordania. Fejfájása volt, amely két hónapja megszünt. Potentiája nem változott. Arcon, kezeken, lábakon kifejezett akromegaliás elváltozások. Szemfenék ép. Izérzésben kifejezett kiesés volt. Sella normalis alakú és nagyságú. Alapanyagcsere: + 1%. Cukorgörbe normalis. Az A. Z. R. végzésekor subjectiv panaszai két hónapja nincsenek, munkaképes. Az akromegaliás elváltozások változatlanul fennállnak, nem progrediáltak.

A. Z. R.: negativ, úgy a méhszarvak, mint a petefészkek változatlanok.

6. H. I. 32 éves férfi. Betegsége 13 évvel ezelőtt kezdődött. Kezei, lábai megnagyobbodtak, álla megnyult. A klini-

kát 1926-ban kereste fel, erős fejfájása miatt, ugyanekkor potentiája is csökkent és csillapíthatatlan szomjúság kínozta. Az akkor történt klinikai vizsgálat adatai szerint a 192 cm. magas férfi, arcán mellkasának felső részén, kezein, lábain typikus akromegaliás elváltozások észlelhetők. Arthromegalia, makroglossia, egész testre kiterjedő hypertrychosis. Az ízérzésben súlyos kiesés állapítható meg. A sellabemenet rendes tágasságú, alapja kiszélesedett, a sinus sphenoidalis kitöltött. Szemfenék ép. Alimentaris glykosuriája van. Alapanyagcsere + 14%. 1926—28-ban háromszor röntgen-besugárzást kapott. Azóta álla, kezei, lábai megkisebbedtek, fejfájása csökkent, potentiája javult. Az A. Z. R. végzésekor az anatomiai elváltozások változatlanok, fejfájása alig van.

A. Z. R.: negativ.

A vizsgált hat akromegalia eset közül tehát *kettőben megtaláltuk a II., ill. III. fokú Aschheim—Zondek reactiót,* amint az chorionepitheliomától és egy-két ritka kivételtől eltekintve csak terhességben fordul elő. Két másik esetünkben pedig a petefészkek tüszőinek kisfokú burjánzását észleltük, ami gyenge I. reactiónak felel meg. Ezt az elváltozást terhességen kívül főleg genitalis eredetű, jó és rosszindulatú daganatoknál is látták és ezt találta *Aschheim* és *Zondek* is egyetlen életben maradt egerében. Két férfi betegünk vizeletével végzett vizsgálat teljesen negativ eredményt adott.

Az egyik III. reactiót adó betegünk akromegaliája a klimacteriumban kezdődött, ami az eddigi vizsgálatok szerint is fokozott hypophysishormon-termeléssel jár. Ez az eset súlyos klinikai képet mutatott, tünetei progressióra engedtek következtetni. A másik, II. és III. reactiót adó betegünk 26 éves korában lett akromegaliássá. Egyéb kifejezett tünetei mellett az amenorrhoea volt feltünő. Ezzel összefüggésbe hozható *Martin* észlelete, aki nagymennyiségű elülső-lebeny-hormon adagolásával nem csak kórosan fokozott vérzést szüntetett meg, hanem teljes amenorrhoeát is idézett elő. Ezt a jelenséget, minthogy a hypophysis elülső lebenyének általában az ivarmirigyek működését serkentő hatást szoktak tulajdonítani, úgy magyarázza, hogy a hormon kisebb adagban a tüszők érését, nagyobb mennyiségben azok luteinizálódását idézi elő, ami a vérzés elmaradását vonja maga után. *Zondek* újabb kísérleteiben külön luteinizálódást és külön tüszőérést okozó hormont mutat ki. Mindkét lelet összefüggésbe hozható az akromegaliában észlelt amenorrhoeával. Ezt látszik igazolni *A. Wagner* észlelete is, aki egy hypophysisdaganattal bíró asszony teljesen luteinizált petefészkében nagy corpus luteum cystát talált. Az akromegalia kórbonctani képéhez általában hozzá tartozik az ivarmirigyek sorvadása is. Az ovariumokra nézve feltehető némely esetben, hogy ez előzetes luteinizálódás után következett be. Másrészt viszont fennáll az ellenkező lehetőség is, hogy t. i. bizonyos esetekben az ivarmirigyek működésének megszűnése vezet hypophysis-hormon túltermelés folytán akromegalia kifejlődéséhez. Igy volna megmagyarázható a klimaxos akromegalia és ezt a felfogást támogatná az a lelet is, hogy a petefészek működésének úgy physiologiás, mint műtéti, vagy sugárhatás által előidézett megszünése a hypophysishormonnak, az infantilis egér petefészkében is kimutatható, megszaporodását idézi elő.

Nehéz végleges választ adni arra a kérdésre, hogy ezt a hormont a hypophysis melyik sejtfélesége termeli, bár több adat az eosinophil sejtek szerepe mellett szól. *Philipp* transplantatiós kísérleteiből kitünik, hogy a legerősebb reactiót éppen azok a hypophysisek adták, amelyekben a fősejtekkel szemben a chromophil sejtek voltak túlsúlyban. Castratio után is, amikor a hormon felszaporodása szintén többnyire kimutatható, ezek dominálnak. Az eosinophil sejtek jelentőségét hangsúlyozzák saját vizsgálataink is, amelyek szerint a reactio positiv lehet olyan betegségekben, amelyet a hypophysis eosinophil adenomája okoz. A fősejtek, ill. az azokból keletkező ú. n. „terhességi sejtek" szerepe ellen szólnak az említett transplantatiós kísérletek, amennyiben a terhesek hypophysise, amelyben elsősorban a fősejtek szaporodnak meg, az infantilis egér petefészkére hatástalan maradt.

Vizsgálatainkból az is kitünik, hogy, úgy látszik, összefüggés áll fenn a betegség súlyossága és a reactio foka között. A két negativ eset közül az egyikben ismételt röntgen besugárzásra javultak az akromegalia tünetei, a vizsgálat ez után történt, a másikban pedig semmi progressióra utaló tünet nem volt, subjectiv panaszai hónapok óta szüneteltek. Az erősen positiv két eset közül az egyik meglehetősen súlyos klinikai képet mutatott (fejfájás, hányás), a másikat pedig főleg az amenorrhea jellemezte.

Talán a további, rendszeresen végzett ilyen vizsgálatok lehetővé teszik a betegség lefolyásában beálló változás kimutatását, esetleg az akromegalia alakjainak hormontermelésen alapuló osztályozását. Ezért kívánatos volna, hogy az akromegaliában vagy hypophysisdaganatban szenvedő beteg vizsgálatát a vizelet hormontartalmának kimutatására szolgáló reactióval egészítsük ki.

A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem szemészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Kreiker Aladár dr., egyet. ny. r. tanár.)

A bojtorján — conjunctivitis.

Irta: *Miklós Andor* dr., tanársegéd.

A szemsérülések egyik ritka, de mégis fontos fajtája az állati és növényi szőrök által előidézett ophthalmia nodosa, vagy ophthalmia pseudotuberculosa. A tárgyalandó betegség ritkaságát mutatja azon körülmény is, hogy habár a növény hazánkban s főleg az Alföldön igen közönséges, mégis klinikánk fennállása óta ez az első bojtorjánszőrök okozta kötőhártya-gyulladás. Ez pedig főleg azzal magyarázható, hogy a szemhéjak záróreflexe következtében csak igen ritkán jut a bojtorjánszőr a szemrésbe. Mivel az eset elég ritka, de elkülönítése a kötőhártya többi csomós megbetegedéseitől mégis fontos, szükségesnek tartottam esetünk közlését.

39 éves férfi beteg, azon panasszal kereste fel klinikánkat, hogy bejövetele előtt 16—20 nappal a mezőn társai egymást bojtorján golyóval dobálták s neki közelről, kb. ökölnagyságú darabbal megütötték a jobb szemét. Azonnal heves szúró fájdalmat érzett, ekkor társai a látható bojtorjánszőrök nagyrészét (vízzel, zsebkendőcsücsökkel) eltávolították a szemrésből. Panaszai másnapra fokozódtak. Orvoshoz fordult, aki szemhéjait kifordítva a látható idegen testecskéket csipővel eltávolítván, a beteget gyógyszerrel (atropin, dionin-borsav) ellátva elbocsájtotta. A szem eleinte javult, majd az állapot később rosszabbodván, a beteg türelmét vesztve, klinikánkra jött.

A felvételkor visus jobb szem: 8/o szükrés 20/o ü. n. j. bal szem: 20/o + 2.0 D + 3.0 cyl. t. 90° = 40/o.

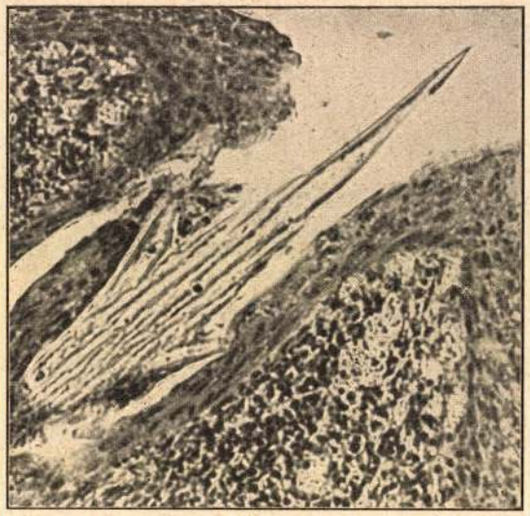
Megvizsgálva a beteget, a bal szemét épnek találtuk.

Jobb szem izgatott, kötőhártya erősen belövelt. A felső pillaszőrsorban temporalisan elhelyezkedő s pillaszőröket utánzó idegen testet fedeztünk fel, mely a szarút súrolta. Ezt csipesszel azonnal eltávolítottuk. Az idegen test surolásának megfelelő helyen, a szarú kissé hepe-hupás felszínü, míg a szem többi részei épek voltak.

Ezen kórelőzmény és lelet után azonnal finom idegen testek után kutattunk *Gultstrand* réses lámpájával. A kötőhártya tüzetes vizsgálatánál tényleg kitünt, hogy a felső tarsalis kötőhártyán kb. 8—10 elszórt gombostüfejnyi (25-szörös nagyítás mellett) sárgás-vörös csomócska látható, melynek közepében tisztán felismerhető a befúródott idegen test.

A beteg elmondásából és a talált leletből diagnozisunk ophthalmia nodosa, vagy mint *Wagenmann* nevezi ophthal-

mia pseudotuberculosa. Másnap a beteg felesége „a corpus delicti" behozatalával még inkább megerősítette ezt. A közönséges bojtorján (arctium Lappa) vagy keserűlapú elterjedt növény, melynek magassága kb. 1½ méter. Virágai bíborvörösek, fészekpikkelyei kampósak. Ennek következtében ruhába, állatok szőrébe bele kapaszkadik és így hurcolják tova. Utóbbi tulajdonságát a nép is jól ismeri s gyakran felhasználják tréfás dobálódzás céljaira, mikor is a megdobált hajából csak igen nagy fáradsággal távolítható el. Jelen esetben is hasonló sérülésről van szó, mit a fészkesek családjába tartozó arctium-féleségek egyike: arctium tomentosum (amennyiben ez az érett termésből megállapítható) okozott. Ezen utóbbi és a közönséges bojtorján között csak annyi a különbség, hogy ennél csak a külső fészekpikkelyek végződnek kampóban, míg a belsők lándzsaszerűek.



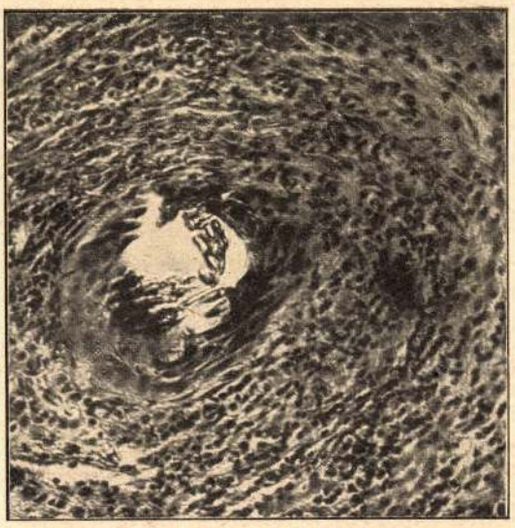
A conjunctivába furódott idegentest hosszmetszetben.

Az ophthalmia nodosa elnevezést *Saemisch* tulajdonképen nem erre, de a tüneteiben és előidéző okaiban teljesen megegyező megbetegedésre, a hernyószőrök előidézte szembetegedésre használta. Evvel főleg *Stargardt* és *Teutschlander*, de rajtuk kívül még mások is sokan foglalkoztak. Két alakja van: acut és chronicus. Ezen utóbbi a tulajdonképeni ophthalmia nodosa. De mielőtt a kórkép részletesebb tárgyalásához kezdenék, szükségesnek tartom az előidéző hernyófélékről megemlékezni.

Hazánk tölgyeseiben igen közönséges hernyó a cnethocampa processionea (bucsuspille hernyója), míg Németországban és északon, testvére a cnethocampa pinivora tűlevelű erdőkben otthonos. Ezen szövőlepkék családjába tartozó pillangót azért nevezik bucsus-pillének, mert hernyói esténként egyik fáról a másikra bucsujárásszerűen vándorolnak. Elől mászik a vezérhernyó s utána két-három, majd 4—6—10-es sorokban a többi. A sorok ismét csökkennek, végül egy hernyó zárja be az oszlopot. A hernyókat kétféle szőr, egy látható és egy egész finom, szabad szemmel nem is látható szőr borítja. A hernyók vedlésekor az egész környék úgy emberre, mint állatra nézve veszedelmes, mivel a szél által felkavart finom szőröcskék a legmakacsabb nyálkahártyahurutokat, oedemákat, a szemrészéről pedig ophthalmia nodosa acut alakját hozzák létre.Ezen acut alak sohasem megy át a chronicus, tulajdonképeni ophthalmia nodosába. Ophthalmia nodosa csak akkor keletkezik, ha valami úton-módon a hernyó, vagy annak levedlett bőre hullik a szemrésbe. *Elschnig* egy esetében kis zöld hernyó esett a beteg szemébe és typicus ophthalmia nodosat hozott létre.

A betegség rögtön a sérülés után a conjunctivitis acuta tüneteivel kezdődik. Ez nehány nap alatt lezajlik s a beteget már-már gyógyultnak tekintjük, mikor 2—9 hét mulva ismét jelentkeznek a gyulladás tünetei, de ezek sokkal enyhébbek. Ha ekkor pontosan átvizsgáljuk a kötőhártyát, az áthajlásban és a bulbaris kötőhártyán (tehát a lazábban fixált helyeken) elszórva mákszem-gombostűfejnyi, vöröses-szürke csomócskákat látunk, a kötőhártya vérbősége mellett. A csomócskák közepén mindig feltalálható az idegen testecske. Ha szövettanilag megvizsgáljuk a csomókat, azt látjuk — mint esetünkben is —, hogy a hám helyenként megvastagodott, a kehelysejtek megszaporodtak, a kötőszöveti gerendák megvastagodtak. Legkívül leukocyták és tágult capillarisok, beljebb fibroblastok és óriássejtek fekszenek, amelyek az idegen test körül concentricusan rendeződnek el. Az idegentestecskéről a velőür, kéregállomány, stb. megállapításával pontosan megtudjuk mondani, hogy az állati, vagy növényi eredetű-e. Esetünkben az óriássejtek — úgylátszik az idő rövidsége miatt — még nem találhatók fel. A szövettani kép tehát igen hasonlít a tuberculumra, de soha nem sajtosodik el és ereket bőven tartalmaz. Ezen szövettani lelet s a hasonló klinikai kép indította *Wagenmant* arra, hogy az elváltozást ophthalmia pseudotuberculosának nevezze.

Mi a sorsa a kötőhártyában beékelt idegen testnek? Vagy elgennyed és lassan kilökődik, ez a legritkább, vagy részben felszívódik, de leggyakrabban betokolódik. Bizonyos idő mulva eltávolított idegen testeken beöblösödés (kirágódásokat) találtak, mit csak a szövet fermentek lyticus hatásával lehet magyarázni. Ezen lysis és resorb-



A conjunctivába furódott idegentest keresztmetszetben.

tio azonban csak igen lassú és tökéletlen lehet, mert a chitin és a cellulose az állati fermenteknek erősen ellenálló anyagok. Mint már említettem, a leggyakoribb az idegentest eltokolódása, amikor is helyén kis scleroticus csomó marad vissza. Ilyen csomóból *Reis* 12 és fél év után egy teljesen ép Bombij rubri (szederpohók) szőrt távolított el. *Wagenmann* a csomók képződését kémiai izgalommal magyarázza, ami érthető is, mert az állati szőrök hangyasav, a növényiek kovasav tartalmuknál fogva nem közönbösek a szervezetre. Mások *(Stargardt)* az egész folyamatot tisztán mechanicus alapon képzelik el. Azt hiszem, leghelyesebb, ha a két nézetet egyesítjük. A csomók borsónyi-kisbabnyira is megnőhetnek, úgy hogy nem egyszer összetévesztették chalazeonnal és csak a műtétnél derült ki, hogy idegentest által okozott granuloma volt az elváltozás. Ilyen esetről számol be *Weigandt*, aki

typicus chalazeonból Verbascum (ökörfarkkóró) szőrt távolított el. Legsúlyosabb szövődménye az állati és növényi szőrök által előidézett ophthalmiának, ha a szőrök részben a fokozott pislogás, részben már a szembehullás kinetikai energiája következtében a szaruba furódnak s azt vagy rögtön vagy lassanként átfurva, az irisbe ékelődnek be. Ezt kísérleti úton hozta létre *Teutschlander* állati szemeken és emberi hullákon. A befuródott idegentestek súlyos chronicus iridocyclitist okoznak, csomókkal az irisben. *Stragardt*nak ily módon létrejött iridocyclitises csomóban sikerült egy ízben bojtorjánszőrt is kimutatni. A szőröcskék még tovább is vándorolhatnak s befúródva a retinában, chorioideába, súlyos gyulladások okozóivá válnak. Leírtak olyan esetet is, ahol az idegen test a retinában szemtükörrel megfigyelhető volt.

A gyógyítás igen nagy türelmet és kitartást igényel. Ha a folyamat a conjuctivára vagy legfeljebb a szarura localisálódik, akkor gyógyulási kilátásaink elég jónak mondhatók. De még ebben az esetben is gondolnunk kell arra, hogy a szőröcskékből néhány mégis belekerül a csarnokba, illetve az irisbe s ennek következményeképen bizonyos nyugalmi állapot után súlyos iridocylitis léphet fel, mely ellen oki therapia nem igen űzhető. A követendő eljárást friss eseteknél a conjunctivazsák gondos kiöblítéséből és az összes felfedezhető idegentestecskék eltávolításából áll, ha már a chronicus stadiumban kerül a beteg észlelésünk alá, akkor legjobb a csomócskákat ollóval kimetszeni. Természetesen nem elég a conjunctiva zsákot egyszer átvizsgálni, hanem a vizsgálatot réseslámpával legalább két hétig, két—három naponként meg kell ismételni. Az irisben keletkezett csomócskák ellen, ha azok csak kisebb területre localisálódnak, iridectomiát végezhetünk, míg ha elszórtan helyezkednek el, csak a szokásos helyi kezelést alkalmazhatjuk. Esetünkben a kötőhártyán látható csomócskákat mi is műtétileg távolítottuk el s a beteg 20 napi ittléte alatt a kötőhártyazsákot többször gondosan átvizsgáltuk, míg újabb csomócskákat nem találtunk. Az irisben és a retinán nem fedeztünk fel idegen testecskéket.

Irodalom: *Brehm—Méhely:* Az állatok világa 9 köt. — *Hoffmann—Wagner:* Magyarország virágos növényei. — *Wagenmann Gr.—S.* Verletzungen des Auges II. köt. 1303—1331. old. — *U. Niethe:* Z. f. A. 63 köt. 281—283. old.

A kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. sebészeti klinika közleménye. (Igazgató: Bakay Lajos dr., egyet. ny. r. tanár).

Urachus-carcinoma.

Irta: *Kalo Andor* dr., egyet. tanársegéd.

A szervezet legkülönbözőbb helyén fordul elő olyan daganat, mely a fejlődés folyamán visszamaradt csirokból keletkezett. Igy az irodalom ismer olyan daganatokat, melyeknek keletkezése az urachussal hozható összefüggésbe. Az extrauterin életben rendes körülmények között az urachus elzáródik, a ligamentum vesicoumbilicale medium heges kötegévé alakul át. *Wutz, Luschka* és *Khaum* vizsgálataiból tudjuk, hogy bizonyos esetekben az urachus nem záródik be teljesen, szondázható marad, vagyis csőjellegét az extrauterin életben is megtartja. Ezzel a körülménnyel magyarázhatjuk az előforduló urachusfistulák-, cysták-, diverticulumok, sőt egyes esetekben a daganatok keletkezését is.

Ismeretes az urachus cystaszerű, vagy pedig a hólyag felé eső részének diverticulumszerű kitágulása; azonban sokkal nagyobb érdekességgel bírnak már ritkaságuknál fogva is az urachusból kiinduló tumorok. *Pinheiro* 1927-ben megjelent közleménye az irodalomból 15 urachusdaganatot tudott összegyűjteni. Közöttük csak 10 volt malignus, 6 eset adenocarcinomának, 3 epitheliomának és egy sarcomának bizonyult. Az urachuscarcinomára a közölt esetek alapján jellemző a typusos klinikai megjelenési forma és a daganatok sajátságos histologiai felépítése, mely utóbbi fejlődéstani szempontból is érdekes. Az urachusból kiinduló daganatokat *Khaum* szerint két csoportba oszthatjuk: Az első csoportba tartoznak azok, amelyek urachusfistulákból vagy a cystikusan kitágult urachusból fejlődnek. Emellett ismeretes olyan eset is, mint a *Göbel* által leírt kórkép, mikor bilharziás betegnél közönséges laphámrák keletkezett, átterjedt az urachusra és köldöksipoly képződéséhez vezetett, melyen keresztül vizelet csurgott. Ebbe a csoportba sorozhatjuk a *Rotter* által közölt esetet is, amelyben a cystikusan kitágult urachusra ráterjedt a hólyag más helyén fejlődött papillaris daganat.

A második csoportba sorozhatjuk azokat a rosszindulatú daganatokat, amelyek a visszamaradt urachuscsirokból fejlődnek. Az első ilyen daganatot *Schwartz* irta le. Esetében 57 éves férfibeteg időnként fellépő vizelési panaszokkal kereste fel a klinikát. A beteg vizeletében vért találtak. Objectiv vizsgálatnál a vastag és zsíros hasfalon daganatot tapintani nem lehetett, de a beteg a köldök és a symphysis között nyomási érzékenységről panaszkodott. A cystospokiai vizsgálatnál a hólyag nyálkahártyájának kissé gyuladásos vérbősége mellett kb. 20 filléresnyi kifekélyesedett részt lehetett látni. A fekélyt szürkésvöröses sarjadzásos szövet tölti ki, mely azt a benyomást kelti, mintha felülről a hólyag falát áttörve nyomulna a hólyag belseje felé. Műtétnél a cavum rettiiből kb. lúdtojásnyi daganatot távolítottak el, amelyek hátsó felszíne a peritoneum parietálába áttört, alsó polusa pedig a hólyag apexén terült el, míg a felső polusból tollszárvastagságú köteg húzódott a köldökhöz. A daganat histologiailag adenocarcinomának bizonyult, sejtjei nyákosan degenerálódtak. A másik, hasonló daganat leírása *Koslowskitól* származik, aki 55 éves férfibetegnél a köldök és symphysis között talált egy öt év alatt növekvő daganatot, amelyről a műtétnél kiderült, hogy egyik része a hólyag falával, a másik része a peritoneummal kapaszkodott össze, felső polusából pedig lúdtollvastagságú köteg huzódott a köldökhöz. Histologiailag a daganat vázát tömött fibrosus kötőszövet alkotta, amely hengerhámmal bélelt mirigyjáratokkal gazdagon át szövődött. *Koslowsky* a daganatot a histologiai lelet alapján fibroadenoma malignumnak tartja.

A *Michin* által közölt esetben 64 éves férfinél műtét által a ligamentum umbilicale mediale tájékáról cysticus daganatot távolítottak el, amely a hólyag vertexével összekapaszkodott. Histologiailag a daganat cystoadenocarcinoma typusos képét mutatta.

A *Hoffmann* által leírt esetben a nem záródott urachus belső felszínét állandóan izgató cystitises vizelet hatására atypusos sejtburjánzás, epithelialis carcinoma keletkezett, mely átört a hasüreg felé.

Pendl közlésében megemlékezik egy esetről, amikor a cysticusan kitágult urachusban szintén nyákos degeneratiót mutató adenocarcinoma fejlődött, amelyet operatio után távolított el. A daganat fejnagyságú volt és a hólyag csúcsával, továbbá a cseplesszel és a belekkel erősen összekapaszkodott. Pár héttel később kiujult s az ekkor eltávolított részlet is adenocarcinoma szöveti képét mutatta.

A *Khaum* által közölt esetben 82 éves férfi secretiójában talált daganat összefüggésben áll az elülső hasfallal; felső polusa köldökmagasságig ér, míg alapja a hólyag csúcsán nyugszik. A hólyag megnyitása után kitünik, hogy csúcsán kb. 1,5 cm. átmérőjű üreg van, amelyből szürkésfehér, puha daganatos szövet lép elő. Ez az üreg a hólyagfal azon részén fekszik, amely a daganat alapját

képezi. A lig. vesicoumbilicale medium nem látható. A daganatot a tokból kiinduló kötőszöveti hálózat osztja részekre, amelyeket kocsonyás szövet tölt ki. A szöveti vizsgálatban kitünt, hogy a daganat tokja erekkel átszőtt sejtszegény rostkötőszövetből áll. A daganat alsó pólusának megfelelő részén a hólyag szomszédságában a sima izomsejtekből álló nyalábok között erős gyuladásos beszűrődés van. A daganatszövet különböző nagyságú nyákos anyaggal kitöltött üregekre van osztva, amelyeknek fala egyrétegű hengerhámmal van bélelve, némely helyen azonban kőbalakú és átmeneti hámsejtek is vannak. A hólyagba való áttörés helyéről kimetszett daganatrészlet hengerhámmal bélelt mirigyjáratokat tartalmaz és a histologiai kép a vastagbélben előfordulú nyákos elfajulásban levő hengerhámrákra emlékeztet. A *Khaum* által közölt eset is typusos képét mutatja a urachusból kiinduló carcinomának.

Ezek után rátérünk esetünk ismertetésére:

A mult év december havában jelentkezett felvételre K. A. 31 éves nőbeteg, aki anamnesisében elmondja, hogy felvétele előtt már egy évvel vérfoszlányokat vett észre a vizeletében, amelyeknek azonban nagyobb jelentőséget nem tulajdonított, később mind sürübben kellett vizelnie. Két héttel felvétele előtt vizelési ingere igen gyakorivá vált, 5—10 percenként kellett vizelnie, melyben véralvadékok jelentek meg, majd később a vizelet egészen véressé vált. Ekkor kezdte orvassal kezeltetni magát, de állapota nem javult, hanem testi erőben állandóan gyengült. Felvételekor a beteg erősen lesoványodott, petyhüdt izomzatú volt, az előbb említett panaszain kivül kóros elváltozást nem találtunk. A katheterrel vett vizelet: zavaros, véres, savi kémhatású 1020 fajsúlyú volt, benne fehérjét és gennyet találtunk. Az üledékben mikroskopiai vizsgálatnál az egész látóteret részben kilúgozott, részben ép vörös vérsejtek töltik ki, csak elvétve lehet közöttük különböző alakú hámsejtet és genysejtet találni. A beteg cystoscopiai lelete a következő: A hólyag capacitása 80 ccm., nyálkahártyája a vertex kivételével halvány, finoman erezett, az ureterszájadékok környékén kóros elváltozás nincsen, mindkettőből tiszta actio látszik. Az intravenásan beadott indigocarmin cystoscoppal figyelve mind a két oldalon 5 perc elteltével intensiv kéken megjelent. A hólyag vertexében körülbelül kétpengősnyi kiterjedésü bolyhos szerkezetü, kissé vérzékeny daganat ül, mely köldökszerüleg behúzódott. A tumor szokatlan megjelenési formája és elhelyezkedése alapján urachusból kiinduló daganatra gondoltunk és megoperáltuk a beteget aethernarcosisban. A mütét menetéről a következőkben számolhatunk be.

A symphisis fölött a középvonalban hatoltunk be, a bőrés bőr alatti kötőszövet átmetszése után a rectusokat tompán széjjelválasztottuk. Az előre feltöltött hólyagról a peritoneumot tompán akarjuk leválasztani, ez azonban nagyon nehezen megy, mert a hólyag vertexén a középvonalban a hashártya odanőtt a hólyag falához. Ezek után a hólyagot hosszanti irányban megnyitjuk. A feltárás után kiderült, hogy a vertexnek megfelelően ötpengősnyi területü bolyhos szerkezetü tömött alappal biró tumor van. A hólyag falának ezen részéről a peritoneumot leválasztani nem sikerült. Mielőtt a peritoneumot megnyitjuk, a hólyagot isoláljuk és a megnyitáskor látjuk, hogy a hólyag falához odanőtt részlet a köldök felé vékony heges kötegben folytatódik, mely a lig. umbilicale mediumnak felel meg. A peritoreum ezen részletét kivágjuk és sebét pontosan zárjuk. Az igy szabaddá vált hólyagfalból a daganatot ékalakban resecáljuk és a hólyag sebét submucosus varratokkal két rétegben egyesítjük. A cavum praevesiculareba jodoformcsikot helyezünk. Az izom és fascia összevarrása után egyesítjük a bört. A vizelet zavartalan kiürüléséről állandó catheterrel gondoskodunk.

Az ily módon eltávolított daganat a cystoscopiai képnek megfelelően ötpengősnyi kiterjedésü és bolyhos szerkezetü. A peritoneummal borított része sima, rajta 1½ cm. hosszúságban heges köteg húzódik. A daganatot több helyen átmetszettük, lument azonban sehol sem találtunk. A daganat szövete a hólyagfal izomzatát infiltrálta, de a hashártyán nem tört át. A histologiai vizsgálatra kimetszett szövetdarabka széli részén még jól felismerhető a többrétegü laphámmal fedett hólyagnyálkahártya az alatta levő lymphoid sejtekkel infiltrált kötőszövettel. A többrétegü laphámot követve, az egy helyen megszakad és helyét sarjadzásos szövetre emlékeztető, capillaris erekben gazdag lymphoid szövet tölti ki. Ezen rész mellett közvetlenül a daganatot találjuk, amely szabálytalan alakú tubularis szerkezetü mirigyjáratokból áll. A mirigyjáratok fala helyenként szabályos, helyenként pedig szabálytalan alakú hengerhámmal bélelt. A hámsejtek sok helyütt vacuolás szerkezetüek, némelyekben nyákszemcséket lehet kimutatni. A daganat a submucosában sűrűn egymás mellett mirigyes fészkeket alkot. Nyákot termelő, hengerhámsejtekkel bélelt mirigyjáratok vannak, a még jól felismerhető sima izomsejtek között is. Ezen daganatfészkek legtöbbjét laza csillagalaú sejtekből álló kötőszövet veszi körül, egy-két helyen pedig ezek a mirigyjáratok cysticus tágulatot mutatnak. A daganat sejtek magjai általában gazdag chromatin tartalmúak és igen sok az oszlásban levő alak. Tekintettel a daganat infiltrative való növekedésére és a nagyszámú sejteloszlásra, a rosszindulatúság kétségtelen, a histologiai vizsgálat alapján mirigyes szerkezetü, helyenként cysticus kitágulásokat alkotó hengerhámráknak a képét mutatja. A daganat előfordulási helye és megjelenési formája feltevésünket megerősíti, mert úgy a *Khaum*, mint a *Schwartz, Pendl, Michin* által közölt esetekben is a hólyag vertexe volt a daganat kiindulási helye és a lig. umbilicale mediumot magába olvasztotta. Feltünő az ismertetett daganatok histologiai képének egyöntetűsége; az eddig ismertetett urachusból vagy az urachus maradványaiból fejlődő carcinomák mind adeadenocarcinomáknak bioznyultak. Ez a körülmény fejlődési szempontból érdemel figyelmet; magyarázatát abban találjuk, hogy az urachusból alakuló hólyag a végbélből füződik le. Igy az urachus maradványában lehetnek olyan sejtcsoportok, amelyekből a végbél nyálkahártyájára jellemző, teljesen kidifferenciálódott szövetproductio indul meg.

Irodalom: *Brady:* A. of Surg. 14. 1927. — *Göbel:* Z. Krebsfrsch. 3. — *Greig:* Edinburgh med. journ. 34. — *Hoffmann:* A. f. Heilk. 11. (1870). — *Khaum:* W. kl. W. 1916. — *Koslowski:* D. Z. Chir. 69. 1903. — *Luschka:* Virchows A. 23. 1862. — *Pendl:* Beitr. kl. Chir. 91. 1914. — *Pinheiro:* Clin. urol. 4. 1927. — *Rankin* and *Parker:* Surg. gyn. and obst. 42. — *Schwarz:* Beitr. kl. Chir. 78. 1912.

A kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. belklinikájának közleménye. (Igazgató: Herzog Ferenc dr., egyet. ny. r. tanár.)

Arteriitis obliterans mint familiaris megbetegedés.

Irta: *Mészáros Károly* dr., egyetemi tanársegéd.

Az arteriitis obliterans (thromboangiitis Buerger) kóroktana nem tisztázott. A szerzők nagy része infectiós eredetűnek tartja *(Buerger*[1], *Steel*[2], *Thomas*[3], *Sigler*[4], *Schrapf*[5], *Assmann*[6], *Nechat*[7], *Cawadias*[8]), sokan toxinhatással, nicotinismussal *(Mayer*[9], *Niemeyer*[10], *Higier*[11], *Suchy*[12], *Schrapf)*, ergotismussal hozzák kapcsolatba. Vannak, akik belső secretios zavarra gondolnak *(Sigler, Silbert)*, mások a hidegnek *(Niemeyer, Sigler, Assmann, Gruber*[13]*)* és a túlerőltetésnek *(Sigler, Cawadias)* is jelentőséget tulajdonítanak, bár közülük többen ezen tényezőknek csupán diszponáló szerepét ismerik el.

E betegségnek egyes fajokon, főképen zsidókon és — pedig orosz, illetőleg lengyel zsidókon való gyakoribb előfordulása alapján sok szerző említi a faji dispositio szerepét *(Meyer, Steel, Higier, Heitz*[14]*, Sigler, Assmann, Cawadias) Herzog*[15] az arteriák és vénák endotheljének alkati gyengeségére gondol, a vérnek ugyanilyen okból való

megváltozása mellett (nagyobb viscositas), véleménye szerint ezek jelentkezhetnének túlnyomóan bizonyos fajban, nemben és ezen alapulhatna az érzékenység az érmozgató idegekre ható dohánnyal szemben. *Csernának*[16] véleménye szerint a kórkép heredodegenerationak fogható fel.

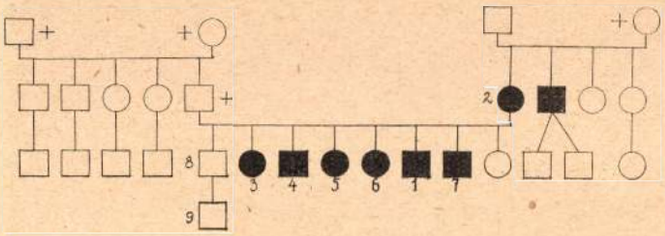
Ebből a szempontból oly esetek bírnak döntő fontossággal, amelyekben egy családnak több tagján jelentkezik a baj. Ily közlést az irodalomban keveset találtam. *Goldflam*[17] (1895) két fitestvéren, *Niemeyer* (1921) anyán és fiún, *Higier* (1922) két nőtestvéren látott arteriitist. Ezenkívül csak *Idelson* (1924) adatai ismeretesek, aki szintén testvéreken, illetőleg apán és fiún észlelte e betegséget.

A klinikán észlelt egyik betegünk azáltal vált érdekessé, hogy anyján és 5 testvérén találtunk kisebb-nagyobb fokú hasonló elváltozásokat; s anyjának külföldön élő fitestvéréről is olyan értesüléseink vannak, hogy hasonló bajban szenved. Igy tehát oly családot van alkalmam ismertetni, amelynek 8 tagján vannak arteriitisre utaló elváltozások.

1. Legkifejezettebbek a tünetek a klinikán ápolt Sz. F. 22 éves selyemgyári mintaverőn, aki felvételekor előadja, hogy jelen betegsége előtt beteg nem volt, szeszes italt nem iszik, nem dohányzik, nemi bajról nem tud. Hét év óta minden télen megfagy és kisebesedik mindkét füle. Hét év előtt bal sarkán és lábújjain is mutatkozott fagyás okozta pir és duzzanat. Másfélév óta szive tájékán időnként szúrásokat érez. Négy hónap óta munka közben jobb felső és bal alsó végtagjában zsibbadás és fájdalom támad, elhalványodással kapcsolatosan. Ilyenkor nehány percre abba kell hagynia a munkát. Kezei hidegben elfehérednek, hideggé és érzéketlenné válnak. Utóbbi időben végtagfájdalmai nyugalomban is jelentkeznek s gyakran órák hosszat eltartanak. Nehezen gyógyuló sebei vannak, amelyek egészen csekély sérülés (nyomás, ütés) következtében jöttek létre. Megvizsgálva a beteget, feltünik bőrének igen élénk márványozottsága, mely szabálytalan fehéres foltok és azokat határoló kifejezetten cyanosisos hálózat által adódik. Legfeltünőbb ez a kezeken és lábakon, amelyek hidegek, halványak, kékesek. Az alszáraknak mindkét felszínén néhány fillérnyi-szilvanagyságú, részben pörkkel fedett renyhe sarjadzást mutató fekély látható. Az arteriák közül az art. radialis, ulnaris, brachialis, dorsalis pedis, tibialis posterior egyik oldalon sem tapinthatók. Vérnyomás nem mérhető. Szívtompulat balra kissé nagyobb. Szívcsúcson halk systoles zörej hallható. Lép nem tapintható, tompulata rendes nagyságú. Thrombocyták száma: 224.000. Vérzési idő: 2'45". Alvadási idő: 2'40—4'10". Viscositas: 7.6. Vérserum fehérjetartalma: 7.63%. Wassermann reactio: negativ. Moszkowicz jobb alsó végtagon: 2'45", bal alsó végtagon: 3'15". Reactiv hyperaemia nagyon késik: a jobb kéz újjain 9'10", A bal kéz újjain 1'10". (norm. 1—2.5") Bőrérnyomás *(Herzog* szerint) nem mérhető. A kéz ujjainak limbusán végzett capillarmikroskopos vizsgálat szerint a capillarisok sürüsége csökkent. az első sorban 6—7 esik egy mm-re (norm. 10—11), mindkét szár kifejezetten tágult, (60μ-ig a normalis 7—15μ-nal szemben), legnagyobb mértékben az összekötő rész (Schaltstück). Szárak egyenesek, nem hullámosak, nem csavarodottak. Stasis váltakozik igen lassú ide-oda való áramlással. Állandó subfebrilitas: 37.1—37.4°.

A beteg elmondta, hogy atyja egészséges volt s a harctéren esett el, atyjának testvérei egészségesek, úgyszintén atyai nagyszülei, akik igen magas korban haltak meg (80—97). Azonban anyjának öccséről kiderült, hogy hidegben gyakran elkékülnek a kezei és fiatalabb korában nehezen gyógyuló sebei voltak; bőre állítólag márványozott; jelenleg külföldön él. Anyai nagyanyja fiatalon halt meg gyermekágyi lázban. Anyai nagyatyja 78 éves, állítólag egészséges, vidéken él. Testvérei közül többnek van az övéhez hasonló panasza (l. alább részletesen).

Közeli rokonságát a következő ábra tünteti fel, amelyen a férfiak négyszöggel, a nők körrel, a betegek sötéttel, az egészségesek világossal vannak jelölve. Számozva csak a megvizsgált családtagok vannak éspedig a jelen leírásnak megfelelő sorszámmal.



2. A beteg anyja 51 éves. Elmondja, hogy kezei hidegben kékesek, hüvösek szoktak lenni. Gyakran szédül, fáj a feje, climaxban van. Jelen állapot. Böre a fiáéhoz hasonló módon, de mégsem oly kifelyezetten márványozott. Kezek kékesvörösek hüvösek. A jobboldali arteria radialis nem tapintható, hasonlóképen mindkét arteria dorsalis pedis és arteria tibialis posterior. Vérnyomás mindkét karon egyaránt 220—105 Hg. mm. Az aorta II. hangja ékelt. Vizeletben semmi kóros. Reactiv hyperaemia késik: jobb kézen 15", a balon 22". Prompt (25"-en belül való) telödés csak többszöri vértelenítés útján érhető el. Az ezután megmért bőrérnyomás *(Herzog*[18] szerint) jobb kézen 40, a balon 50 Hgmm, ami a nagy vérnyomáshoz viszonyítva igen alacsony. A capillarisok sürüsége normális, mindkét száruk kifejezetten tágult (25—40 μ). Hajtüalak dominal. Stasis váltakozik igen lassú ide-oda való áramlással.

3. A beteg nővére, 28 éves asszony. Gyermekkora óta fázékony. Kezei általában hidegek szoktak lenni. Bal gyürüsujja hidegben gyakran elfehéredik. Bör márványozott, kezek, lábak hidegek. Az arteria radialisok lüktetése gyengébb a rendesnél, az arteria tibialis posteriorok nem tapinthatók. Vérnyomás auscultatioval nem mérhető jól, mivel a kopogás alig hallható, palpatioval 100—60 Hgmm. Reactiv hyperaemia ujjakon kisé késik: 3.4". Bőrérnyomás: 40 Hgmm. A capillarisok sürüsége normalis, nagy részük mérsékelten tágult (20—25μ-ig). Hajtüalak dominál, a vér egy 0.4 mm. hosszú capillarison 3.6—4" alatt áramlik keresztül (norm. 1—1.6").

4. A beteg 27 éves bátyja, géplakatos. Gyermekkora óta hideg vagy nedves időben hideg és kék a keze, lába. Három izben el is fehéredett a keze. 13 éves kora óta minden télen megfagy a jobb lába. Bal lábszára 8 hónap óta sebes. Jelen állapot: bör kifejezetten márványozott, mint az 1. számmal jelölt betegünknél. Kezek, lábak hidegek, kékesvörösek. Lábszárakon számos ovális illetőleg kerek heg. A jobb lábszár középső harmadában a tibia felett 10 cm. hosszú, 3—4 cm. széles renyhén sarjadzó fekély. Az arteria tibialis posteriorok nem tapinthatók. Vérnyomás 110—65 Hgmm. Szívtompulat balra kissé nagyobb. Csúcs felett systolés zörej hallható. A pulmonalis II. hangja ékelt. Reactiv hyperaemia újjon: 12". Bőrérnyomás: 20 Hgmm. A capillarisok sürüsége csökkent, az első sorban 8—9 esik egy mm.-re. Mindkét szár kifejezetten tágult (60μ-ig). Hajtüalak dominál. Áramlás lassú, a vér egy 0.4 mm. hosszú capillarison 6—11" alatt áramlik keresztül.

5. A betegnek 26 éves nővére, tisztviselőnő. Keze, lába hideg szokott lenni. Lába télen meg szokott fagyni. Jelen állapot: bör kifejezetten márványozott. Kezek hidegek, kékek, lábak hidegek. Mindkét sarok felett pernio. Az arteria radialisok lüktetése a normálisnál gyengébb, az arteria tibialis posteriorok nem tapinthatók. Vérnyomás 105—55 Hgmm. Szívcsúcson halk systolés zörej hallható. Szívtompulat rendes nagyságú. A pulmonalis II. hangja nem ékelt. Reactiv hyperaemia újjon: 6". Bőrérnyomás: 40 Hgmm. A capillarisok sürüsége normális; nagy részük kifejeeztten tágult. (30μ-ig). Hajtüalak dominál. Áramlás lassú (4—6").

6. A betegnek 24 éves nővére, tisztviselőnő. Gyermekkora óta hidegben és nedves időben gyakran elfehéredik és érzéketlenné válik mindkét keze, úgy, hogy nem tud dolgozni. Ez még olyankor is legalább háromnegyed óra hosszat tart, ha meleg helyre megy. Felmelegedés után kipirul, ég. Lábai is el szoktak fehéredni hidegben. 5—6 évvel ezelőtt fagyása is volt mindkét sarka felett. Jelen állapot: bör élénken márványozott az egész testen. Ujjak hidegek, kékesvörösek, lábak hidegek. Az arteria radialisok, az arteria dorsalis pedis lüktetése mindkét oldalt gyengébb a rendesnél. Az arteria tibialis posteriorok nem tapinthatók. Vérnyomás palpatioval mérve 92—60Hgmm. (kopogás alig hallható). Szíven semmi kóros. Reactiv hyperaemia újjakon: 5". Bőrérnyomás 20 Hgmm. A capillarisok sürüsége normalis, nagy részük tágult (40μ-ig). Hajtüalak dominal. Stasis váltakozik igen lassú áramlással. A véroszlop a legtöbb capillarisban szakadozott.

7. A betegnek 19 éves öccse, ezüstmíves. Nyolc év óta hideg vagy nedves időben elkékül a keze és lába. Csekély ütéstől is nagy sebeket kap, amelyek nagyon nehezen gyógyulnak. Jelen állapot: bőr kifejezetten márványozott, széles kék hálózattal bír. Mindkét kéz és lábfej hideg, kékes, ezen elváltozás baloldalt nagyobb fokú, mint a jobboldalt. Könyökökön és térdeken néhány 20 filléresnagyságú részben pörkkel fedett cyanosisos környékű renyhén sarjadzó fekély látható. A baloldali arteria radialis nem tapintható, a jobboldalinak lüktetése csak gyengén érezhető. Az arteria tibialis posteriorok nem tapinthatók. Vérnyomás auscultatioval mérve mindkét oldalt 112—80 Hgmm. Szívcsúcson halk systolés zörej hallható. Lép alsó pólusa jól tapintható, a rendesnél tömöttebb. Léptompulat rendes nagyságú. Reactiv hyperaemia nagyon késik; jobb kéz újjain: 1'40", baloldalt: 55". Bőrérnyomás nem mérhető. A capillarisok sűrűsége csökkent: az első sorban 7—9 esik egy mm-re. Mindkét szár kifejezetten tágult (50μ-ig). Hajtüalak dominál. A véroszlop szakadozott.

8. A beteg 32 éves bátyjának, aki tisztviselő, semmi panasza nincs s a rajta megejtett vizsgálat teljesen negativ eredményű volt.

9. Az ő 6 éves fián, kissé márványozott bőrétől és lábának hideg voltától eltekintve, kóros eltérést nem találtam.

A család többi tagjait nem volt alkalmam megvizsgálni, azonban a beteg fent említett anyai nagybátyjának kivételével állítólag egészségesek. A család úgy atyai, mint anyai részről fajmagyar. A szülők között vérrokonság nincs.

A diagnosis biztos voltát illetően szövettani leletre nem támaszkodhatom, mivel egyik egyénnél sem találtam elváltozásokat a vénákon, amputatiora pedig nem került sor. Azonban az arteriák pulsálásának megszünte ill. erősen lecsökkent volta, a renyhe fekélyek, a subfebrilitas támogatják a diagnosist vasomotoros neurosissal szemben. A capillarmikroskopos lelet is vasomotoros neurosis ellen szól, ugyanis ott a capillarisok hullámos szárúak, csavarodott lefutásúak és egyenlőtlenül tágultak, illetőleg szükültek szoktak lenni. Az a körülmény, hogy a vénákon nem találtam elváltozásokat, nem dönti meg a diagnosist, hiszen *Buerger* is csak az esetek 20%-ában látott eltérést a felületes vénákon.

A gyermekek nyilván anyjuktól örökölték a bajt, akinek egyik radialis pulsusa nem tapintható s akinek fitestvérén is mutatkoztak kóros tünetek. Érdekes, hogy a baj a lányokra, bár enyhébb formában, de szintén kiterjedt (3, 5, 6.), azonban a fiúkat súlyosabban érintette (1, 4, 7.). Az öröklésnek jelen esetben való kimutatása elengedhetővé teszi, hogy a baj eredetét exogen factorokban keressük, nem lévén valószínű, hogy valamennyien azonos módon fertőződtek volna. Még leginkább az ergotismus okozhatna egy család több tagján elváltozásokat, azonban kiderült, hogy megbízható helyről szerezték be a kenyeret. A család beteg tagjai sohasem dohányoztak.

Az elváltozásokat tehát *Herzog* 1924-ben nyilvánított fentemlített felfogásának megfelelően endogen alapon létrejötteknek foghatjuk fel. Ezzel összhangban állnak *Krompecher*[19] Istvánnak legújabb szövettani vizsgálatai, aki kimutatta, hogy e bajban az arteriák mediaja és endothelje között lévő rugalmas elemek megszaporodása okozza az érszűkületet, továbbá, hogy ez az elváltozás nem gyulladásos természetű és hogy a szűküléshez esetlegesen, de nem szükségképen hozzátársuló thrombosis vagy gyulladás (utóbbi csak a vénákon volt kimutatható), másodlagos jelenség. Ezen okokból *Krompecher* a betegség nevéül a *„teleangiostenosis"* elnevezést javasolja.

Vércsoportvizsgálatokkal nem sikerült semmiféle szabályszerűséget kideríteni, amennyiben a legerősebben sújtott 1. számú beteg és teljesen egészséges 8. számú bátyja a IV. vércsoportba, utóbbinak egészséges fia a III. vércsoportba, a többiek az anyával együtt a II. vércsoportba tartoznak.

Összefoglalás.

Egy családnak nyolc tagján találtam arteriitisre utaló kisebb-nagyobb fokú, három esetben súlyos elváltozásokat, ami e betegség endogen eredete mellett szól. A család fajmagyar.

Irodalom: 1. *Buerger:* Med. rec. 97. köt. 1920. Ref. Kongrzbl. f. inn. Med. 12. köt. 1920. — 2. *Steel:* Journ. of. the Americ. med. assoc. 76. köt. 1921. Ref. Kongrzbl. f. inn. Med. 17. köt. 1921. — 3. *Thomas:* Americ. journ. of the med. sciences 165. köt. 1923. Ref. Kongrzbl. f. inn. Med. 39. köt. 1923. — 4. *Sigler:* Ann. of klin. med. 3. köt. 1925. Ref. Kongrzbl. f. inn. Med. 39. köt. 1925. — 5. *Schrapf:* Presse méd. 35. évf. 1927. Ref. Kongrzbl. f. inn. Med. 48. köt. 1928. — 6. *Assmann:* Klin Wochenschr. 1929. II. — 7. *Nechat:* Ann. d. anat. path. 7. köt. 1930. Ref. Kongrzbl. f. inn Med. 57. 1930. — 8. *Cawadias:* Brit. med. J. 3605. szám, 1930. Ref. Kongrzbl. f. inn. Med. 57. 1930. — 9. *Meyer:* Med. rec. 97. köt. 1920. Ref. Kongrzbl. f. inn. Med. 12. köt. 1920. — 10. *Niemeyer:* Zentralbl. f. Herz- u. Gefässkrankheiten. 1921. — 11. *Higier:* Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde. 73. köt. 1922. Ref. Kongrzbl. f. inn. Med. 23. köt. 1922. — 12. *Suchy:* Med. Klin. 1922. — 13. *Gruber:* Beitr. path. Anat. 84. köt. 1930. Ref. Kongrzbl. f. inn. Med. 57. köt. 1930. — 14. *Heitz:* Ann. de med. 14. köt. 1923. Ref. Kongrzbl. f. inn. Med. 35. köt. 1924. — 15. *Herzog:* Orvosképzés. 1924. — 16. *Cserna:* Verhandl. d. deutsch. Ges. f. inn. Med. 1930. XLII. Kongress. — 17. *Goldflam:* Dtsch. med. Wochschr. 1895. — 18. *Herzog:* O. H. 1928., O. H. 1929. — 19. *Krompecher I.:* O. H. 1929.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A gastritis kérdés a modern gyomor functionális vizsgálat megvilágításában. Az achylia gastrica. *Schemensky* és *Geling.* (Boas Archiv. 49. köt. 5—6. füzet.)

Szerzők 600 gyomorbeteget vizsgáltak át saját módszerük szerint, ami abból áll, hogy minden egyes betegnél elvégezték a coffeines fractionált próbareggelin kívül a histamin secretiós vizsgálatot és a neutralvörös kiválasztást is. Az achyliák területén szerintük még igen nagy bizonytalanság uralkodik, ezt mutatják a különféle elnevezések is. Az anaciditas, achylia és anadenia fogalmát a legtöbb szerző összekeveri még ma is. Szerintük az anaciditas functionalis, az achylia constitutionalis, az anadenia pedig organicus elváltozások fogalmát jelentené helyes értelmezésben. Szerzők ezen értelemzavaró elnevezések helyett a relativ, vagy pseudo-, és absolut, vagy complet achylia elnevezést ajánlják. Az előbbi coffeinnel szemben refractär marad, de histaminra többé kevésbbé jó savelválasztást mutat. Utóbbi histaminnal szemben is refractär, ezenkívül neutralvörös kiválasztás sincs. A gyomornyálkahártya ugyanis kétségtelenül irreparabilisan elvesztette ezen esetekben minden functióját. Ha histamin refractär achyliánál neutralvörös kiválasztás nyomokban is kimutatható, akkor még van a gyomornyálkahártyának regenerálódásra alkalmas része, ezért a prognosis felállításában legyünk óvatosak. Az absolut achyliák oka carcinoma, anaemia perniciosa, lues, diabetes mellitus, gastritis, cholecystopathia, rheumatismus. A relativ achylia az absolut a.-t kiváltó okokon kívül psychés zavarok, nervosus állapotok következménye is lehet. Szerzők végül megállapítják, hogy a coffeines fractionált próbareggeli nem alkalmas az achyliák minőségének eldöntésére. *Egedy Elemér* dr.

Cholelithiasis és diabetes mellitus. *I. Freund.* (Boas Archiv 49. köt. 5—6. füzet.)

Szerző a cholelithiasis és diabetes mellitus egymáshoz való viszonyát tárgyaló irodalmat áttekintve arra jött rá, hogy a szerzők egy tekintélyes csoportja, *Naunyn*nal az élén, tagadnak minden összefüggést a két betegség között; egy másik nagyobb csoportja pedig összefüggést lát, sőt ezen összefüggést kétféle elmélettel magyarázni is igyekszik. Az egyik elmélet szerint a cholelithiasisos rohamot acut vérbőség, illetve májlaesio szokta követni, ami magyarázná a glycosuriát. A másik elmélet szerint pedig az epehólyag irritatiója ráterjed a pancreasra is s ott főleg a szigetállományt betegíti meg. Szerzők harmadik csoportja szerint szintén van összefügés a két betegség között és pedig olyan értelemben, hogy mindkét betegség azonos milieu interieur mellett jön létre és ez a hypercholesterinaemia volna. Szerző ezek után az összefüggés kérdésének tisztázását szolgáló kísérleteket végzett 20 biztosan cholelithiasisban szenvedő betegen. Betegeit 100 gr. dextroséval terhelve vizsgálta a vércukor viselkedését. A vércukor görbe az esetek 75%-ában normalis volt,

15%-ban a normalis és diabeticus értékek határán mozgott, 10%-ban pedig elhúzódó volt a vércukor süllyedése. Tehát ezen kísérletek alapján a cholelithiasis és diabetes mellitus között causalis nexust nem lehet felvenni olyan értelemben, hogy az idézné elő az utóbbit. Összefüggés lehet a két betegség között, de ez a dispositióban keresendő talán és akkor sem nagyobb mint véletlen összetalálkozása a két betegségnek. *Egedy Elemér* dr.

Sebészet.

Az ureterkő conservativ kezelése. *Fuss és Schulz,* Berlin. (Ztrbl. f. Chir. 1931. 21.)

A conservativ álláspont helyességét számos vizsgálat igazolja. 190 esetben a kő spontán távozása után nem volt zavar a vese functióban. Másik 250 betegnél 34 esetben beékelödött a kő és az utóbbi nagysága miatt 14 esetben kellett azt mütétileg eltávolítani;a másik 20 esetben a kö spontán távozott. Ezek közül két esetben társult az ureterköhöz infectió, sulyosabb vesekárosodás nélkül. Tehát még köbeékelödés esetén is mindig meg kell elöbb próbálkozni a konservativ kezeléssel. Csak ha a kö négy hétig nem távozik, jogosult a mütét. *Joseph* a vesekövek megszaporodását a háborút követő idök rossz gazdasági viszonyaiban találja, ú. i. a rossz táplálkozás adja meg a lehetöségét a köképződésnek, amint azt számos állatkísérletben ki is mutatták.

Guszich Aurél dr.

Az embolia röntgenologiai lokalizációja. *Loewe,* Frankfurt. (Ztrbl. f. Chir. 1931. 35.)

Intelligens beteg eléggé körülírtan képes lokalizálni az első igen heves fájdalom helyét; máskor viszont állandó nyomási fájdalomérzés mutatja az embolus helyét. Ez utóbbi jel csalhat, ú. i. nem egyszer 20 cm.-nél is nagyobb távolságban volt az embolus a jelzett fájdalmas helytöl. Csak felületesen fekvő erek esetében lehet a pulsatio határát érezni. Végeredményben az észlelhető tünetek alapján sohasem lehetünk egészen bizonyosak az elzáródás helyét illetőleg, ill., hogy hol avatkozzunk be. Épen ez a bizonytalanság tette szükségessé sokszor az aránylag nagyobb-narcosist igénylö-mütéti beavatkozásokat. Ha figyelembe vesszük azt, hogy többnyire szívbajban szenvedők kapnak emboliát, már a narcosis szempontjából sem mondhatók könnyü beavatkozásnak. Egyedüli, biztos lokalizációt lehetövé tevő eljárás az *arteriographia,* amiáltal az azelött hiába keresett embolus gyorsan és biztosan megtalálható. Betegénél, akinek jobb combjában hirtelen heves fájdalom lépett fel, a lábszár és láb elkékültek, majd hófehérekké váltak — az arteria femoralisba 20 ccm. 20%-os abrodil oldatot injiciált helybeli érzéstelenítésben. A mütöasztalon készült rtg. felvételen a profunda femoris eredésénél megszünt a femoralis telödése, nyilván az embolus miatt. Ezen a helyen feltárva az arteriát, sikerült eltávolítani a 6 cm. hosszú vérrögöt. Tehát a végtag megtarthatósága érdekében emboliánál azonnal elvégzendő az arteriographia, melynek segélyével az akadály hamarosan eltávolítható. Uroselectan, abrodil és 25%-os jodnatrium teljesen ártalmatlanok, nyugodtan alkalmazhatók. Ujjak gangraenájánál a lokalis tünetek sokszor csalnak, az arteriographia megmutatja azt a helyet, ahol a végtag eltávolítandó.

Guszich Aurél dr.

A kéztő sajkacsont-törésének diagnostikája. *Schnek F.* Wien. (Monatsschr. f. Unfallheilk. 1931. 3. sz.)

Schnek szerint szabályszerü technikával (kisfokú ulnáris abductio dorsalflexio) készített röntgen-felvételen is előfordul, hogy a sajkacsont törési darabjainak árnyéka úgy egymásra vetítödik, hogy a törési rés nem látható, ha a rés keskeny és a röntgensugár iránya nem esik pontosan a törési rés sikjába. *Schnek* azt tapasztalta, hogy sajkacsont-törésnél, ha friss állapotban nem rögzítik, a törési rés a törvégek felszívódása következtében utólag kiszélesedik és ezért azt ajánlja, hogy kéztö-sérülés után, ahol a röntgenlelet negativ volt, három héttel a sérülés után, ha a panaszok még nem szüntek meg, a felvételt meg kell ismételni, mert ekkorra az esetleg jelenlévő sajkacsonttörés már láthatóvá válik.

Lévai György dr.

Köldök plastica új módszere. *Breitfuss,* Samarkand. Ztrbl. f. Chir. 1931. 35.

A köldöksérv mütéteknek legkényesebb pontja a köldök kimetszése. A köldök hiánya gyakran mint lényeges szépséghiba szerepel. Eljárásával eléggé jó kozmetikai eredményt kapott. A köldököt haránt- vagy ovulär metszéssel körülvágja olyképen, hogy a metszés közepén mindkét oldalt a bört kis háromszög alakjában bemetszi. Igy kettő, csúcsával a köldök felé néző, háromszöget kapunk. A sérv mütét elvégzése után a háromszög két szemben álló csúcsát olyképen egyesitjük, hogy a fasciához leöltjük, miáltal a mélyre húzzuk; a bört pedig egyszerüen egyesitjük. Ily módon tölcsérszerü betüremkedés képződik, ezáltal elég jó kozmetikai eredményt kapunk. A módszer rendkivül egyszerü, ajánlja adott esetben megkísérelését. *Guszich Aurél* dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Hormonalis terhességi reactio a vizeletből embernél és állatnál. *Zondek.* (Klin. Woch., 1930. 49. sz.)

A régebbi kísérletek azt mutatták, hogy a terhességben a hypophysis elülsö lebenyének hormonja csak aszony és majomnöstény vizeletében mutatható ki, aminek okát a placentatio mineműségében — haemochorialis vélték megtalálni. Ez a feltétel azóta tévesnek bizonyult, amennyiben sikerült terhes kancáknál is erös hormonfelszaporodást kimutatni. A terhes asszonyok vizeletében a folliculin aetherben oldható formában van jelen, lóvizeletben aetherben oldhatatlan formában választatik ki. Ebből következik, hogy terhes kancák vizelete a legjobb kiindulási anyag a női sexualis hormon elöállítására. A hormonconcentratio vizeletben százszor olyan nagy, mint a vérben, ami azt mutatja, hogy a terhes szervezet igyekszik a terhesség számára fel nem használt follikulusmennyiséget lehetöleg gyorsan kiválasztani a szervezetből. A luteinizáló hormon (elülsö lebenyhormon B) lóvizeletben egyáltalában nincs jelen, míg a folliculust érlelö hormon (hypophysis elülsö lebenye, hormon A.) csak kis mennyiségben és föképen a terhesség első hónapjaiban. Terhes kancák vizeletében, tehát két hormon szaporodik fel, a női sexualis hormon (folliculin) és a folliculus érlelö hormon (hypophysis elülsö lebenye, hormon A.) Igy a terhességi reactio is lónál mind a két hormon felszaporodásának kimutatásán alapszik. A placentatio módja tehát nem oka az elülsö lebeny hormonja felszaporodásának a terhességben, mert haemochorialis és tapadó placentánál is egyformán feltalálható. Míg asszonynál és majomnösténynél a vérben keringö folliculin a folliculust érlelö (elülsö lebeny A) és luteinizáló B) hormonok mindegyike átmegy a vizeletbe, addig terhes lónál folliculin igen nagy mennyiségben, elülsö lebeny A kis mennyiségben és B egyáltalában nem választatik ki. A terhesség első harmadában az elülsö lebeny hormontartalom a vérben lónál ugyanannyi, mint az embernél, de míg utóbbinál állandó marad, elöbbinél fokozatosan csökken. Igy az asszonnyal szemben a terhes kanca a hypophysis hormonjára vonatkozólag csak periodikusan polyhormonalis, míg a folliculinra vonatkozólag, úgy mint az asszony, állandóan polyhormonalis.

Liebmann dr.

A menarche jelentősége. *Feldweg.* (Münch. med. Woch. 1931. 31. sz.)

300 eset kapcsán kimutatja, hogy a menarche és a női genitaliák functiója között mélyreható összefüggés van. Minél korábban, illetve később jelentkezik az első menstruatio, annál gyakoribb a nögyógyászati és szülési rendellenesség: rendetlen cyklus, erösebb és hosszabb vérzés, sterilitas és habitualis abortus, infantilismus, elhuzódó szülés, koraszülés rendellenes szülés. A tulkorai, vagy túlkésöi menarche a női genitaliák csökkent értéküségének jele. *Kárpáti József dr.*

Terhesség alatti pajzsmirigyműködés és jódanyagcsere ismeretéhez. *Bokelmann* és *Scheringer.* (Arch. f. Gyn. 143., 512. 1931.)

Régóta ismeretes, hogy a pajzsmirigy a terhesség alatt megduzzad s müködését is megváltoztatja. Szerzők a vér jódtartalmát vetették vizsgálat alá s ahoz az eredményhez jutottak, hogy a vér jódszintje már a terhesség második és harmadik hónapjában relativ magas s a hetedik hónapig emelkedik, ezután a terhesség végéig bizonyos mértékben állandó. A szülés után fokozatosan csökken s a terhesség előtti normalis értékeket csak öt-hét mulva éri el. Egyidejüleg az alapanyagcserét s a szénhydrat assimilatiót is vizsgálták, de a jódconcentratió s az alapanyagcsere magassága között semmiféle törvényszerü összefüggést nem észleltek. A szénhydrat-anyagcsere s a vér jódtartalma között azt az összefüggést tapasztalták, hogy alacsony jódszint rendesen az alimentaris hyperglykaemia gyors csökkenését vonja maga után, míg a magas jódtartalommal a vércukorgörbe lassú ereszkedése jár együtt. *Bíró István* dr.

A méhszáj merevsége, mint szülési szövődmény. *H. Hoeven* dr. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.., 100. köt. I. f.)

Szerző klinikájuk szülési anyagából több táblázatot közöl, melyekből kitünik, hogy a tágulási szak hossza a prognosisra nézve nagy jelentőségü Sokkal nagyobb úgy a magzati asphyxia és halál, mint az anyai megbetegedés és halálozás. Mivel összeállításában azok a szülések, ahol primär fájásgyengeség, szükmedence, rendellenes magzatfekvés és más

komplikatiók szerepeltek — hiányoznak, alkalma van a portio merevségét a tágulási időszak hosszával mérni. Klinikájukon a szüléseket a következőképen vezetik. Várnak négy órát, míg 7—10 perces erőteljes fájások tartanak. Akkor megvizsgálják az asszonyt: ha a tágulás négy vagy többcentiméteres, a burkot megrepesztik ugyanazon ülésben, egyszersmind ha kívánatos, a méhszájat könnyen tágítják 6—7 cm.-re és ezáltal az asszonyt 2—3 kínos órától szabadítják meg. Ha három vagy kevesebb cm.-t haladt a tágulás, úgy egy kéz két újjával tágítanak nem gyorsabban, mint 1 cm.-t három perc alatt. Ezután a szülést három órára magára hagyja, mely idő alatt legtöbbször bekövetkezik a szülés. Ha az asszony nem szül meg vagy nem kezd nyomni, úgy következik a második vizsgálat. Ha a méhszáj 8—9 cm. úgy elég csak a mellső ajkat felnyomni fájás alatt a koponya fölé. Ha a tágulás nem halad eléggé előre, úgy tágítunk, esetleg két kéz két újjával elővigyázatosan, nem tulságos erővel és gyorsasággal. Amennyiben a méhszáj még mindig merev, úgy egy órát várnak, hogy az asszony kipihenje magát és ezután az elülső ajkat magasan egy fájás alatt visszanyomják. Ezen eljárással a tágulási időszak sohasem tartott tovább 10 óránál; feltétele, hogy jó fájások legyenek. Ezáltal elért eredmények: rövid szülési idő és kevesebb vizsgálat következtében kevesebb alkalom a fertőzésre, a méhizomzat ki nem fáradása eredményeképen kevesebb utóvérzés.

Ábrahám János dr.

Szemészet.

Az öregkori hályog jódkezelése. *B. Daniels.* (Zeitschr. f. Aug. 1931. szept.)

15 hályogmütétre kerülő beteget előzetesen a *Meyer—Steinegg*-féle hályogellenes jódkezelésnek vetett alá. Naponta háromszor 10—10 percig 1%-os jódnatrium oldatos borogatást rendelt. A csarnokvízben és lencsében quantitativ analysist végzett jodometriás úton, mert az irodalom adatai nagyon ellenmondóak a jódnak a lencsében való megjelenését illetőleg. Vizsgálataink eredménye szerint minden lencsében, ha a szem egy nappnál többször volt borogatva, a jód quantitative ki volt mutatható és pedig 0,045—0.374 mgr. ezrelékben. A lencsében talált jódmennyiség és a borogatások száma között nem volt parallelismus. A jód az utolsó borogatás után 24 órával még kimutatható volt a lencsében, míg a csarnokvízben nem, mivel a lencse nedvkicserélődése lasabban történik Ezen vizsgálataival természetesen nincs bizonyítva a jód therapeutikus hatása az öregkori hályognál. Ez csak akkor volna elképzelhető, ha a cataracta oka csak magában a szemben volna és ki lehetne zárni az egész szervezet szerepét. Más kérdés az, hogy vajjon a jód localis alkalmazásával nem lehet-e elősegíteni más anyagoknak is a lencsébe való jutását. Ezt későbbi vizsgálataiban fogja közölni.

Weinstein Pál dr.

Szemműtétek eredményei. *Harrison Butler.* (Britisch Journal of Ophth. 1931. szeptember.) 27 év eredményeinek összefoglalása mütétek szerint csoportosítva.

Cataracta. A mütét sikere négy tényezőtől függ, ú. m. a mütő dexteritása, az ápolás, a beteg általános állapota és viselkedése és végül külső körülmények. Ad 1. A mütő dexteritása nem jelenti egyedül a mütét sikerét, ha a többi körülmény nem megfelelő. Ad 2. Az ápolás életfontosságú. A szemészeti ápolásra képzett növér úgy tudja a betegét előkészíteni, hogy az nyugodtan, idegesség nélkül lép a mütőasztalra és nem szorit, míg a képzetlen növér betege nyugtalan. Ez az üvegtestelőesés szempontjából fontos, mert pl. a birminghami kórházban, ahol specialisan képzett ápolónők szolgálnak, csak 6.5%, míg másutt, ahol vegyes betegeket ápolók végezték az előkészítést, 17% üvegtestelőesés fordul elő cataracta-extractio közben. Ad 3. Nagyon fontos a beteg viselkedése úgy mütét közben, mint utána a gyógyulás alatt. Ezt részletezni nem is szükséges. Ad 4. Legfontosabb külső körülmény az infectio. Szerző szerint a conjunctiván és a könytömlőgenyedésen kívül figyelemmel kell lenni a fogak, mandulák, orrmelléküregek, epehólyag és a vesemedence állapotára. Fontos az általános állapot is, erre példa, hogy a háborus években 17.5% került enucleatiora az operált hályogbetegek közül, míg azóta *csak* 3.3%. A diabetesszel társuló cataracta operatioját csak cukormentes állapotban ajánlja, ellentétben *Uhthoff* megálapításával, mely szerint az eshetőségek egyformák úgy a glykosuriás, mint aglykosuriás állapotban. Fontos még, hogy a szembetegek ne legyenek másfajta betegekkel együtt, a beteg félelmét nagyban eloszlatja a többiek megnyugtatása, míg pl. a sebészeti betegek félelme ártalmas. A szerző statisztikai adatai szerint a cataractamütétek 90%-a kielégítő látásélességre vezet, 4.7% üvegtestelőesés, átlag 5% enucleatio, részben panophthalmitis, részben sympathiás gyulladás veszélye miatt, 2.5%-ra teszi a következményes elmezavarok számát. (A mütéti eredmények meglepően kedvezőtlenek. Ref.)

A *glaucoma*ellenes mütétek közül acut glaucománál előzetes mioticumhasználat után iridectomiát ajánl, de a Graefeféle classicus módszer helyett az ú. n. csapóajtós-iridectomiát, (trap-door-iridectomy), melynek az az előnye, hogy nem lévén szükséges az iris kihuzása, nem jöhet létre cataracta. Simplex és chronikus glaucománál trepanatiot, vagy még inkább iridencleisismütétet végez és ajánl, melynél 80%-ban ért el sikert. *Kancsalsági* mütétként az antepositiót tartja legjobbnak emellett az ú. n. recessiot (izomhátravarrás), a tenotomiát, mint nem szabályozható mütétet teljesen elvetendőnek tartja. Optimalis kornak a nyolcadik életévet tartja, előzetes üvegviselés és az amblyopiának felváltott atropinadás általi kiküszöbölése után. 15 foknál több maradvány esetén a másik szemet is operálja. *Könytömlő*-exstirpatiot a legegyszerűbb methodus szerint kivülről végez. *Intraocularis idegentestet,* ha az nem mágneses, csak akkor távolit el, ha látható. Vas- és acélszilánkokat a Mellinger-féle gyürüs mágnessel, vagy a Haab-mágnessel távolítja el. Suppuratiot 0.25 %ban észlel, 95% jól gyógyul.

László György dr.

Gyermekorvostan.

A nirvanol-kezelés mellett és ellen szóló érvek. *F. Goebel.* (Deutsche Med. Wochenschr. 57. évf. 31. sz. 1931.)

Míg *De Rudder* a nirvanolbetegséget anaphylaxiás reactiónak, és *Lenz* fehérjebomlási termékek toxikus hatásának tartja, szerző allergiás tünetnek fogja fel. A nirvanolkezelés haszna, amellett, hogy a chorea minor gyógyulási idejét 24—25 napra csökkenti még az, hogy alkalmazásánál endocarditis sokkal ritkábban lép fel. Bár az eredmény rendszerint a nirvanolbetegség következtében jelentkezik, ennek teljes kifejlődése nem szükséges a gyógyuláshoz, mert csak láz, vagy csak exanthema is eredményhez vezet, persze teljes reactio mellett is vannak eredménytelenül kezelt esetek. A nirvanolkezelés elvitathatatlan előnyei mellett, hátrányai sem mellőzhetők el. A nirvanolkezelés nem véd a recidivák ellen és recidivák kezelésénél gyakrabban felmondja a szolgálatot. A nirvanol befolyásolhatja a vérképet, vérképző szerveket, a nyirokmirigyeket ép úgy, mint a csontvelőt, aminek következtében monocytär angina-szerü, valamint Werlhof-szerü megbetegedések lépnek fel. Nephritist, cystitist írnak le a nirvanolkezelés következtében. Legveszélyesebb komplikatiója az ú. n. recidiv exanthema rosszindulatú lefolyása, amely alatt egy második nirvanolbetegség értendő és amely az első exanthema lezajlása és néhány napi jó közérzet után lép fel, toxikus tünetek között. Az arc erős duzzanatával kezdődik, az exanthema erősebb, mint első ízben, véres rhagadok keletkeznek az ajkakon, véres-, gennyes hólyagok a nyálkahártyákon és köztakarón, úgy hogy a kép egy II. fokú égéshez, vagy dermatitis exfoliativához hasonlítható. Érintheti a veséket, máj- és lépduzzanat lép fel és a betegség pigmentatio hátrahagyásával gyógyul, de leírnak halállal végződő eseteket is. A nirvanol adagolás, kétségtelenül a leghatásosabb, de igen veszélyessé válható kezelési mód és csak akkor alkalmazható, ha más kezelés eredménytelen és a beteg környezetét annak sulyos sőt halálos veszélyeire figyelmeztettük.

Lederer Emil dr.

Gyermekkori táplálkozási zavarok kezelése. *K. Stolte.* (Deutsche Med. Wchschr. 32—33. füz. 1931.)

Táplálkozási zavart idézhet elő: parenteralis infekció, az ápolás módja, psychés behatások és a folyadékszegény táplálék. Szerző szerint ezek a momentumok legalább akkora szerepet játszanak a táplálkozási zavarok előidézésében, mint a táplálási hibák. A kezelés az általános testi állapot és a tünetek súlyosságához alkalmazkodik. Ha még csak hasmenésre utaló jelek vannak (étvágytalan nyugtalan, höemelkedés, súlyban nem halad) 1—2 étkezést teával helyettesít, aztán ismét azt a táplálékot adja, amelyiken megelőzőleg szépen fejlődött, gondosan elkészítve és eleinte féladaggal, aztán fokozatosan emelkedik, míg kielégítő nem lesz a gyarapodás.

Ha már hasmenése van, gyomor, bélmosást csinál, ricinust ad, kivéve, ha már amúgyis nagyon ki van éhezve és 12—24 órát koplaltat, míg a bél kiürül, megnyugszik. Ezalatt az idő alatt teáztat. Erősen károsult csecsemőnek sós teát (*Heim—John* teát, v. ½ Ringeres teát) ad. Ha nagyon hány, csepegő csőrében vagy infusióban ad physiol. konyhasót, 8% dextroseval. Gyakran oedéma lép fel. Az éheztetés után rizsnyákot ad. Ez mint kolloid nyugtatja a gyomor-bélcsatornát, csökkenti az éhségérzetet és veszélytelen. 1—2 nap múlva, ha a széke javul, kezd tejet hozzáadni. Három hónapon alul rizsnyák helyett anyatejet ad.

Csecsemőknél, akik a legnagyobb súlyuknak közel ⅓-át elvesztették, nem koplaltat, mert félnapi koplalás után exitálhatnak. Ezeknek írót ad 3% Mondaminnal és 5—8% cukorral. Ez a táplálék, ha elég szabad tejsav van benne, minden bakteriális bomlást megakadályoz a gyomor-bél rendszerben és tartalmazza mindazokat az anyagokat, amelyre a szervezetnek szüksége van. Egy etetést kihagy, gyomorbélmosás physiol. konyhasóoldattal, majd kor szerint 20—30—40 gr. írót ad egy étkezésre. Azután fokozatosan csökkenti a sóoldat mennyiségét és emeli az írót. Ilyen kezelés mellett az oedéma képződése is ki van zárva. Még jobbak az eredmények, ha az író felét anyatejjel helyettesíti.

Veszelszky László dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Lehrbuch der Inneren Medizin. *Von G. v. Bergmann* (mit *F. Stroebe), R. Doerr, H. Eppinger, Fr. Hiller, G. Katsch, L. Lichtwitz* (mit *A. Renner), P. Morawitz, A. Schittenhelm* (mit *E. Hayer), R. Siebeck, R. Staehelin, W. Stepp, H. Straub, S. J. Thannhauser.* Két kötetben. 140 ábrával. (Verlag von Julius Springer, Berlin. 1931. Ára 45 Mk.)

Bár az orvostudomány a szakirodalom terén rendkívül produktiv, amennyiben terjedelmes monographiák, gyüjteményes munkák, tankönyvek stb. szinte nap-nap után hagyják el a sajtót, egy-egy belgyógyászati tankönyv megjelenése mégis ügyszólván eseményszámba megy. Ez érthető is, mert az orvostudomány egyik speciális szakmája sem élhet meg a belgyógyászat nélkül s így a belgyógyászati tankönyv szükségessé válik a sebész, nőorvos, szemész, bőrgyógyász stb. számára is. Emellett a belgyógyászat tankönyve az, ami hosszú évek szellemi termékei között a selectio gyakorlására vagyis annak elbírálására hivatott, hogy az irodalmi termékek garmadájából mi az, ami maradandó értékü, tehát olyan, ami valóban az orvostudomány haladásának a javára írható. A selectio nehéz munkája az orvostudomány minden ágában való jártasságot, avatott kritikust kíván s így csak előnyös ha egy több speciális fejezetre tagozódó munkát fejezetenként más-más, a tárgyat legjobban ismerő szakember ír meg; a tankönyvnek azonban elengedhetetlen kelléke az, hogy felépítése egységes legyen. Ennek az egységes szerkezetnek az elvét veszélyeztetheti, ha a szerkesztés munkája nem egy kézben fut össze, hanem több szerző között oszlik meg. Annál nagyobb dícséretére válik e pompás munkának, hogy a számos szerző dacára is úgy az egyes fejezetek méreteiben, mint az anyag feldolgozásában teljesen egységes egészet alkot és e szempontból semmiben sem marad *Mehring, Strümpell* régi és népszerü, vagy *Brugsch* a közelmúltban megjelent tankönyve mögött.

A könyvben számos oly fejeeztet találunk, amely a belgyógyászati tankönyvekből eddig hiányzott, holott nélkülözhetetlen fejezete a belorvostannak. Már maga az 50 oldalra terjedő bevezetés, amely a heidelbergi professor: *R. Siebeck* tollából eredő elsőrangú munka, oly részletekkel bővíti a megszokott kereteket, melyek főleg didaktikus szempontból fundamentális jelentőségüek. *Az orvostudomány fogalma és helyzete, a beteg és környezete, az orvos és feladata* stb. rendkivül sikerült fejezetei a test és lélek, az öröklési viszonyok, a constitutio stb. fontos kérdéseinek. A bevezetésben találkozunk a betegség szociális szempontból való megítélésének és az orvosi véleményes szerkesztésének tudnivalóival. Kitünő fejezet *Doerr* szerkesztéséből *a fertőzés tana,* különösen pedig *Lichtwitz* munkája, amely az *általános therapia* fejezetében pompás tájékoztatást nyújt a fájdalom, az álmatlanság, az ájulás, collapsus, görcsök, vérzések stb. gyógykezeléséről. Itt találkozunk többek között a physikai gyógyezelés egyes fogásainak (borogatások, ledörzsölések, lemosások, fürdők stb.) a feldolgozásával, amiből nemcsak azt tanulhatjuk meg, hogy *mit* és *hogyan* kell csinálni, de megtanulhatjuk az *eljárás hatásmódját* is, az összes idevágó elméleti tudnivalókkal együtt. A többi fejezet is kitünő. A fertőző betegségek speciális részét *Staehelin,* a vérkeringési szervek betegségeit és a mérgezések fejezetét *Morawitz,* a légzőszervek, valamint az izmok, csontok és izületek betegségeinek egyes fejezeteit *Thannhauser,* az emésztő rendszer betegségeit *Stepp,* a máj és epeutak betegségeit *Bergmann* és *Stroebe,* a hasnyálmirigy betegségeit, valamint a külső physikai okokból eredő betegségek csoportját *Katsch,* a vesék és húgyutak, valamint a férfi nemiszervek fejezeteit nagyszerü feldolgozásban *Straub* göttingeni professor, az anyagcsere és táplálkozás fejezetét *Lichtwitz,* a belső secretios mirigyek betegségeit *Eppinger,* a vér és vérképző szervek betegségeit, valamint radioaktiv sugarak okozta kórképeket *Schittenhelm,* a szervi idegbajokat *Hiller,* a neurosisokat pedig nagyszerü fejezetekben *Siebeck* irta meg. Az egyes fejezetek előtt található kórélettani fejtegetések igen hasznos útmutatóul szolgálnak az azokkal párhuzamos betegségcsoportok megértéséhez. Különösen jól sikerült a vesebajok fejezete előtt *Straub* ismertetése a viz- és sóanyag forgalomról és kitünőek *Stepp*nek az emésztőtraktus megbetegedéseit bevezető élettani és kórélettani fejtegetései. Irodalmi adatokkal alig alálkozunk, ami nem válik a mü hátrányára. A hatalmas két kötetes (több, mint 1600 oldalra terjedő) munka, a Springer vállalat ismert kitünő kiállításában a hasonló terjedelmü és kiállitásü müvekhez képest aránylag olcsó, ami lehetővé teszi, hogy a könyvet a tanuló ifjúság is megszerezhesse magának.

Gerlóczy G.

A szárnyas baromfi fertőző és parasitás betegségei. Irták: *Manninger Rezső* dr. és *Kotlán Sándor* dr. 2 színes melléklettel és 186 képpel a szövegben. (Budapest, 1931.)

A 372 oldalra terjedő, a m. kir. földmivelésügyi minister támogatásával megjelent munka a házi szárnyasoknak a könyv cimében jelzett betegségeivel foglalkozik aetiologiai csoportosításban a következő sorrendben: bakteriumok, fonalgombák, szürhető virusok, véglények, férgek és izelt lábú parasiták okozta betegségek. Behatóan ismerteti az egyes betegségeket okozó lények tulajdonságait, az infectio módjait, a betegség kifejlődését, klinikai tüneteit, lefolyását, diagnostikáját, anatomiai ismertetőit, orvoslását, védekezési módjait; a fertőző betegségekre vonatkozólag az állategészségügyi rendészet mellett rámutat azoknak közegészségügyi vonatkozásaira is. A fertőző betegségek tárgyalásánál nagy figyelemben részesül azok tanának, az illető mikróbákra vonatkozó ismereteink kialakulásának történeti áttekintése, nemkülönben a lehető védő- és gyógyitóoltások és gyakorlati alkalmazásuk ismertetése.

A könyv nagy gonddal és közérthető szabatossággal van megfogalmazva úgy, hogy értelmes laikus és baromfitenyésztő a könyv alapján tájékozódni tud a megfigyelése alá kerülő fertőzéses szárnyas baromfi-betegség mineműsége felől; de még inkább szolgálja ezt a célt a nagyszámú eredeti és kivétel nélkül igen sikerült ábra A szerzők a maguk részéről mindent megtettek, az előszavukban megjelölt azon céljuk elérésére, hogy könyvük ne csak az állatorvosoknak, hanem a tenyésztőknek is hasznára legyen, akik azt kétségkivül nagy hasznukra fogják forgatni. Nem lényegtelen, hogy a könyv magas igényeket is kielégitő módon van kiállítva (Stadium Sajtóvállalat). Végül még valamit, amivel tulajdonképen kezdeni illett volna és a mi a mü legnagyobb értéke: hogy t. i. a könyv erösen magán viseli annak bélyegét, hogy a szerzők azt nem ex libris irták, hanem e téren hosszú időn át kifejtett gyakorlati munkásságuk és kutatásaik alapján. Ilyen könyvből tanulni és ilyen könyvet bírálni egyaránt élvezet.

Preisz prof.

Körperschmerzen und ihre Differentialdiagnostik. Von Hofrat Prof. dr. *Norbert Ortner,* 4. kiadás. (Urban és Schwarzenberg, 1931.) Ara: 30 M.

Örömmel üdvözöljük e munka új kiadását, nemcsak azért mert abban a kiváló klinikus megfigyeléseinek nagy tömegét éles kritikával tárgyalja, hanem azért is, mert a negyedik kiadásnak megjelenése örvendetes tanulsága annak, hogy az orvosoknak érdeklődése ma is élénk a szorosabb értelemben vett klinikai megfigyelés iránt. E könyv első kiadása két részben (hasi fájdalmak, más testi fájdalmak) jelent meg, ezeknek részletes ismertetése már annak idején közöltetett (O. H. 1917.,307. lap, O. H. 1919. 384. lap). A negyedik kiadást a szerző lényegesen rövidebbre szabta, de új eredményekkel és javításokkal is gyarapította: mindkettő a könyv értékét növeli.

Herzog prof.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület október 17-i ülése.

Tóth I. elnök üdvözölvén a nagyszámban megjelent tagokat és a vendégeket, kegyeletes szavakban emlékezik meg *Balassáról,* kinek a magyar orvosi kar örök hálával tartozik és felkéri *Győry Tibor* dr.-t, hogy ünnepi előadását tartsa meg.

Balassa-előadás. Tartotta *Győry Tibor, „A nagyszombati egyetem orvosi facultásának első évei; van Swieten emlékezete"* cimen.

Győri T.: előadása* a nagyszombati orvosi facultas megalapításának historiájával, az ujonnan alapitott orvosi facul-

* A kitünő tanulmányt sajnálatunkra helyszüke miatt nem közölhetjük, de megjelenik az nyomtatásban az „Orvosképzés" novemberi számában.

tas első küzdelmes éveivel foglalkozik. Előadása egyben emlékbeszéd a nagyszombati orvosi facultas nagy barátjáról, hathatós támogatójáról: báró *van Swietenről*. *Van Swieten* volt az, kiről már 1868-ban *Linzbauer* úgy emlékezett meg, hogy „Ő volt az, ki hatalmas Urnőjét országos egyetemünkön az orvosi kar megalapítására serkentette!" *Van Swieten* emlékének áldoz *György*, mikor végigkísérve e gazdag életpálya minden állomását, kegyeletes kézzel mutatja ki, menynyit köszönhet országunk, tudományos életünk, kulturhistóriánk e holland származású tiszta törekvésü nagy orvosnak, ki tanácsadóként Mária Terézia mellett állva, annak érdeklődését az első magyar orvosi facultas megalapítása és megszervezése felé irányította. *György* szerint *van Swieten* neve örök időkre elválaszthatatlanul összeforrott a Pázmány Péter tudományegyetem orvosi facultásának ősével: a nagyszombati orvosi facultassal.

Van Swieten a nagy *Boerhave* leydeni klinikájáról kerül 40 éves korában Mária Terézia mellé,mint első személyi orvos, „Leibarzt." Mária Terézia mellett *van Swieten* oly bizalmat élvezett, mint talán soha más orvos uralkodó mellett. *Van Swieten* e királynői bizalmat az orvostudomány nagy érdekeinek a szolgálatába tudta állitani. Megreformálta 1749—1756 közt a bécsi egyetemet, átültetve oda a Boerhave által kifejlesztett klinikai oktatást, ő hozta létre a bécsi egyetem „első vagy régi iskoláját", mely iskola még ma is a bécsi egyetem történetének egyik legragyogóbb korszakát jelenti; ennek a folytatásául szorgalmazta a királynőnél a nagyszombati egyetem orvosi facultásának megszervezését is, melyet minden tekintetben a világhírü bécsi egyetem hasonmásául óhajtott megszervezni.

A Pázmány Péter által 1635-ben alapitott, két facultással megindulo, 1667-ben jogival megbővített nagyszombati egyetem már szervezetileg is különbözött a többi európai egyetemektől: míg a külföldi egyetemeken az alapítók az uralkodók és jóváhagyó a pápa, addig nálunk alapító az ország első főpapja és jóváhagyó a magyar király, a római császár.

135 esztendőnek kellett a történelem sülyesztőjébe eltünnie, míg elérkezhetik a nagyszombati egyetem a „studium generale"-ig, az orvosi karral való kibővítésig. Az orvosi karral való kibővítés gondolatát ugyan már az 1723. LXX. t. c.-ben is megtaláljuk, a gondolat azonban kellő érdeklődés hijján, önmagától elaludt, míg Mária Terézia 1769. dec. 14-én kelt rendeletével nem intézkedik az egyetem újjászervezése, ill. az orvosi kar felállítása iránt. E rendelet szellemi megalkotója *van Swieten*, ki itt mondatja ki az irányjelzővé vált elvet, hogy a Nagyszombatban felállitandó orvosi facultás teljesen azonossá fog tétetni a bécsivel. *Van Swieten* a tanárok számát ötben jelöli meg; főigazgatót is kap az egyetem az alcancellár, Fekete György gróf személyében. 1770-ben már hozzá is látnak a kibővítési munkálatokhoz. Ugyanezen év októberében adja ki a magyar helytartótanács az egyetem ujjászervezésére vonatkozó rendeletét: az egyetem élére királyi consistorium állíttatik, melynek tagjai az elnök, a rector, a négy kari igazgató, a négy dékán és egy ülnök. Közben a tanári állásokra is kiírják a pályázatokat. 18-an pályáznak a meghírdetett öt állásra. E 18 közül maga *van Swieten* választja ki a legérdemesebbeket, részben tanítványait. Kineveztettek: *Trnka Vencel, Schoretits Mihály, Prandt Ádám, Winter Jakab* és *Plenczk József*, megannyian az akkori viszonyok közt igen magas fizetéssel, 1200 frt.-tal. Esemény nélkül múlik el az egyetem felett fél esztendő, míg megjelenik 1771. május 6-án a királyi „Intimatum", mely már intézkedik a tanításhoz szükséges hullákról is: hullákat Pozsony és Nyitra megyék szállitsanak az anatomiának, próbál intézkedni egyben a beteganyagra vonatkozólag is: tárgyaljon az egyetem Nagyszombat városával.

Eddig minden zökkenés nélkül halad, mert minden nehézségnél ott érezhetjük *van Swieten* hozzáértő támogató kezét. Azonban 1772-ben *van Swieten* már nincs az élők sorában: a megpróbáltatások nehéz évei sorakoznak az orvosi facultas sorsa elé. *Van Swieten* utóda, *Störck* protomedicus nemtörődömsége az orvosi facultásunkat súlyos nehézségek elé juttatta: az anatomia állandó hullahiányról panaszkodik, a chemikusnak nincs laboratoriuma, a botanikusnak füvészkertje, a belgyógyász és sebész nem mutathat be beteget, nincs ágy. Nagyszombat városa nem adhat beteganyagot. A gyakorlati oktatás az orvosi facultáson lassan lehetetlenné válik. Alázatos instanciát intéznek a tanárok 1773-ban a királynőhöz, kérik a bajok orvoslását. Megjön hamar a *Störck* szerkesztette válasz, de nincs benne köszönet. A belgyógyász utasíttatik, hogy tanitson könyvből, másutt sem tanítanak betegágy mellett, az anatomus boncoljon állatokat, ha nincs hullája; a chemikusnak pedig nem feltétlenül szükséges haszontalan kísérleteket („experimenta vaga inutilia et curiosa") végeznie, a botanikus ne panaszkodjék, hogy nincs botanikus kertje, ott vannak Nagyszombatnak rétei. A tanárok pedig jobb lesz, ha nem törik új systemákon a fejüket! Ez nagyjában *Störck* válasza. Az önérzetükben, tudományos hitükben mélyen sértett professorok újabb felségfolyamodvánnyal élnek. Egyenkint fejtik ki, hogy gáncs nem érheti őket tanitási módjukért, ők szigorúan ragaszkodnak a *van Swieten* adta utasításokhoz és a bécsi iskola nemes hagyományaihoz, a chemikus hasznos kísérleteket végez, a zootomia nem pótolhatja az emberboncolást, a praxis medica nem nélkülözheti a betegágyat. A botanikus kifejti, hogy Nagyszombat környékén rét, erdő, mocsár, hol botanikát eredményesen taníthatna, nincs, de azért kiviszi tanítványait derült napokon, „saját lovain", hogy mégis tanuljanak valamit.

A felírat, úgy látszik a dolgokat érlelődés felé terelte. Mária Terézia bizottságra bízza az egyetem bajainak orvoslását. A bizottság jelentést terjeszt elő, melyben igyekszik a hibákat kiküszöbölni, próbál a hulla- és beteghiányon segíteni, a botanikus kert ügyében is intézkedik. Ez intézkedések azonban gyökeresen segíteni nem tudtak, mindjobban erőre kapó felfogás, el kellene az egyetemet helyezni Nagyszombatból valami alkalmasabb helyre. Érlelődik a gondolat, jobb lenne az egyetemet a Pázmány Péter is említette környékre, „in meditullio regni" átültetni. Maga a királynő is megbarátkozik az áthelyezés eszméjével. *Ürményi* javaslatára egy újabb bizottságra bízza a kérdés végleges megoldását. E bizottság sok ügyszeretettel karolja fel az egyetem problemáját, rámutat az orvoskar áldatlan helyzetére, kimondja, hogy az egyetemnek alkalmasabb helyet kell találni. Költözzék az egyetem az ország szívébe, a csendes Budára, mely épületekkel is elég jól felszerelt alkalmas város lenne Az előterjesztés termékeny talajra talál, a nagyszombati egyetem a királynő rendeletére 1777. augusztus 24-én lezárja a nagyszombati küzdelmes éveit, hogy november 4-én, mint „budai egyetem" nyissa meg újra kapuit. A királynő az áthelyezést országos ünnepéllyel tette emlékezetessé, időpontjául 1780 június 25-ét, koronázásának negyvenedik évfordulóját jelölte meg.

Részletesen ismerteti *György* ez országra szóló nagyszerű, ragyogó ünnepélyt, részletesen ismerteti — mondja *György* — „mert csak így véltem elérni azt, hogy gyenge szavam az illustris Kir. Orvosegyesület megaphonján megerösödve, a közeledő egyetemi jubilaris ünnepségnek követendő példájául messzehallhatólag hirdethesse: volt egy idő s volt egy ünnepély, amikor a tanügy és elsősorban a tudományegyetem ügye mozgósitani tudta a nemzet minden tagjának: az uralkodótól kezdve az ország összes egyházi és világi dignitariusai, az összes polgári és katonai főhatóságok, a főurak, a nemesek és egyszerű polgárok érdeklődését, le az utcán tolongó és ujjongó egyszerű nép fiáig. Az 1935-i ünnepségeken, az egyetem alapításának 300 éves jubileumán, jelentős szerep fog jutni az orvosi karnak, mert miként az 1780-i ünnepélyen is az orvosi kar egyik tanára volt a rector, úgy a jubileumi évében, 1935-ben is az orvosi kar lesz soron, hogy az egyetemnek rectort adjon."

Tóth I.: a következő beszéd kíséretében adja át előadónak a Balassa érmet: Igen Tisztelt Barátom! Az első szavam Hozzád a köszönet és hála szava azért a nagy élvezetért, amiben minket részesítettél. Mielőtt a Balassa érmet átadnám, legyen szabad némi reflexiót füznöm pályafutásodhoz.

Nem is olyan régen, több mint két évtizeden át Budapest egyik külvárosának gyártelepén gyógyitgatta a gyár betegeit egy fiatal orvos, aki csak nem rég került ki több évi klinikai müködésének tudományos köréből. Nap-nap mellett korán kellett kelnie, hogy idejében eljuthasson a korai rendelő órára, pedig szobájának mécse csak a késő éjjeli órákban aludt ki, mert az éjet jóformán nappallá tette, bujta a könyveket s a történelemben kereste és lelte fel az igazságot. Ennek első eredménye volt a német nyelven is megjelent „Morbus Hungaricus" ismertetése, majd a magyar orvosi bibliographia, 1472-től 1900-ig. Eme nagy munkásságának elismeréseül habilitálja 1902-ben a budapesti orvosi kar az orvosi történelem szakára e fiatal orvost. Tanulmányai közben látja, milyen igazságtalanság történt nemcsak életében, de halála után is a legnagyobb magyar orvossal, az emberiség egyik legnagyobb jótevőjével: *Semmelweis Ignác Fülöppel*. És ez a fiatal orvos, a mi kitünő elöadónk páratlan energiával védelmére kél *Semmelweis* igazságának, felkutat minden hamis adatot, sorra megcáfolja; amerikaiaknak, angoloknak bebizonyítja, hogy a gyermekágyi láz felfedezése nem *Holmes* érdeme; szembeszáll a contagionista elmélettel, saját fészkükben keresi fel az ellenségeket és elismerteti velük, hogy a gyermekágyi láz felfedezése kristálytiszta igazságképen *Semmelweis* érdeme. Amikor az amerikai *Baruch* professor már kifogy ellenbizonyitékaiból és végre praepotens hangon *Semmelweis* tollába adja az ő állítólagos, de elferditett tanait, a fiatal docens nyilvánosan azt üzeni neki, mutassa fel azt

az írást, amiben ezt *Semmelweis* írta vagy mondotta, akkor bocsánatot fog kérni tőle, de ha nem teszi meg, valótlannak tartja *Baruch* e nyilatkozatát. És az évtizedek óta elhangzott felhívásra ma sem jött válasz. Senkinek sincs nagyobb érdeme *Semmelweis* igazságának elismertetésében, mint *György Tibornak*. Ő gyüjtötte össze *Semmelweis* munkáit, az Akadémia támogatásával s kiadta magyar és német nyelven. És amint megvédte igazát, úgy védte magyarságát és győzte meg erről is az orvos-történetírókat, aminek eredményeként két évvel ezelőtt a német orvos-történetírók kongresszusa alkalmával *Sudhoff* lipcsei professzor, a társaság elnöke a Semmelweis szobor előtt félremagyarázhatatlanul elismerte, hogy *Semmelweis* fedezte fel a gyermekágyi láz okát és prophylaxisát is és hogy *Semmelweis* igaz magyar ember volt, méltán egyik legnagyobb fia, büszkesége a magyar nemzetnek.

Mindez a Te érdemed, *György Tibor*! S azt hiszem, mindannyiunk fülébe cseng még az a gyönyörü emlékbeszéd, amelyet Te 1906-ban a Semmelweis-szobor leleplezése idején itt, egyesületünk körében tartottál, amit bele kell oltanunk minden fiatal magyar orvos szivébe, lelkébe!

Igen tisztelt, kedves Barátom! Ez éremre alig szolgált rá jobban valaki, mint Te, aki olyan eredményesen tudtad megvédeni *Semmelweis* igazságát. A mellette emelkedő Semmelweis emlékre Te tetted a legszebb babérkoszorút, melynek minden egyes levele a Te írásaidnak egy-egy lapja, amivel *Semmelweis* igazságát megvédted.

S amikor most Neked egyesületünknek e legnagyobb kitüntetését, a Balassa-érmet átadom és mostani szép munkaköröd teljesítéséhez erőt, egészséget kívánok, — azt kívánom még, hogy érjed meg annak a másiknak eljövetelét is, aki a mi igazunkat olyan sikeresen tudja megvédelmezni és bebizonyitani, mint ahogyan azt Te tetted a legnagyobb magyar orvosnak, *Semmelweis*nak igazságával! Ugy legyen!

A Királyi Magyar Természettudományi Társulat Mikrobiologiai szakosztályának október 16-i ülése.

Előadások:

1. **Törő I.**: *A szemlencse regeneratiója magasabb rendü állatoknál fejlődésmechanikai és szövettenyésztési kisérletek alapján.* A lencse determinációra vonatkozó kisérletét ismerteti, majd pedig a magasabbrendü állatoknál (tyúk, patkány) elért szemlencse regeneratiós kisérletek eredményeit. Az amblystoma mexikanumnál a kiirtott lencsetelep helyére nőtt ektoderma a szemserleg indukciós hatására új lencsét képez, ez a képessége azonban a kopoltyúdomb három szelvényre oszlásának idején megszünik, ebben a stádiumban kezd a szemlencse az ektodermáról lefüződni. A magasabbrendü állatoknál az elvesztett szemlencse nem regenerálódik, mivel a szövetek még akkor differenciálódnak, amikor kisérletesen befolyásolni a fejlődést egyelőre lehetetlen. Ha azonban a kifejlett szöveteket explantáljuk, úgy ezek bizonyos embryonalis állapotban jutnak vissza, melyek az indukciós hatásoknak kitéve, más fejlődési irányba terelhetők. Sikerült nemcsak irisből, hanem szarúhártyából is tiszta hámtenyészetet előállitania. Mikrokinematographiai felvételeken mutatja be a tenyészetekben észlelt cellularis jelenségeket. Ezeket a tiszta hámkulturákat a lencse eltávolitása után csirkék, patkányok és kutyák szemlencséjének helyére ültette. *A kisérlet pozitiv eredményt adott,* amennyiben a beültetett irishámkulturák minden egyes sejtje a retina indukciós hatására lencse-rosttá alakul át. Cornea hámból lencserost képződést eddig nem kapott. A kulturából a mütét után 1 hónap mulva kifejezett lencse keletkezett, melynek hámja és rostfelépitése már majdnem teljesen szabályos szerkezetet mutat. A lencsetok a kulturával beültetett plasmából fejlődik, annak hyalin hártyává átalakulása által. A struktura kialakulásánál degeneratiók játsszák az elsődleges szerepet. Jól sikerült operatiónál kialakulnak a zonulák is s a lencse rendes helyen rögzitődik. Első izben sikerült ezen kisérletek segitségével magasabbrendü állatok elvesztett szervét szövettenyészetek implantálásával pótolni. További kisérletek folyamatban vannak.

2. **Huzella T.**: *Az alsógödi biologiai kutatóállomás ismertetése.* A vetített terveken és fényképeken bemutatott, gazdasági épület függelékeképen elhelyezett, állattenyésztéssel és kertészettel kapcsolatos, egyszerü eszközökkel létesített, négy személyre berendezett kis tudományos munkahelyen a kisérleti biologia összes módszerei alkalmazhatók. A kutatás zavartalanságát biztositó környezetben, főleg a nyári hónapokban, az Ella Sachs Plotz Foundation és főleg a Széchenyi Tudományos Társaság anyagi támogatásával vásárolt könnyen szállitható értékes müszerek segitségével élénk tudományos kutatás folyik.

3. **Huzella T.**: *Kötőszöveti rostrendszerek kialakulása a kristályosodás erőhatásaira.* A patkány farkának inaiból Nageotte módszere szerint ecetsavas duzzasztással nyert kollagenoldat fedőlemezre helyezett két, egymással összekötött cseppjében az egyik csepphez adott különböző sók a feloldódás és átáramlás után, a megsózott cseppben létrejövő kikristályosodáskor, a kristályosodás erővonalai mentén irányított komplikált szabályos és jellegzetes roststrukturát hoznak létre, amely a kristályokra korlátozott, míg a szomszédos cseppbe beáramló sók a jegecek kialakulásakor a kristály és az azt tápláló oldat kölcsönhatásában a környezetre is kiterjedő, a jegecet rostszerkezetével összefüggő, a só teljes kioldása után fennmaradó rendkívül bonyolult, sötét látótérben jól megfigyelhető, ezüstözhető és kollagenfestékekkel feltüntethető rostszerkezetet idéznek elő. Ennek strukturája a sókristályok jellegétől függ és a környezetben lejátszódó erőhatások befolyása alatt is áll. A vizsgálatok jelentősége kristallonomiai szempontból az, hogy a kristályosodás, a kristályhártya folyamatának, assimiláló működésének morphologiai megismerésében a röntgensugár behatására nyert interferenciaminták Leue diagrammjain kívül újabb módszer alkalmazását teszi lehetővé. Biologiai értelmü jelentősége, hogy az organizáció problémájában a szervezet és a szövettenyészet rostrendszerének eredete sejtközti állomány a rostok és a sejtek vonatkozásai a határhártyák kialakulás értelmezésében a szervetlen és szerves világban lejátszódó folyamatok újabb analógiájának alapján különösen a kristályosodás erőhatására mesterségesen kialakított rostrendszernek felhasználásával a szövettenyészet vázául további lehetőséget nyújt.

Jendrassik L.: Kraepelin ironiásan coordináta rendszerben ábrázolta a laboratóriumok teljesitményét, nagyságuk függvényeként. A produktivitás görbéje szerinte egyenletes emelkedést mutat, de egy bizonyos nagyságon felül zuhanásszerüen esik. A jól bevált kis gödi laboratórium példája módositja a törvényt: már egész kis abszolutértéknél van az optimum. Ső kristályok hatása a collagenoldatra főként kisózásban állhat, és pedig a felszín közelében, ahol magas concentrációk jönnek létre. Minthogy az éleken és sarkokon az oldódás gyorsabb, ott a kicsapó hatás is erősebb lehet, s a kiválás e helyekről indulhat ki. A cholesterin esetében nehezen oldódó adsorptiós vegyületek keletkezése szerepelhet. A kristály belső szerekezetének közvetlen befolyását döntően bizonyitaná, ha csonkított kristályokon a kiváló rostszerkezet nem alakulna az új élek és sarkok szerint.

Észrevételek v. Jancsó István dr.-nak „Sajátvérkezelés értéke a tüdőgümőkórnál" cimü közleményünkre adott „válasz"-ára. (O. H. 1931. 41. sz.)

A kísérleteinkre adott „válasz" bő vitára alkalmat adó részleteibe — helyszüke miatt — nem bocsájtkozva csupán az alábbiak megállapitására szorítkozunk.

Véleményünk szerint a kísérletezés csak akkor ad értékelhető eredményt, ha megfelelő kontroll-kísérlet adatai állanak rendelkezésre. Ezek nélkül az eredmény értékelése, vagy következtetések levonása nem jogosult. Elengedhetetlennek látszott ez azért is, mert a tuberculosis tudvalevőleg sok esetben spontán javulásra nagy mértékben hajlamos. A nehéz feladatot úgy igyekeztünk megoldani, hogy a vérrel kezelt betegek gyógyeredményeit az intézetünkben egyidejűleg megfordult, vérrel nem kezelt betegekéivel hasonlítottuk össze.

Az indicatio tekintetében nem osztjuk általánosságban *v. Jancsó* felfogását, minthogy ő az esetek kiválogatását elsősorban a kiterjedés (százalék) és nem a kórkép minősége szerint végzi.

Bár a kezelési időt tökéletesen elégségesnek tartjuk az eljárás értékének megítélésére, a *v. Jancsó* megjegyzésére való tekintettel közöljük, hogy azóta úgy a kezelt betegek száma, mint a kezelés és megfigyelés ideje lényegesen növekedett és az ismertetett eredmény egyáltalában nem vált kedvezőbbé.

Végül a legnagyobb véleménykülönbsége közöttünk a statisztika értékelésében van. Mi azt tartjuk, ha van is bizonyos egyéni színezete minden statisztikának, ez nagy szám, kellő szabatosság és tárgyilagosság esetében kiküszöbölhető. Az igy összeállitott statisztika egyedüli reális módszer egy gyógymód használhatóságának a megállapi-

tására. Az, aki a statisztika biztos talajáról letér és kiragadott esetek sorsáról igyekszik következtetéseket levonni, tévedés áldozatává válhatik és laikusokat, sőt orvosokat is — könnyen magával ragadhat.

Ezek szerint mindaddig, míg *v. Jancsó* és az általa igért utánvizsgálatok meggyőzőbb bizonyítékot nem hoznak, a kezelés értékével szemben a közleményünkben hangoztatott tartózkodó álláspontra kell helyezkednünk. Ez nem zárja ki azt, hogy a kérdéssel ne volna érdemes *kisérletképen* foglalkozni. Azt azonban a leghatározottabban helytelenítjük s a betegre nézve károsnak kell tartanunk, ha valaki friss cavernás folyamatnál a collapsustherapiára, első sorban a légmellkezelésre kinálkozó alkalmat a sajátvérkezelés miatt próbálná elszalasztani.. *V. Jancsó* „válasz"-ának okfejtése csak megerősít bennünket abban, hogy a közleményünkben levont következtetéseket teljes egészükben fenntartjuk.

vitéz *Dániel Gábor* dr. és *Schiffbeck Emil* dr.

VEGYES HÍREK

Az Orvosi Hetilap Szlovenszkóba és Karpatorussiába az 50.535/5/1931. számú rendelet szerint szabad bemenetet és terjesztési engedélyt kapott a csehszlovák belügyminiszteriumtól. Köszönettel vesszük az engedélyt, mi Hetilapunk tudományos és kulturális értékének elismerését jelenti és lehetővé teszi, hogy most már szoros kapcsolatot teremtsünk e szomszédállamban működő orvostársainkkal, akik mint a régi magyar egyetemek neveltjei érdeklődéssel csüngenek Alma Materük és a magyar orvostudomány kulturéletén és munkáján. Legyen ez a 75 esztendős Orvosi Hetilap az a rokonszenves, hetenként várvavárt kapocs, a mi összeköti őket a magyar kultúrával, a mi nem akar egyebet, mint melegíteni, gazdagítani lelküket új ismeretekkel, haladással, tudással, mi ország-világ határokon túl is összekapcsolja az arra szomjuhozókat a népek, államok és emberiség javára.

Kopogtatunk ajtótokon régi barátaink és bebocsájtást kérünk munkaasztalotokra és szívetekbe. Hisszük és reméljük, hogy megnyilik az előttünk és egymásra találnak azok, kik egymásra vannak utalva.

Belépő új előfizetőinknek megküldjük megelőző októberi számainkat s aki a jövő egész évre beküldi előfizetését, annak január 1-ig ingyen küldjük a Hetilapot. Az *előfizetési díjak* (egész évre 220 cK, félévre 110 cK, negyedévre 55 cK. „Orvosképzés"-sel, „Magyar Orv. Archivum"-al együttes módok címlapunkon olvashatók) a *Lucenska Uverna Banka*-nál levő folyószámlánkra küldendők.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület október 24-én tartandó ülésének tárgysorozata. Bemutatások: 1. *Erczy Miklós:* Rögzítőkötés orrkorrokciáknál. 2. *Lőrincz Ferenc:* Phlebotomus (papataci-légy) előfordulása Magyarországon. 3. *Fritz Sándor:* A csecsemőkori köldöksérvek conservativ gyógyításának módosítása. (Filmbemutatással). — Előadás: *Sebestyén Gyula:* A pneumothorax-bővítő sebészi eljárásokról.

A Közkórházi Orvostársulat okt. 28-iki ülésének tárgysorozata. Bemutatások: *Szilágyi István:* Érdekesebb syphilis esetek. *Bárdossy István* és *Habán György:* Metrocytoma appendicularis hegben. *Nagy András:* Hevenyen lefolyó Basedow esetek. — Előadás: *Steinert Gyula:* Adatok a Müller reactio ismeretéhez.

A gróf Apponyi Albert Poliklinika október 28-i, szerdán d. u. ½7 órakor tartandó ülésének tárgysorozata: A) Előadások: 1. *Kemény Ernő:* A Read-féle formula gyakorlati használhatósága. (Mult ülésről elmaradt). 2. *Weidlinger Imre:* A gyomornedv intracutan oltása után bekövetkezett reactióról. (Múlt ülésről elmaradt). — B) Bemutatások: 1. *Egyedi D.* és *Frankl S.:* A Schramm (cystoskopiai) tünet diagnostikai értékelése ideggyógyászati szempontból. 2. *Zsingor Béla:* Ritkább sebészi esetek.

Magyar Orvosok Röntgen Egyesülete október 28-i ülésének tárgysorozata: Bemutatások: *Kovács Ákos:* A kiválasztásos urographiáról, új magyar kontrasztanyag kapcsán. *Nádor-Nikitits István:* Tüdő casuistica. — Előadás: *Herman János:* A pneumothorax röntgenképe.

A Magyar Röntgentársaság október 26-án, este 7 órakor tartja tudományos ülését a gróf Apponyi Albert poliklinika tantermében. Tárgy: *Weisz Ármin:* A carcinoma röntgentherapiájának mai állása.

A Magyar Pathologusok Társasága f. é. november 1-én d. e. ½12 órakor a budapesti egyetem I. sz. kórbonctani intézetében közgyülést tart, melynek fő tárgya a jövő évi nagygyülés előkészítése lesz.

A Magyar Urologiai Társaság október 26-án (hétfőn) délután ½7 órakor a Királyi Orvosegyesület Semmelweis-termében tartandó ülésének tárgysorozata. Előadások: 1. *Borza Jenő:* Cardialis insuffitientia urologiai mütétek után. 2. *Sas Loránt:* Haemorrhagiás cystitis kezelése a bacteriumtartalom megváltoztatásával. — Bemutatások: 1. *Schmidt Albin:* A magas lumbalérzéstelenítés a vesesebészetben. 2. *Hornyák Géza:* Phimosis új mütéte.

Az orvosok továbbképzése. Az orvosi továbbképzés központi bizottsága október hó 16-án az I. sz. egyetemi szemklinikán tartotta XVIII-ik közgyülését, melyen a miniszteriumok, az egyetemek s a tudományos testületek képviselői vettek részt.

Grósz Emil dr. egyetemi tanár elnök, ismertette a bizottság munkáját az utolsó költségvetési évben, melyben már az orvosok ösztöndíjának reductiója érvényesült, úgy hogy míg az előző költségvetési évben 933 orvos részesülhetett továbbképzésben, az utolsó évben már csak 452. A községi és körorvosok ugyanis csak azon esetben tudnak tanfolyamokon részt venni, ha anyagi támogatásban részesülhetnek. A bizottság a cursusok decentralisatiójával arra törekszik, hogy az orvosok lakóhelyük közelében részesülhessenek továbbképzésben. Az utolsó évben 10 helyen voltak cursusok, az előző költségvetési évben 13 helyen. A Budapestre jövő orvosok számára az „Orvosok Házában" biztosítanak lakást és élelmezést.

Az „Orvosképzés" folyóirat 67 iven, 81 továbbképző cikket közölt.

Nagyon méltányos volna, ha azon orvosok akik a tanfolyamokon vettek részt állások betöltésekor előnyben részesülnének. De általában szükséges volna, hogy az összes orvosi állások pályázat útján töltessenek be. Ez is serkentőleg hatna arra, hogy az orvosok ismereteik mélyitésére törekedjenek.

Johan Béla dr. egyetemi tanár titkár jelentéséből kiderül, hogy az 1930—31. költségvetési évben harminc, különböző időtartamú (1—2—4 hetes) tanfolyamot tartottak, a 452 orvos közül 159 volt olyan aki a tanfolyam székhelyén lakott, a másutt lakók közül 27 idegen területekről. A tanfolyamok főleg gyakorlati jellegüek voltak. A tanfolyamon résztvevő orvosok közül 122-en részesültek ösztöndíjban. A költségek fedezésére a Vallás- és Közoktatásügyi Miniszter subventioja szolgált.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetemen 1931. évi október hó 17-én: *Erdélyi Győző, Hoff Pál, Kintli József, Kotra Ferenc, Kovács Jenőné szül. Jezerinác Ilona, Markovits Béla, Rechnitzer János Richárd, Szántó Miklós, Szennik László Lajos Alajos és Neu Lipót.* — Üdvözöljük az új Kartársakat!

Fertőző betegségek állása Magyarországon (Budapest kivételével) *1931. október 1—15-ig.* (A zárójelben levő számok a mult év ugyanezen periodusának adatai).

Typhus abd.	819	(743)
Dysenteria	66	(293)
Diphtheria	877	(910)
Scarlatina	364	(290)
Pertussis	276	(152)
Poliomyelitis	98	(—)

A mult félhónaphoz képest *emelkedett* a diphtheria, scarlatina, pertussis, morbilli, varicella, *csökkent* a typhus abd., dysenteria és poliomyelitis megbetegedés száma. A *typhus* és *poliomyelitis* megbetegedések száma szeptember közepe óta csökkenő tendentiát mutat. A legtöbb poliomyelitis megbetegedés Borsód, Csanád, Pest, Szabolcs, Szatmár megyékben és Debrecenben fordult elő.

Kiadványainkat olcsón kapják meg kiadóhivatalunktól nátralékban 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. III. bövített kiad. sajtó alatt

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

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel való rendelésnél a portóköltséget is felszámítjuk.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Lapunk mai számához Chinoin gyógyszervegyészeti termékek gyára rt. Ujpest *Perparin*-ról szóló prospektusát mellékeltük.

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

75. évfolyam. 44. szám. Budapest, 1931 október 31.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM SEBÉSZETI KLINIKÁJÁNAK KÖNYVTÁRA

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Guszman József: A bőr praecarcinomás bántalmairól. (1051—1055 oldal.)
Bősze Lajos és Varga Gyula: A chinin használhatósága a szülészetben különös tekintettel végbélben való alkalmazásra. (1055—1058. oldal.)
Gőczy Lajos: A Manoiloff-féle terhességi reactio gyakorlati értékéről. (1058—1060. oldal.)
Wlassics Tibor: A lipoidok mennyisége a bőr hámsejtjeiben bőrelváltozások esetén. (1060—1062. oldal.)
Dvorák József: Tapasztalataink Kahn praecipitatiós luesreactiójával. (1062—1064. oldal.)
Györgyi Géza: Vastagbélpolypus esete. (1064—1065. oldal.)
Liebermann Tódor: A farkastorok operálásáról. (1065-1066. o.)
Balázs Gyula: A lúgmérgezettek vizeletének kémhatása. (1067—1068. oldal.)
Balázs Gyula: Halálos allonal mérgezés. (1068. oldal.)
Kaulich László: Idegen testek és kóros elváltozások vetületének meghatározása a bőrön röntgen átvilágítás közben. (1068. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (171—174. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szemészet. — Gyermekorvostan. (1069—1071. oldal.)
Könyvismertetés: (1071—1072. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (1072—1074. oldal és a borítólap III. oldalán.)
Vegyes hírek: (A borítólap III. és IV. oldalán.)

A bőr praecarcinomás bántalmairól.

(Klinikai előadás.)

Irta: *Guszman József* dr., egyet. c. rk. tanár.

Az elég gyakori bőrráknak több szempontból tulajdonítunk nagyobb fontosságot. Sociális szempontból azért, mert az esetek nagyobb számában az arcon mutatkozik, ahol idővel oly roncsolásokra, torzításra vezethet, hogy a beteg társadalmi elhelyezkedése nem egyszer súlyos károsodást szenved. De fontos a bőrrák klinikai szempontból is, mert a súlyos helyi pusztításoktól eltekintve, nem ritkán metastasisokhoz vezethet és az életet éppen úgy fenyegeti, mint a belső szervek rákjai. Tudományos szempontból az orvost a bőrcarcinómák főként *pathogenetikailag* érdeklik, mert kifejlődésük, előhaladásuk az orvos szeme előtt folyván le, a lehetőség leginkább meg van arra, hogy azokat a viszonyokat, körülményeket tanulmányozzuk, amelyeknek közreműködésével a carcinoma létrejöhet. Figyelemmel lehetünk azokra az előzetesen jelenlévő bőrállapotokra, melyek a bőrcarcinoma talaját előkészítik, illetőleg alkotják. Csak nyílt szemmel vizsgáljuk a jelenségeket és azt fogjuk látni, hogy a bőr és a látható nyálkahártyák azok a szervek, melyen a rák pathogenesise leginkább és legközvetlenebbül tanulmányozható. Erős a hitem és reményem, hogy a rákprobléma végtelenül komplikált voltának a kulcsa a bőrrákok szorgos kutatásában lesz megtalálható. *Az eddig legkimagaslóbb két vizsgálati, illetve észlelési eredmény: a chemiai szerekkel előidézett experimentalis rák és az önkéntelen kísérletképpen létrejövő röntgenrák, a legjobb bizonyítéka annak, hogy mely szerven kell a rákkutatásoknak elsősorban végbemenniök.* S e ponton a legnagyobb figyelmet kell a *praecarcinómás* folyamatokra fordítanunk, melyeknek részletesebb tárgyalására előadásom folyamán reátérek. Néhány bevezető szóval azonban a praecarcinómás állapotok esetleges kimenetelére, a bőrrákra is ki kell térnem.

A bőrcarcinoma fogalmát nem kell itt részletesen meghatároznom. Tumor, mely a bőr fedő-, mirigy- vagy tüszőhámjának atypusos burjánzásából áll és elvben korlátlanul növekedhet. E meghatározás az egyéb, jóindulatú atypusos hámproliferatiót (pl. idült lobos fekélyesedések) kizárja a rák fogalmából.

A bőrrák korai felismerése mindenkor elsőrendű kötelessége az orvosnak, mert erre a lehetőség, a klinikai ismeret, még inkább a pathohistologiai vizsgálat alapján közvetlenül kínálkozik.

A bőrcarcinoma előfordulása sajnos eléggé gyakori. Kórházi ambulantiámon aránylag igen gyakran kerül észlelésre. Igen nagy statisztikai anyagról számol be *Kostic*. 623 arcrák közül a felső ajkon 16-szor, az alsó ajkon 251-szer, az orron 53-szor, egyebütt az arcon 303-szor fordult elő a carcinoma. *Butler Carlos* ugyancsak óriási számbeli különbséget talált a felső és alsó ajak rákja között: 8.1%: 91.9%, ami a dohányzás nagy aetiologiai fontossága mellett tanúskodik. Localisatio szempontjából említem e helyütt *Winiwarter* régi statisztikáját is, mely szerint a bőrcarcinómák zöme, 85%-a az arcra esik, 9%-a genitaliákra, 5% a végtagokra és csak 1% a törzsre.

A bőrrákok felosztása több szempontból történhet. A kísérletek azonban, melyek *klinikai lefolyás* (relativ jóindulatúság vagy malignitas, *kiterjedés szerint*, avagy *causal-genetikai* szempontból kívánták azokat megkülönböztetni, nem nyújtottak kellő szilárd alapot. Leghelyesebb ezért a *histologiai* alapon való felosztást elfogadni (*Darier*, 1904. berlini congressus). E szerint megkülömböztetünk *carc. spinocellulare*-t, mely a Malpighi-réteg tüskesejtjeiből indul ki és *Krompecher* féle *carc. basocellulare*-t, mely a bőrhám basalis rétegéből, illetve embryonalis hámsejtekhez hasonló sejtekből veszi kiindulását. E két főtypus szerint felépített rákfajta általában lényegesen befolyásolja a klinikai képet, úgy morphologiailag, mint lefolyás dolgában, továbbá a therápiás beavatkozásokkal szembeni magatartást is. A két főtypuson kívül még egy *metatypusos* alakot is különböztethetünk meg (*Darier*), mely a két typusnak keverék alakja és mintegy 10—15%-ban fordul elő.

A most említett bőrráktypusok közül általában a *lobuláris*, azaz *spinocellularis* a rosszabb indulatú, mely az eseteknek talán a felébe kerül észlelésre. Különösen kell itt kiemelnünk a mélybe terjedő carcinomát, az ú. n.

cancroidot. A két bőrráktypus megjelenésében legtöbbször bizonyos különbségeket lehet felismerni, úgy, hogy azoknak közelebbi meghatározása sokszor klinikailag is lehetséges. Lefolyás szempontjából úgy a spinocellularis, mint a basalsejtű bőrrák felületes és mély terjedés szerint többé-kevésbbé súlyosan destruál,pusztít. De amíg a mély (cancroid) spinocellularis bőrrák leginkább az előbb-utóbb bekövetkező áttételek útján támadja meg az életet, addig a mélybe terjedő basocellularis rák veszedelme *elsősorban abban rejlik, hogy helyi pusztítást végez,* amennyiben anatomiai határokkal nem törődve, bőrt, szemet, porcot, csontot egyaránt tesz tönkre s a legborzalmasabb destructiókhoz vezet, melyek kapcsán végül a chronikus sepsis és kimerülés oltja ki a beteg életét. Különbség áll fenn *therapiás szempontból* is, mert a *basalsejtű bőrrák radiosensitiv* lévén, a sugaras kezelésnek jó sikerrel alávethető. Ezzel szemben a spinocellularis rák nem szokott a röntgennel, rádiummal szemben oly jól reagálni..

A kor szerinti maximalis előfordulás dolgában is tesznek különbséget a két bőrráktypus között, de a nézetek nem egyöntetűek. Igy *Savatard* szerint basalsejtű ráknak maximalis előfordulása a 45. életévre, a spinocellularisé ellenben a 65. évre esik. Ezzel szemben *Mac Cormac* tapasztalása szerint az ulcus rodens (tehát basalsejtű rákfajta) előfordulási maximuma átlagosan az 53. évre esik.

Ezek után rá kell térnem a voltaképpeni themámra, az ú. n. *praecarcinomás bőrbajokra, illetve állapotokra.* Ezek oly önálló folyamatok, melyek régi tapasztalás szerint több-kevesebb gyakorisággal következményképpen carcinómába mennek át. *A bőr praecarcinomás folyamatai kapcsán a bőrnek rákos hajlama gyakoribb, sokkal gyakoribb, semhogy a vak véletlennek kellene szerepet tulajdonítanunk.*

A praecarcinomás önálló bántalmak és állapotok részben *szerzettek,* részben *veleszületettek* s így *Darier* szerint ebből a szempontból két csoportba oszthatók.

A praecarcinomás állapotoknak a bőr- és nyálkahártyarákok aetiologiájában a legnagyobb fontosságot kell tulajdonítanunk, mert tapasztalásom szerint *minél jobban észleljük az előzményeket, tanulmányozzuk a rákok létrejöttét, annál inkább fogjuk látni, hogy a ráknak legtöbbször meg van már rakva a fészke, éppen a praecarcinomás állapotok alapján.* Éppen ezért véleményem szerint a bőrrák ritkán tűnik fel látszólag ép talajból.

A különböző praecarcinomás bőr- és nyálkahártya állapotok különböző jelentőségűek aszerint, hogy gyakran, sőt igen gyakran, illetve csupán aránylag gyakrabban vezetnek carcinomához.

A *Darier*-féle felosztást, hogy t. i. veleszületett és szerzett bőrállapotok szerint határozzuk meg a praecarcinomás bántalmakat, nem követem, mert bizonyos, hogy a „szerzett" kóros viszonyok kialakulásához is szükséges bizonyos fokig veleszületett hajlam. Helyesebbnek tartom ezért a gyakorlat szempontjából, ha a praecarcinomás állapotokat és önálló bántalmakat úgy veszem sorba, hogy *azok I. a véletlenen felül csak aránylag gyakrabban, avagy II. gyakran járnak rákos elfajulással.*

I. 1. *A bőr senilis degeneratiója és sorvadása.* E pontnál ki kell emelnem, hogy a bőrnek öregedése nincsen szigorúan az öreg korhoz kötve. Hiszen kivételesen, súlyos kóros viszonyok között, az öregedés folyamata már a gyermekkorban is megállapítható. Mégis a gyakorlatban leginkább az 50. életévtől kezdve találkozunk a bőr degeneratiós tüneteivel. Köztudomású, hogy idősebb ember arcának, kezehátának bőre megváltozik; barnás-zöldes festékes foltok, száraz plaque-ok, szemölcsszerű képletek tarkává teszik azt, rövidesen: elveszti frisseségét. Hozzájárul ehhez, hogy az egyes plaque-ok, foltok hyperkeratosisossá válnak. E pigmentált, túlszarusodott gócok nem egyszer kiindulását képezik a carcinomának, mely egyszerre több gócban is keletkezhet (ú. n. epithelioma multiplex). Igaz ugyan, hogy az említett öregkori bőrjelenségek felette gyakoriak, a carcinoma viszont csak ritkábban fordul elő, mindazonáltal figyeljük meg ezeket a jelenségeket, mert talajukon, főként ha verruca senilisek is csatlakoznak hozzájuk, bármikor, különösen ismételt mechanikai ingerekre (a viszkető részek kapargálása) rák fejlődhetik ki.

A bőr öregkori degeneratiós jelenségeinek szerepe a bőrrákok aetiologiájában kitűnik *Roland* összeállításából is. E szerző 864 bőrrák-esetet a betegek kora szerint csoportosított. E csoportosítás szerint a 35. életéven alul a rák 5%-ban, a 35—55. év között 56%-ban és 55 éven felül 39%-ban jelentkezett. *Matzen* adatai Bajorország rákos eseteire nézve azt mutatják, hogy a legkoraibb rákok a méhben, emlőben, petefészekben fordulnak elő, következik akkor az egyéb rákok egész skálája s csak legvégül a bőrrák. Tapasztalásom alapján ezt nem fogadhatom el, mert a bőrrákok aránylag nagy számban javakorbelieken észlelhetők. Persze, ha a halált okozó bőrcarcinomákat vesszük, akkor azokat a magas korúakon találjuk, tekintve, hogy a betegség évtizedeken át fennállhat.

A bőr öregkori jelenségei *önálló bőrsorvadásban* is mutatkoznak. Ez két alakban jut tudomásunkra. Vagy papirvékony, gyűrött cigarettapapirszerűen redőzött, áttűnő a bőr, melyet fehér atrophiás és pigmentált foltok tarkíthatnak, vagy pedig lötyögős, sárgásszínű az inkább megvastagodott bőr, ami főként a rugalmas, részben a kötőszöveti rostoknak is erős degeneráltsága által jön létre (ú. n. colloidos bőratrophia).

Az öregkori bőrjelenségek, melyeket helyesebben dystrophiáknak *(Darier)* lehet nevezni, főként a fedetlen testrészeken (arc, kezek, alkarok) mutatkoznak, tehát oly részeken, melyek leggyakrabban vannak kitéve a különböző atmospherás viszonyoknak, tehát hőhatásnak, különösen pedig a napsugarak vegyi hatásának. E helyütt ki kell még emelnem azt a felette fontos tapasztalást, hogy ezek az öregkori bőrelváltozások jellemzően sok más praecarcinomás bőrállapotban is feltalálhatók, legkifejezettebben a röntgen-dermatitisek és a xeroderma pigm. esetében.

2. Említettem, hogy a bőr öregedése elvben nincsen magasabb korhoz kötve. Ha 30 év körüli egyénen, vagy még fiatalabb korúakon látjuk a bőr öregedési jelenségeit kifejlődni, *praesenilis* állapotról szokás beszélni. A kiváltó ok — belső dispositió közrejátszásával — ezeknél is az atmospherás tényezők fokozott közreműködésében ismerhető fel, mert a bőr praesenilitása jóformán kivétel nélkül oly egyénekre vonatkozik, akik azoknak legjobban vannak kitéve (hegyilakók ú. n. Wetterhaut-ja, tengerészek ú. n. Seemannshaut-ja). Itt említem meg, hogy már *Thiersch* kiemeli, hogy mezei munkát végzők között aránylag gyakoribb az arcon levő carcinoma. Valószínű, hogy a sötét bőrűek nagyobb festéktartalma természetes védelmet nyujt. Ezt látszik bizonyítani *Schamberg* tapasztalása is, aki 3000 bőrbajos néger közül csak egyetlen bőrrákot talált, azt is egy mulatt nőn.

3. A rövidség kedvéért a praecarcinomás bőrállapotok nagy csoportját gyűjtöm most össze, jóllehet az meglehetős heterogen kórfolyamatokat ölel fel. Különböző bőrbajok és azoknak heges kimenetele, továbbá bizonyos professionalis bőrbántalmak tartoznak ide. Felsorolom itt többek között a régi égési hegeket, a lupus erythematodest, lupus vulgarist, a gummás hegeket. Mindezek a bőrállapotok kisebb-nagyobb fokban hajlamosítanak carcinoma kifejlődésére, amely pedig jóformán kivétel nélkül a fölötte rosszindulatú mély spinocellularis rák (cancroid) szokott lenni. *Kosztic* 85 primär, a végtagokon ülő carcinomának nagyrészét hegeken találta, többek között 13 esetben égési hegek talaján.

A *carcinoma in lupo* kivétel nélkül régi, évtizedes hegesedő lupus vulg. esetekben szokott szövődmény alakjában kifejlődni. Lupus vulg. folyamán ez a legsúlyosabb komplikatio nem túl gyakran mutatkozik. A becslések 4—6% között mozognak. Mivelhogy a lupus vulg. az esetek legnagyobb részében a gyermek, illetve a serdülő korban veszi kezdetét, nem csodálni való, hogy a cc. in lupo nem egyszer már a 35—40 éven alul jelentkezik.

Abban az időben amikor a röntgen-sugarakat bőven és nem kellően adagolva alkalmazták a lupustherápiában, a cc. in lupo aránylag gyakrabban került észlelés alá, hiszen ilyenkor nemcsak a heggel járó alapbetegség, de a röntgen-sugarak kumulativ hatása is szerepelt, mint carcinogen tényező. De azért hangsúlyozom, hogy a hosszan fennálló lupus mégis csak elsősorban magában rejti a veszélyt, amit pl. *Savatard* statisztikája is bizonyít, mely szerint 50 lupus carcinomás beteg közül 25 röntgenkezelésben egyáltalában nem is részesült.

Gummás hegek nem túl ritkán alapját képezik egy később kifejlődő carcinomának. *Werther* a vulván azon a hegen látott spinocellularis rákot kifejlődni melyen 3 év előtt gumma zajlott le.

Az experimentalis rákkutatás egyik legfontosabb része a *kátrányrák. Yamagiva* és *Ichikava, Fibiger* és utánuk számos vizsgáló kimutatta, hogy rendszeres kátrány-irritatio által állatokon valóságos rák hozható létre. Kátránynyal, szurokkal, korommal dolgozó munkások bőrén oly chronikus, részben acneszerű dermatitisek fejlődnek ki, melyeknek talaján rákos elfajulás állhat be. Itt említem fel, hogy éppen 100 éve, hogy *Pott* először írta le a kéményseprők scrotumrákját.

De nem időzöm e pontnál, mert elég ha éppen csak utaltam e chronikus izgalmak által létrejött és atypusos hámburjánzással, hegedéssel járó praecarcinomás állapotokra.

4. Praecarcinomás állapotot teremt olykor a bőrön az *arsenes intoxicatio* is. A rákképződés *közvetve* jön létre, mert az összekötő kapocs az arsenintoxicatio és a cc. között az ú. n. *arsenes hyperkeratosis*. Érdekes, hogy a bőrnek különböző az affinitása az arsennel szemben. Legerősebb az affinitás a tenyéren és talpon, amiért is az arsenhyperkeratosis leginkább itt fejlődik ki. Ez a súlyos elváltozás, mely hol diffus, hol körülírt, verrucás alakban jelenik meg, leginkább az arsennek igen hosszas, erélyes folyékony adagolásában (leghatásosabb a Fowler-oldat) szokott létre jönni. Különösen a *szemölcsszerű hyperkeratosis a veszedelmes,* mert könnyen átmehet mély spinocellularis rákba.

Az arsennek carcinogen hatása az experimentalis kátránycarcinomák kérdésében is szóba jön, mert vannak szerzők, akik a kátrány carcinogen hatásában az abban esetlegesen előforduló arsen szerepét tartják fontosnak. Az újabb vizsgálatok azonban inkább a mellett szólnak, hogy a kátrány arsentartalmának döntő hatására vonatkozó feltevés téves *(Joshioka)*. Olykor több körülmény torlódik össze aetiologiai tényezőként. Igy *R. L. Mayer* bemutatott egy 64 éves férfit, akinek psoriasisát kevés röntgennel és azonfelül arsennel kezelték s akinek lábszárán spinocellularis rák fejlődött ki. Itt a kor és a bőrbetegségen kívül a „röntgenbőr" és főként az arsen vagy külön-külön, vagy együttesen mint praecarcinomás tényező szerepelhetett. Tekintve, hogy a cc. helyén hyperkeratosis is volt jelen, valószínű, hogy elsősorban az arsen volt a kiváltó ok.

5. Az ú. n. *röntgenbőrt — dermatopathia radiogenicát* — ugyancsak praecarcinomás állapotnak kell tekintenünk. A hosszabb ideig többszörösen alkalmazott helytelen sugarazás eredménye. Az eredeti röntgen-erythematól eltekintve akár hányszor hónapokon, éveken át semmi különös nem észlelhető a sugarazott bőrön. Csak később, egészen lappangva festékzavarok, festékeltolódások keletkeznek, melyek pigmentált, illetőleg pigmentmentes foltokban nyilvánulnak. A képet tarkítja, hogy a bőr lassankint atrophiás lesz és teleangiektasiák fejlődnek ki rajta. Szárazság már előbb állhatott be, hiszen közben degeneráltak, illetve atrophiában elpusztultak a bőr mirigyei is. Főként ez az utóbbi körülmény vezet rhagadok és mélyebb berepedések keletkezésére. A hámnak kóros állapota fokozott hámlásban, hyperkeratosisos megvastagodásban nyilvánul. Mindezek a most röviden érintett tünetek adják a röntgen-bőr typusos képét. Közvetlen rákos veszedelem ily állapotban még nincsen, de a lehetőség erre mindenkor fenyeget. Előbb-utóbb ugyanis — főként ha további ártalmak (edzőszerek, erősen lúgos szappan, sebészi mosakodás) bántják a bőrt — papillaris túltengések, körülírt hyperkeratosisok fejlődnek ki, melyek verrucás excrescentiákká alakulnak át. Ezek a verrucás növedékek idővel igen rosszindulatú spinocelluláris rákokká válnak, melyek a betegnek hosszú szenvedés után az életét oltják ki. De tapasztalásom szerint akárhányszor a klinikailag banális verrucás növendéknek látszó képlet is már carcinomás structurát mutat szövettanilag.

Szakavatott kezeléstől a jövőben alig fog röntgenbőr kikerülni, de sajnos még mindig bőven alkalmazzák kellő szakismeret híjján a sugarazást, ami a legnagyobb veszélyt rejti magában. Ha mégis létrejön a röntgenatrophia súlyos képe, minden igyekezettel rajta kell lennünk, hogy külső ártalom, inger tovább ne rontson. Csak megemlítem, hogy sajnos már nem egy kiváló tudós és laboratóriumi segéderő esett áldozatul a röntgen-carcinomának, akik abban az időben foglalkoztak a súgarakkal, amikor azoknak késői hatása és veszedelme még nem volt eléggé tanulmányozva.

Kétségtelen, hogy a *röntgensugarak közvetlenül nem idézik elő a carcinomát, hanem csakis közvetve* azáltal, hogy a bőrnek azok a másodlagos súlyos elváltozásai jönnek létre, melyek a ráknak előfutárjai lehetnek.

II. A következő sorozatban a praecarcinomás bántalmak azon jóval súlyosabb alakjait ismertetem röviden, melyek részben meglehetősen gyakran, részben jóformán szabályszerűen szoktak rákba átmenni.

1. Az *erythroplasia (Queyrat)* nevű praecarcinomás folyamatot *Darier (Fournier*-vel együtt) már négy évtized előtt leírta *„épithéliome papillaire nu"* néven. Ez a bántalom leginkább a vulván, a glanson, a praeputiumon és a buccán fordul elő. Általában elég ritka. Aetiologiája homályos (lues gyakran szerepel az anamnesisben). A folyamat éles határú, nyers hússzínű, vörösesen fénylő, bársonyos területben jelentkezik. Idejében való eltávolítás nélkül előbb utóbb cc. fejlődik ki rajta (spinocellularis cc.) Szövetileg leginkább az interpapilláris hámcsapok túltengése a jellemző. Néha dyskeratosis jelenségek is állapíthatók meg, melyek a *Bowen*-betegséghez közelállónak minősítik a bántalmat. Nálunk részletesen *Láng M.* és *Szathmáry S.* foglalkoztak a kérdéssel, szintúgy *Rajka* is.

2. Súlyos praecarcinomás bántalomnak tartjuk a *leukoplakia mucosae orist,* mert egyik leggyakoribb oka a szájüregben előforduló rákoknak. Sorrendszerint a leggyakoribb helye a bucca, a nyelv, alsó ajak. A felső ajkon, szájpadláson már ritkább. A kifejezett leukoplakia aetiologiájában csaknem kivétel nélkül a syphilis játsza a legfontosabb szerepet (90% *Guszmann),* úgy látszik azonban csak akkor, ha tartós inger éri a nyálkahártyát. A szerzők ezt a megfigyelést a következő formulába öntik: rosszul gyógyult syphilis + tartós inger (dohányzás). Az állandó inger a dohányzáson kívül persze más is lehet (rosszul ülő fogsor). A leukoplakiának elsőrangú klinikai fontossága abban rejlik, hogy elég gyakran carcinomába

megy át. A statisztikák erre nézve igen eltérőek *(Schöngarth* 22%, *Fournier* 30%, *Barthélemy* 9.5%). Persze a localisatiótol függ a legtöbb. *Legveszedelmesebb a nyelvnek körülírt kérges, fissurás, erosiós leukoplakiája,* főként ha ezen idővel *szemölcsszerű* burjánzások támadnak. *Ilyenkor már mint praecarcinomás képletre nézve is az exstirpatiót tartom feltétlenül indicáltnak,* mert ezen a talajon előbb-utóbb nyelvrák fog kifejlődni. A rák jóformán mindenkor a spinocelluláris rák felette rosszindulatú mély alakjának az ú. n. cancroidnak felel meg. Bármily nehéz határozott nézetet vallani a cc. gyakoriságának kérdésében, mégis *Darier* véleményét fogadom el, ki 15—20 %-ra teszi az ominosus szövődmény előfordulását.

E helyütt reá kell mutatnom arra a viszonylatra, mely a leukoplakia útján *c. syphilis és carcinoma* között fennáll és amelynek demonstrálására csak *Poirier* adatát hozom fel, mely szerint 32 nyelvrákos beteg közül 27 régebben syphilises fertőzésen ment keresztül. Ez az összefüggés néha közvetlenül egy időben ugyanazon a betegen mutatható ki (pl. tertiär bőrtünetek, vagy + Wa. r., továbbá leukoplakia és végül annak valamely részén kifejlődő rák). Bizvást mondható ez alapon, hogy a mikor a luest korai szakában erélyesen gyógyítjuk, ugyanakkor a későbbi leukoplakia kikerülésével a cc. prophylaxisát is szolgáljuk. Hogy e „trias"-nak (lues, leukoplakia, cc.) középső tagja míly szoros kapocsban van a syphilissel, azt legjobban mutatja *Landouzy* és *Gaucher* felfogása, mely szerint a betegség egyenesen parasyphilises volna. A leukoplakia ritkábban a nemirészeken is fordul elő. A vulván nem egyszer a *kraurosissal* — egy sklerotikus atrophiával járó chronikus folyamattal — szövődik. Ki kell azonban emelnem, hogy a *Breisky* által elnevezett *kraurosis* folyamata, melyet legjobb volna *sklerosis atrophicans vulvae*-nek nevezni *(Taussig), szorosabb összefüggésben nem áll a leukoplakiával.* Hogy a vulván előforduló leukoplakia mily nagy fokban praecarcinomás folyamat, azt legjobban *Fr.Taussig* adatai bizonyítják(a leukopl. vulvae 45%-ában rákos szövődmény).

3. Egy régebbi előadásomban a *Paget-betegséget* is ide soroltam, melyet már régóta mint typusos praecarcinomás bántalmat ismertek. Tudjuk, hogy legtöbbször a női emlő bimbóudvarán jelentkezik, mint igen hosszúra elnyúló nedvező, crustás ekzemaszerű folyamat, mely olykor apró szemölcsszerű képződményekkel tarkított. Hosszú fennállás után a bántalom éles széllel lassan az egész emlőre terjed, miközben fekélyek támadnak, majd még később a bőrrel összefüggően vagy különállóan az emlőmirigy állományában tumor válik kimutathatóvá, mely a carcinoma összes jeleit viseli magán. Most sokkal rövidebben szólhatok e sajátságos bántalomról, hiszen az újabb vizsgálatok (pl. *Masson* és iskolája) azt látszanak bizonyítani, hogy a *Paget*-disease *nem is praecarcinomás betegség, hanem maga a rákos bántalom* (epidermotrop rák). E szerint a primär bántalmat a mirigyben ülő rákos daganat képezi s a felületes, nedvező, fekélyesedésre hajló, sokszor ekzemaszerű elváltozás a másodlagos folyamat, ami azáltal van feltételezve, hogy a tumorból a ráksejtek a tejutakon át vándorolnak a bőr felé és átjárják a hámot (epidermotropia). Ujabban *Arzt* és *Kren,* akik 16 esetben szövettanilag vizsgálták a kérdést, arra a meggyőződésre jutottak, hogy lényegileg *két féle typusról van szó.* Az első typus jóval gyakoribb s a most említett viszonyokat bizonyítja (transport a mély primär gócból). A második typus esetén primär mély tumor nincsen jelen, amikor tehát a bőrtüneteket mégis valódi praecarcinomás bántalomnak kell felfogni.

4. A *Bowen*-féle *praecarcinomás dermatosis (Bowen, 1912)* közel áll a *Paget*-betegséghez *(Savatard* ezzel azonosítja). Bárhol a bőrön előfordul. Klinikailag igen változó képet nyujt. Leginkább éles határú, barnás vörös, kígyózva terjedő gócok képében jelentkezik, melyek vagy sima, vagy egyenetlen felszínűek s elég gyakran gyöngén nedveznek, crustákkal borítottak. Szöveti structurája elég állandó képet ad s az eltérések a bántalom különböző fejlődési szakaszaival magyarázhatók *(M. Jessner).* A hám kóros elváltozását leginkább a sokszerűsége, a sok sejtoszlási alak és a dyskeratosis jellemzi. *M. Jessner* szerint feltűnő nagyok a hám sejtek, melyek vacuolával környezett óriás maggal és nagy magvacskával bírnak.

5. A súlyos praecarcinomás bőrbántalmak legklassikusabb képviselője a *xeroderma pigmentosum.* Ismeretes, hogy ez a bántalom a zsenge gyermekkorban szokott kezdődni. Az első tünetek a nap chemiai sugarainak hatása alatt köszönnek be. A gyermeknek főként fedetlen testrészein (arc, kéz, fül, nyak) eleinte múló, később állandósuló erythemás, hámló lobosodásai támadnak. Idővel a lobos tünetekkel kapcsolatosan nagy, szeplőszerű pigmentált foltok keletkeznek, melyeken kívül azonban később fehéres-rózsaszínű atrophiás, heges gócok is keletkeznek. Még később a száraz, vékony bőrön teleangiektasiák jelentkeznek, úgy hogy a bőr öreges, tarka képet nyer, melynek *nagy a hasonlatossága a röntgen-, illetve az öregkorú sorvadt bőrhöz.* Ez az állapot éveken át elhúzódik, míg végül ezen a pigmentalt, atrophiás bőrön imitt-amott verrucaszerű növedékek támadnak, melyeknek egyike-másika csakhamar mély spinocellularis rákba szokott átmenni. Ez a súlyos szövődmény leginkább a második évtizedben szokott beállni. A tapasztalás azt mutatja, hogy a rákos kimenetel annál biztosabban és korábban jelentkezik, minél zsengébb gyermekkorban jelentkezett a xeroderma pigm. Egyik, általam az Orvos Egyesületben bemutatott esetben a 8 éves fiú arcát már javában pusztította a rák, melybe szegényke hamarosan bele is pusztult.

A bántalom kiváltó oka kétségtelenül a napfény chemiai sugarainak hatása. A lényeg azonban a bőrnek veleszületett, tehát endogen természetű túlérzékenysége a chemiai sugarakkal szemben. Az anatomiai elváltozások igen hasonlók — mint már említettem — a röntgenbőrnél találhatókkal, de az öregkori bőrsorvadásnál előfordulókkal is. S valóban a gyermek-, vagy a serdülő korban levő xerodermásnak bőre teljesen öreges benyomást tesz, amiért is *Kaposi* találóan *„senilitas cutis praecox"*-ról tesz említést. Érdekes, hogy ez a korai folyamat a belső szervekre, így elsősorban az ütőerekre is terjed. Itt jegyzem meg, hogy vannak esetek leírva *(Bruhns, Lesser, Greeff)* amelyekben a fiatal xerodermás betegek apoplexiában pusztultak el.

E súlyos *praecarcinomas bőrbaj endogen természetét* azonban legjobban az határozza meg, hogy aránylag gyakran *familiaris* bántalomról van szó, sőt, hogy a szülők *vérrokonságban* voltak. A bőrnek született gyenge ellenálló képessége, debilitása éppen vérrokon szülők csiraplasmája által fajulhat ily súlyossá, amikor ugyanis felvehető, hogy a mindkét szülő csiraplasmájában rejlő gyengeségek összeadódnak.

Bár az itt felsorolt betegségek és bőrállapotok nem képezik teljes számát a pracarcinomás folyamatoknak (pl. bizonyos naevusok praecarcinomás természete), mégis látható, hogy azok nem jelentéktelen számúak. Van tehát sajnos elég alkalom arra, hogy a carcinoma kifejlődhessen. *S itt felvetem a kérdést, egyáltalán létrejöhet e primaer cc. megfelelő előfutár, szállásmester nélkül? A bőrön és a szájnyálkahártyán véleményem szerint aligha.* Sőt tovább megyek, amikor nem tartom valószínűtlennek, hogy ily praeformatióra más szervek rákjainak is van szüksége. A vizsgálati és észlelési lehetőségek persze máshol mint a bőrön jóval nehezebbek.

A most felsorolt praecarcinomás állapotok közül mindenesetre olyanokat is találunk, melyek még az endogen,

familiaris ráktheóriára is szolgáltatnak bizonyos magyarázatot (xeroderma pigm.).

Ezek után csak még arra kell utalnom, hogyha idejében felismerjük a praecarcinomás bőrállapotokat, illetőleg ismerjük carcinogen természetüket és általában létrejövetelüket, betegeinket nem egyszer sikerrel fogjuk megóvhatni sok szenvedéstől. Legyünk tehát pl. a röntgen- és arsentherapiában óvatosak; a kátrány-, petróleum-munkások bőrét kísérjük figyelemmel, illetőleg figyelmeztessük a hajlamosakat más munka űzésére. A leukoplákia a korai lueskezeléssel amúgy is csökkenőben van, amikor pedig az mégis kifejlődik és a nyelven súlyos verrucosus alakot ölt, minden therapiás inger (edzés stb.) helyett a műtéti eltávolítást ajánljuk. Bízvást hiszem, hogy mindezekkel az éppen csak érintett óvóintézkedésekkel sok esetben elkerülhetjük a carcinoma kifejlődését.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A debreceni magy. kir. Tisza István Tudományegyetem szülészeti-nőgyógyászati klinikájának közleménye. (Igazgató: Kovács Ferenc dr., egy. ny. rk. tanár.)

A chinin használhatósága a szülészetben, különös tekintettel végbélben való alkalmazására.

Irta: *Bősze Lajos* dr., tanársegéd és *Varga Gyula* dr.

Régi törekvése már a gyakorló orvosoknak — látván a szájon keresztüli chinin-adagolásnak sokszor az egész kezelést megbénító kellemetlenségeit —, hogy megfelelő módot találjanak az egyébként igen áldásos chiningyógykezelés szövődménymentes lehetőségére. Ez az igyekezet teremtette meg először az íztelen készítmények sorozatát, majd megindultak a kísérletek az initiálható készítmények előállítására.

Közismert, hogy ezek a körülmények sem oldották meg teljesen a kérdést. Egyrészt a szerek drágasága és kisebb chinintartalma, talán a rosszabb felszívódási viszonyok, másrészt a befecskendezések nyomán még ma is keletkező beszűrődések és elhalások nagyobb veszedelmet jelentenek, mint amennyi haszon várható egy ilyen injectiótól.

Ez vezetett bennünket arra a gondolatra, hogy kísérletet tegyünk a végbélen keresztül való adagolással. Mivel naponta láttuk, hogy hányás, hányási inger és a teljes étvágytalanságig fokozódó gyomortünetek megnehezítik az amúgyis sokszor súlyos állapotban levő, különösen septicus betegeink helyzetét. Az eredményeink várakozáson felüliek voltak. Mielőtt azonban ennek a leírására térnénk, lássuk, hogyan is állunk a szájon át való adagolás hatásával?

Per os adagolva, tekintet nélkül arra, hogy a gyomor üres-e, vagy tele van, már 30 perc mulva kimutathatók chinin-nyomok a vizeletben. A kiürítés maximumát 5 óra múlva éri el. De nemcsak a gyomorból szívódik fel a chinin kitünően, hanem a végbélből, sőt a többi nyálkahártyáról is, csakhogy valamivel lassabban. Ezt az adagolási módot eddig csak a gyermekpraxisban használták. Állatokon azt is kimutatták, hogy a hüvelyből talán még gyorsabb a felszívódás, mint a gyomorból. Ezzel szemben a bőr alá, vagy az izomba adott készítmények felszívódási viszonyaira eltérőek a vélemények. *Mariani* még 17 óra mulva is kétharmad részét ki tudta mutatni a befecskendezés helyén az izomba juttatott készítménynek. Erre különben *Cahn—Bramer* is felhivták a figyelmet. *Boecker* vizsgálatai ezt nem erősítik meg teljesen. Az intravenás alkalmazás esetén is csak 6—8 óra mulva éri el a kiválasztás a tetőpontját. *(Tchapkevitch)*. A vérből magából 15 perc mulva már teljesen eltünik a befecskendezett chinin, melynek nagyrészét a reticulo endothelialis rendszer és főként a tüdő tartja vissza bizonyos ideig.

Acton és *Chopra* bebizonyították, hogy előzetes, vagy egyidejű alkali adagolás mellett a felszívódás még gyorsabb és a vérben nagyobb töménységet lehet így elérni, mint különben. Ezért klinikánkon a chinin gyógyszerelést mindig alkaliás porkeverék adagolásával kötjük egybe. (Calcium, phosph. magnesium carb. natrium hydrocarb.)

Hatás szempontjából a szülészt főként a simaizom elemekre és a hőmérsékre irányuló befolyásolás érdekli. Elfogadott tény az, hogy a chinin a lázas hőmérséket két úton támadja meg. Csökkenti a hőtermelést, a sejtek oxydativ energiajának csökkentésével és megnyugtatja a hőközpontot. Habár ez az utóbbi hatása nem olyan kifejezett, mint az antipirin-csoporté. Sőt *Feyerabend* közöl egy esetet, midőn napi 10 gr. adagolás után sem tudta a közérzet vagy lélegzés zavarát, chininbódulatot, vagy a hőmérsék befolyásolását kimutatni. Ő ezek alapján a chinint hatástalannak tartja. Ez a felfogás nem állhatja meg a bírálatot. Azonban egy esetünkben mi is észleltük, hogy másfél óra alatt adagolt 2 gr. chinin után egy óra mulva (tehát két és fél óra mulva az első adagtól számítva) erős hidegrázás és 41 fokos hőmérsék keletkezett. (Per os adagolás). Ugylátszik, ha a fertőzés súlyos, olyan nagy ingert képez a hőközpontra, hogy megnyugtatása nagy adag chininnel sem sikerül. Talán nagyobb töménység volna ilyenkor szükséges.

Megmagyarázható ez a jelenség azzal, hogy a chininnek központi hatása igen gyenge, mert a hőszúrásos lázat alig tudja befolyásolni, illetve csak a szúrás okozta izgalom jórészének lezajlása után tudja elősegíteni, amikor már a spontán javulás is kezdődik. Ennek alapján bizonyos korlátozással kórjóslati célokra is felhasználhatjuk azt, hogy a folyamat miként reagál a chininre. Mert ha a szervezet eléggé küzdőképes, csak kicsiny támogatásra van szüksége, hogy felülkerekedjen a fertőzéssel szemben. Ilyenkor a chinin adagolás után rövidesen láztalan már a beteg, javul az érverés, az étvágy és az általános állapot. Tehát ezek alapján a chinin feltétlenül legáldásosabb gyógyszereink egyike, mellyel bizonyos fertőző betegségek ellen küzdeni tudunk. Ezt bizonyítják a különböző vetélések és szülések utáni méhüregi, vagy méhkörüli fertőzéseknél elért kedvező eredmények. Sőt sokszor a más okból keletkező parametritisek és adnexfolyamatok kedvező lefolyása is. Érdekes, hogy a gonorrhoeás fertőzés által okozott méhkörüli- és függeléklobosodások alig reagálnak a chininre. Talán ilyen esetben még elkülönítő kórismei jelentősége is lehet a chininnek, bizonyos körülmények között.

A simaizomzatra irányuló hatás gyakorlatilag kétféleképen jut kifejezésre. Egyrészt a beleken, másrészt a méh izomzatán. *Singer* észlelte először, hogy a chininre idült székrekedésnél azonnal székürülés jelentkezik. Legerősebb akkor, ha ½ gr-ot ad intravenásan. *Graham* a végbélen át való alkalmazást tartja a legjobbnak. Mi ebből a szempontból is megfigyeltük eseteinket és csak ritkán láttunk végbélen át adott chininre azonnal székürítést. Ha pedig a betegek előzetesen tisztító-beöntést is kaptak, székürülés nem jelentkezett.

Régebben a chininnek méhösszehúzódásokat kiváltó hatást tulajdonítottak. Ezzel szemben ma a kérdés úgy áll, amint azt legújabban *Haberda* is hangsúlyozta, hogy a chinin nem abortivum. Ezt mi is megerősíthetjük, mert a chininnel magával fájásokat kelteni nem sikerül, csakis akkor, ha a méh már „fájásra kész állapotban" (wehenbereit) van és akkor is, mint az *Siegel* ajánlotta, inkább kis adagokban. (0.20 gr.)

Ujabban *Schübel* mutatott rá, hogy a kis chinin-adagok a méhre izgatóan hatnak. Ez az izgató hatás véleménye szerint azonban csak a méh sensibilizálásában nyilvánul meg, chemiai, elektromos, hormonalis, mechanikai és hőingerekkel szemben. Ezt különben izolált, túlélő macskaméhekkel és szülés utáni állapotban levő méhekkel is — in vivo — igyekeztek bebizonyítani. Kiderült, hogy nagy adag chinin után méhösszehúzódások nem jelentkeztek, csak 12—24 óra múlva, amikor a szervezetben chinin már csak kis töménységben lehetett. Ezért fokozott a chininezett méh érzékenysége hypophysis-hátsó lebeny készítményekkel szemben is és mint célszerű kombinációt *Schübel* igen ajánlja: a kettőnek együttes alkalmazását. Ezt igyekszik újabban *Hammerschlag* is kihasználni eljárásában, mely a túlhordás eseteiben a fájásnélküli méhen indítja meg a szülőtevékenységet. Néha nagyon szépen fokozható a méh érzékenysége intravenás calcium-adagolással is.

A szülészetben a chinin legnagyobb alkalmazási területe a vetélés, koraszülés és a velük összefüggő szövődmények kezelésében van. Habár a chinin nem abortivum, kis adagok mégis fájástkeltően hatnak, ha a méh valamely oknál fogva fájáskész állapotban van. Ilyen körülményeket teremtenek a lázas, interkurrens betegségek, mechanikus- és hőingerek. Magunknak is volt alkalmunk észlelni, hogy a városban vagy pénztári rendeléseken chininnel kezeltek orbáncos 6—8 hónapos terhes nőket, akik az ennek következtében fellépő fájások miatt klinikánkat keresték fel. A beteget lefektetve, a chinint elvontuk, mire a fájások megszüntek és a terhességet rendesen kiviselték.

Ezeknek a tényeknek nagy jelentősége van a lázas vetélések kezelésében. A különböző szerzők ajánlják, hogy még zárt méhszájnál is tegyünk előbb kísérletet chininnel. *Poschacher* negyedórás időközökben négyszer 0.25 gr. chinint ad per os és többnyire már 24 óra alatt teljes eredményt ér el, különösen a terhesség első három hónapjában. Az azonban bizonyos, hogy ha az első, chininkúrának nincsen hatása, akkor a további chinin-adagok eredménytelenek. *Poschacher* kezdődő vetélésnél 82%-ban, tökéletlennél pedig 30%-ban látták eredményesnek ezt az eljárást. Mások az injectiós kezelésnél láttak jó eredményt lázas abortusnál. *(Henrard)*. Hacsak kisebb lepényirész visszamaradásáról van szó (residua post abortum), akkor a chinintől eredmény nem várható. Azokban az esetekben pedig, midőn chininre a kiürülés nem volt tökéletes, az összekötettéseiben meglazult peterészeket műszerrel könnyebben lehetett eltávolítani.

Néha erősebb vérzéseket is észrevehetünk chinin-adagolás után, melyet azzal magyaráznak, hogy nagyobb adagok elernyesztő hatással vannak a méhre. Erről különben nekünk is volt alkalmunk meggyőződni, midőn gyermekágyas betegeink között influenza-járvány lépett fel és a napjában háromszor adott fél gr-os kup után a folyás véres lett, vagy ha véres volt, a vérzés erősbbödött. Ergotin-készítmények ezt az állapotot megszüntetik. A chinin adagolás jó hatása csak akkor értékelhető igazán, ha tudjuk, hogy *Bovin* statisztikája szerint a spontán lázas vetélések halálozási számaránya 1.3%, míg a műtéteseké 2.9%.

Igen eredményesen használhatjuk a chinint a művi vetélések és koraszülések megindításában is. *Franz* ½ gr-ot ad per os, melyet esetleg egy ½ óra mulva megismétel. *Fülöp* ½ ccm 25%-os oldatot ad intravenásan és izomba, aztán burkot repeszt. Az eljárást igen hatásosnak tartja és a chinin hatást hypophysis-készítmények befecskendezésével támogatja.

A rendes szüléseknél, mint fájáserősítő szert alkalmazzuk a chinint. Különösen a primaer fájásgyengeség eseteiben. Mert ilyenkor is van a méhnek kisebb-nagyobbfokú ingerlékenysége és csak egy bizonyosfokú ingerre van szüksége, hogy rendes szülőfájások induljanak meg. Az adagolás módja mintegy, egyes szerzők *Muschallik, Bucura* a per os adagolást tartják hatásosabbnak, míg *Halban, Köhler, Henrard,* csak az injectiós kezeléstől láttak jó eredményt. Ők az intravenás injectio után egy—három perc múlva észleltek méhösszehuzódásokat, melyek lassan szabályos fájásokká alakultak át. Szerintük az izomba fecskendezett készítmény hatása is azonos, csak időbelileg kissé elhuzódó.

Igen alkalmasnak és észszerűnek látszik a chinin-adagolás korai burokrepedésnél is. Természetesen a hatást más eljárásokkal is támogatni kell. Igen hasznos, különösen azokban az esetekben, ahol az esetleg jelenlevő gennyes folyás a műszeres beavatkozást ellenjavalja. A méh ingerlékenységének fokozására meleg borogatások, 40 fokos meleg fürdők, thermophor, ricinus olaj és calcium-adagolás ajánlatos.

Nem oszthatjuk *Gäussbauer* nézetét, aki a chinint teljesen hatástalannak tartja. Nem vagyunk meggyőződve *Knapp* állításának helyességéről sem, aki azért tartja veszélyesnek a chinint, mert véleménye szerint a magzat könnyebben aspirálhat. Mi eddig a magzatoknak semminemű károsodását nem láttuk chininezett asszonyoknál. Mások éppen ellenkező véleményen vannak. *(Siegel)*.

A nőgyógyászatban a chinint az amenorrhoea és a dysmenorrhoea kezelésére is ajánlották, de nem sok eredménnyel.

A per rectum való chinin-adagolásra vonatkozólag szülőnőknél az irodalomban alig találtam említést. *Gwathmey* fájdalommentes szülési eljárásánál használ chinint az alkohol-aether-olajos csőréjében. Utána még *Horalek* ajánlja hasonló eljárás keretében.

Klinikánkon eddig 200 esetben alkalmaztuk per rectum a chinint cacaóvajjal készült 0.30 és 0.50 gr-os kúpok alakjában. Soha semmi kellemetlenséget nem észleltünk. Az étvágy mindig érintetlen maradt, hányási-ingert, hányást, fülzúgást, chinin-bódulatot sohasem láttunk. A közérzet nagyon sokszor még javult az adagolás után. Csak egy-egy igen érzékeny betegnél láttunk enyhébbfokú nagyotthallást kifejlődni. Némelyik beteg enyhe végbélégésről panaszkodott.

Felmerül ezek után a kérdés, hogyan lehetséges az, hogy a végbélen át adva, alig látunk a chinintől kellemetlenséget, mindenesetre jóval kevesebbet, mint szájon át adva. Mivel a végbélből a felszívódás nem vitás, máshol kell keresni a dolog megoldását. A végbélből az út ugyanis a vena haemorrhoidaleseken keresztül a vena cavaba és így a máj megkerülésével, egyenesen a szívbe visz. Ezzel szemben a szájon át adott készítmény ki van téve a belekben és talán a májban is bizonyos változásoknak. Erre vonatkozólag csak *Skoville* közleményében találtam némi utalást. *Skoville* felteszi, hogy idiosynkrásiás egyéneknél a chinin a bélben szerves savakkal vegyületet képez és úgy látszik, hogy így mérgezőbb. Tehát károsabb alakban jut a szervezetbe. Nem lehetetlen, hogy ez a kérdés nyitja, mert a befecskendezett készítmények után sem láttunk semmi kellemetlent, a per os adagolásnál megszokott tünetet kifejlődni. Beható pharmacologiai vizsgálatok volnának hivatottak a kérdést eldönteni.

Eseteink a következőképen oszlottak meg:

Kórisme	Esetek száma	Hasmenés	Lázcsökkenés	Általános tünet	Összmennyiség	Műtét	Lefogyás	Gyógyult	Meghalt
Sepsis puerp	10	4	1.0—1.2° C	1 esetben 2 heti adagolás után enyhe nagyothallás	25—35 gr kupban	Egy méhüri letapintás a gyermekágyban	—	6	4
Abortus septicus	38	2	1.0—1.6° C	Nincsen	2—5.7—15 gr kupban	5 méhkaparás	33 spontán	37	1 (kaparás)
Abortus cervic. febrilis	6	—	1.5—2.0° C	„	sorozat: 7×0·30 gr. kupban	—	Spontán	6	—
Abortus incompl. febrilis	75	—	1.5—2.2° C	„	„	15 méhkaparás	60 spontán	75	—
Abortus incip. febrilis	18	—	1.5—2.0° C	„	„	5 méhkaparás	13 spontán	18	—
Burok retentio febrilis	6	—	Teljesen megszűnt	„	Naponta 3×0·5—0·75—1·0 gr.	—	Spontán	6	—
Febris in puerp. Influenza stb.	30	—	1.5—1.8° C	Egy esetben enyhébb nagyothallás	„	—	—	30	—
Endometritis puerperalis putrida	10	—	1.5—2.0° C	Nincsen	„	—	—	10	—
Művi koraszülés	2	—	Nem volt hőemelkedés	Jó közérzet	Módosított Hammerschlag eljárás	—	Spontán	2	—
Művi vetélés	2	—	„	„	„	—	„	2	—
Korai burokrepedés	1	—	„	„	„	—	„	1	—
Primär fájásgyengeség	2	—	„	„	Sorozat 6×0·30 gr. kupban	—	„	2	—

Az összeállításból kitünik, hogy az erősen fertőzött esetekben a lázcsökkentő hatás gyengébb, mint különben. Az aránylag gyakori hasmenés a septikus betegeknél, mely néha csak egy, esetleg két székürülés alakjában jelentkezett — és akkor is csak hosszabb adagolás után — könnyen megmagyarázható a belek septicus állapotával. Máskor gyakorlatilag nem fordul elő. Egy fertőzött vetélő nő pusztult el (méhkaparás erős vérzés miatt) sepsisben, ez is bizonyítja, hogy mennyire helyénvaló és óvatos exspectativ eljárás, lázas vagy fertőzésre gyanús eseteknél.

A vetélések, művi vetélések és koraszülések, valamint a korai burokrepedés és elsődleges fájásgyengeség eseteiben ú. n. sorozat alakjában alkalmaztuk a chinint, mely 6—7-szer 0.30 gr. adagolásából állott, végbélen át, más szerek és eljárások: ricinus, meleg alkalmazása és glanduitrin támogatásával. A többi, esetekben a napi adag háromszor 0.50—háromszor 1 gr. volt.

Külön kell megemlékeznem még hét esetünkről. Ezek a következőképen oszlottak meg: 1 korai burokrepedés, 2 primaer fájásgyengeség, 1—1 öt és hat hónapos művi vetélés és 2 művi koraszülés.

Az egyik vetélés 5 hónapos status epilepticusban szenvedő beteg, a másik 6 hónapos, vitiumos, teljesen deformált mellkasú kyphoskoliosisos beteg volt, kinél a fokozódó lélegzési nehézségek miatt kellett megszakítani a terhességet. Az egyik művi koraszülés 37 hetes terhes, az incompensatio határán álló betegnél, a másikat a 10 hónap közepén levő, egyaránt szűk medencéjű nőnél vezettük be. Mindegyik esetben élő magzatot kaptunk.

Eljárásunk a per rectum adagolással módosított *Hammerschlag* eljárás volt. A betgek reggel 7 órakor két evőkanál ricinus olajat kaptak. 7 óra 30 perckor 40 fokos fürdő 15 percig. 9 órakor tisztító, langyos beöntés. 10 órakor megkezdődött a chinin-adagolás. Félóránként 0.30 gr-os kúpok alakjában 2.1 gr. összmennyiségig. Az utolsó adag chinin után fél óra múlva félóránként 0.5 ccm glanduitrint (Richter) adtunk bőr alá. *Hammerschlag* az orastint ajánlja. Mi a glanduitrinnel minden tekintetben teljesen jó eredményeket értünk el. Ha 2 ccm glanduitrin után fájások nem jelentkeztek kielégítően, akkor 10 ccm 10%-os calciumchlorid oldatot adtunk intravenásan és thermophort helyeztünk a méh felé. Közben továbbfolytatjuk a félóránkénti glanduitrin-adagolást. Ha kell 6 ccm összemennyiségig. Természetesen az így kezelt betegek állandó felügyeletet igényelnek és csak intézetek számára ajánlható az eljárás.

Az eljárás eddig mindíg eredményes volt. Az 5 hónapos terhes 48 óra alatt (másnap még kapott négyszer 0.5 ccm glanduitrint), a hat hónapos 24 óra alatt (4 ccm glanduitrin), a 37 hetes 12 óra alatt (3.5 ccm glanduitrin), a 10. hónapos 9 óra alatt (1½ ccm. glanduitrin) A korai burokrepedéses asszony ugyanezt a kúrát csinálta végig fürdő nélkül. A primaer fájásgyengeségben szenvedő asszonyok csak 6—7-szer 0.30 gr. chinint kaptak végbélen át és a fellépő jó fájások hatására néhány óra múlva megszültek.

Feltünő volt, hogy az asszonyok fájdalmat alig éreztek, különösen a tágulási szakban és a szülés mégis szépen haladt. Ugylátszik, hogy így jobban jut érvényre a chininnek a központok, illetve annak fájdalomérző részeit bódító hatása. Kísérleteinket ezen a téren továbbfolytatjuk és csak nagyobb anyag alapján vonunk majd le végleges következtetést az eljárás használhatóságáról. De már ezek az eredmények is nagyjelentőségűek, mert műszeres beavatkozás nélkül oldottunk meg vele, eddig másképen meg nem oldható feladatokat. Nem lehetetlen, hogy ezek alapján közelebbi betekintést nyerhetünk majd a szülés megindulásának homályos problemájába is.

Nem lenne teljes beszámolóm, ha nem emlékeznék meg a már medicinalis adagolásnál előforduló könnyebb mérgezési esetekről, melyeket klinikánkon volt alkalmunk észlelni.

Idiosyncrasiás jelenségként láttunk egy esetben scarlatinaszerű bőrkiütéseket keletkezni. Máskor egészen szeszélyes alakú, néha csalánkiütésszerű bőrkiütéseket láttunk, melyek a chinin megvonása után teljesen eltüntek. Végbélen át adva eddig ilyen elváltozást még nem észleltünk.

Sokkal súlyosabb állapot fejlődött ki két meglehetősen kivérzett vetélőnőnknél. Ezek másfél óra alatt kaptak ½ gr-os adagokban, összesen 2 gr. chinint per os. A kép meglehetősen ijesztő volt. Mindkét asszony igen elesett lett és csak erős, hangos megszólításra reagált. Utána rögtön kábálomba merültek. A bőr halvány, hideg verejtékkel borított, hüvös volt. A lélegzés meglassubbodott, hosszan elnyuló, mély sóhajtásszerű, az érverés fonalszerű, alig volt tapintható. A betegek igen erős fej- és fülzúgásról, megsemmisülési érzésről panaszkodtak. Az állapot coffein injectiókra és a chinin megvonására másnapra megjavult, csak a chinin bódulat maradt meg fülzúgás és nagyothallás kíséretében 2—3 napon keresztül.

Idetartoznának még az aránylag elég gyakran leírt beszűrődések és elhalások, melyek befecskendezések után keletkeznek. Az injectiók egyrésze kétségtelenül fájdalmas. Néha beszűrődések is keletkeznek, de elhalást mi ezideig nem láttunk. Az intravenás injectio után pedig könnyen collasus keletkezhetik.

Összefoglalás:

1. A végbélen át való chinin-adagolás javalata azonos az egyébkénti alkalmazás lehetőségével.

2. Az alkalmazás előtt egy órával lehetőleg mindig adjunk tisztító beöntést. Ha beöntést adni nem tudtunk és a kúp behelyezése után székelés következik be, ne mondjunk le erről a jó alkalmazási lehetőségről, mert a második kúp bentmarad és felszívódik.

3. Az igen érzékeny egyéneknél nagyritkán a végbélen keletkező, kissé égető érzés ellensúlyozására kevés anaesthesint, vagy percaint adhatunk a kúphoz, mely az esetleg fellépő székelést is megakadályozza. (Végbél izgalmat mi eddig csak egy esetben láttunk enyhébb fokban).

4. Igen nagy előnye a végbélben való alkalmazásnak a teljes tünetmentesség. Ezek alapján olyan betegeknek is bátran adhatjuk, akik a chnint különben nem bírják.

5. Nagyon ajánlatos volna kísérletet tenni a végbélen át való adagolással a belgyógyászati betegségek kezelésében is. Elsősorban malariánál és pneumoniánál, stb.

6. Nagy az előnye ennek az alkalmazásnak a módosított Hammerschlag-eljárásnál, mert a 2 gr. chinin így minden esetben beadható és felszívódik. *Hammerschalg* ugyanis megjegyzi, hogy az általa megadott séma szerinti adagolás közben fülzúgás lép fel, akkor a chinin további adása abbahagyandó. Nem is beszélve azokról az esetekről, melyekben a betegek kihányják a chninit.

Irodalom: 1. *Vámossy:* Gyógyszertan 1926. — 2. *Acton* u. *Chopra:* Ind. J. med. research. 13, 197. (1925.) — 3. *Boecker:* Z. Hyg. u. Infect. Krankh. 100, 102. (1923). — 4. *Bovin:* Hygiea, Stockholm, 1903, 993. — 5. *Bucura:* Zbl. f. Gynek. 1919. 670. — 6. *Cahn—Bronner:* Z. klin. Med. 87. 292. — 7 *Feyerabend:* Z. exper. Med. 62. 745. (1928.) — 8. *Franz:* Wien. klin. Wschr. 1917, 1063. — 9. *Fülöp:* Zbl. f. Gyn. 1921, 1103. — 10. *Gänsbauer:* Zbl. f. Gyn. 1920. 792. — 11. *Graham:* J. Amer. med. Ass. 93. 1187. (1929.) — 12. *Gwathmey:* Amer. J. obstet a. Gynec. 1923. 456. — 13. *Haberda:* Wien. klin. Wochschr. 1929. 575. — 14. **Halban** u. **Köhler:** Wien klin. Wschr. 1917. 489. — 15. *Henrard:* Wschr. Geburts. u. Gyn. 1923. 19. — 16. *Horalek:* Cas. lek. cesk. 1926. 19/20. — 17. *Kleine:* Z. Hyg. u. Infectionskrankh. 38, 458. (1901). 18. *Knapp:* Wien. klin. Wschr. 1919, 1185. — 19. *Mariani:* Atti. soc. p. gli. studi. d. malar. 1904. — 20. *Muschallik:* Mschr. Geburts, 1921. (Bd. 52.) 378. — 21. *Poschacher:* Wien klin. Wschr. 1923. 572. — 22. *Schübel:* Arch. exp. Pathol. u. Pharmakol. 138, 146. (1928.) — 23. *Scoville:* Pharm. Weekblad. 1916. 406. — 24. *Siegel:* Münch. med. Wschr. 1918. 904. — 25. *Singer:* Verhandl Kongr. inn. Med. 1927. 299. u 318. — 26. *Tohapkevitch:* Biochem Z. 164. 53. (1925.)

A Magánalkalmazottak Biztosító Intézete esti nőgyógyászati rendelésének közleménye.

A Manoiloff-féle terhességi reactió gyakorlati értékéről.

Irta: *Gőczy Lajos* dr. egyet. magántanár, osztályvezető orvos.

Ámbár a terhesség korai diagnozisának megállapítására igen sok eljárás áll rendelkezésünkre, mégis mindezek közül egyedül csak az Aschheim—Zondek-féle reactio a megbízható, mint amely 96%-os biztonsággal állapítja meg a terhességet, már az első napokban is. Azonban ez a reactio nem a gyakorlat terhességi reactiója, mert keresztülviteléhez állatanyag és laboratóriumi felszerelés is szükséges.

Mindezen kívánalmakat kiküszöbölendő, az utóbbi időben *Manoiloff* egy olyan terhességi reactiót közölt, amely egyszerűségénél és — szerinte — megbízhatóságánál fogva a gyakorlat terhességi reactiója lehetne.

A reactio abból áll, hogy 5 csepp (0.3—0.5 cm^3) friss, átlátszó serumhoz 1 cm^3 2%-os vizes diuretin oldatot öntünk és a kettőt összerázzuk. Ezen keverékhez ezután 1 csepp 0.2%-os alkoholos niluskék oldatot cseppentünk és most már a három oldatot rázzuk össze egymással. Terhesség esetén az összerázás után keletkező kékes keverék mindjárt elszíntelenedik, vagy sárgás, illetve sárgásrózsaszínűvé változik át. Nem terheseknél a keverék kék színét alig változtatja, illetve kékes, vagy kékes rózsaszínű marad.

Manoiloff 2238 serumot vizsgált meg, amelyekből a terhesek seruma 96%-ban adott positiv eredményt. Ezt az eredményt *Moschkow* és *Brofkin* is megerősítette, de ők éppen úgy, mint *Manoiloff* sem közölték azt, hogy eredményeik a terhesség mely időszakára vonatkoznak, amelyekből aztán megállapítható volna, hogy a reactio tényleg a terhesség korai megállapítására, vagy pedig csak a késői terhesség diagnozisának megerősítésére, illetve mindkettőre szolgálna. *Rodecurt* és *Jernakoff* értéktelennek tartják a reactiót, mert szerintük eredményei a terhesség minden idejében megbízhatatlanok. *Ottó* és *Fretwurst* szerint a reactio a terhesség első hónapjaiban következetesen mindig negativ eredményt ad, a terhesség utolsó hónapjaiban is csak 61.3%-ban mutat helyes eredményt, ezért szerintük a reactio sem a terhesség korai diagnozisának megállapítására, sem a terhesség biztos megerősítésére nem alkalmas. Ennél kedvezőbb *Dirks* véleménye, aki a reactiót jelenlegi formájában a terhesség korai megállapítására alkalmatlannak tartja ugyan, mert csak 22.2%-ban ad helyes eredményt, azonban elismeri azt, hogy a reactio megbízhatósága a terhesség előrehaladásával mindinkább növekedik, úgy hogy a terhesség két utolsó hónapjában már 100%-os az eredmény. Ezt a véleményt megerősíti *Gymnich* is, azzal a különbséggel, hogy ő már a terhesség V-ik hónapjától kezdve talált 94 %-ban helyes eredményt, s a terhesség végén ő is 100 %-os positivitást észlelt.

És *Dirks* nemcsak intrauterin terhességeknél, hanem intact extrauterin graviditásokra vonatkozólag is megállapította, hogy a reactio megbízhatósága a terhesség előrehaladásával fokozódik.

Sőt nemcsak kiviselt terhességek esetében, hanem szülés alatt és a gyermekágy első kilenc napjában is 100 %-os eredményt ad a *Manoiloff*-féle reactio *(Dirks* és *Gymnich.)* Abortus esetén, illetve a terhes méh kitakarítása után azonban azonnal negativvá lesz. *(Goldschmidt —Fürstner).*

De nemcsak terhesség esetén, hanem daganatoknál is megtalálható a reactio: myománál és carcinómánál 40 %-ban, *(Dirks)*, sőt tuberculotikusoknál és lázasoknál mindig *(Manoiloff)*, a praemenstrumban pedig igen gyakran *(Goldschmidt—Fürstner)*. Mindezek azt bizonyítják, hogy a *Manoiloff* reactio nem specifikus terhességi reactio.

A reactio gyakorlati értékének megállapítása végett a Magánalkalmazottak Biztosító Intézetének esti nőgyógyászati rendelésén 101 esetben próbáltuk ki a Manoiloff-féle reactiót.

Mi a reactiót a szerző által leírt módon végeztük. A cubitalis venából aseptikusan 3—5 cm^3 vért bocsátottunk le egy steril Wassermann csőbe, amelyet másnap d. e.-ig jégszekrénybe helyeztünk. Ezt azért tettük, mert a tapasztalat szerint a reactio a vérvétel utáni napon sikerül legjobban *(Manoiloff)*, ámbár az a vérlepény kiképződése után azonnal is keresztülvihető *(Dirks)*. A reactióhoz szükséges 0.5 cm^3 tiszta átlátszó serumot steril pipettával szívtuk le egy W. csőbe és a már elmondott módon végeztük el a reactiót. Megjegyezzük, hogy minden esetben átlátszó, tiszta serumot használtunk, mert a zavaros, tejszerű, vagy haemolytikus serum mindig negativ eredményt ad. *(Luh.)*

És bár *Manoiloff* második közleményében a reactio eredményessége szempontjából a serum mennyiségét lényegtelennek tartja, mi az egyöntetűség kedvéért, mégis a leírt mennyiséget használtuk fel, noha magunk is többízben meggyőződtünk arról, hogy a reactio eredményessége nem a serum mennyiségétől, hanem annak minőségétől függ. *(Manoiloff, Goldschmidt—Fürstner.)*

Ami pedig a reagenseket illeti, a diuretinről megjegyezzük, hogy a theobromin-natrium és natriumsalicylat frissen, jól oldott 2%-os vizes oldatát használtuk, nem pedig a theobromin-natriumbenzoicumot, mely utóbbi a reactiót nem adja. A második reagens: az alkoholos niluskék oldat, eredeti Grübler gyártmányú volt.

Bár a reactio eredménye a szerző szerint azonnal leolvasható, mi mégis megvártuk a reactio optimumának beállását, amely csak mintegy 30—60 perc múlva következik be. *(Luh.)*

Minthogy pedig minden kolorimetriás eljárásnál tulajdonképen színárnyalatokból kell az eredményt meghatározni, amikor is a subjectivitásnak tág tere nyílik, ezért mi minden csoportos leolvasásunkhoz egy biztosan terhes és egy biztosan nem terhes egyén reactióját vettük alapul. Ezen összehasonlítás révén háromféle eredményt nyertünk: positivot, negativot és kétes eredményt. A kétes eredményeket a végkonkluzióban a negativ eredményekhez soroltuk.

Mindenekelőtt a reactio megbízhatóságát meghatározandó, 10 férfi és 10 biztosan nem terhes nő serumát vizsgáltuk meg, amikor is 80, illetve 90%-ban negativ eredményt kaptunk. Ezután 10, a két utolsó terhességi hónapban levő terhesek serumát tettük vizsgálat tárgyává, ezeknél viszont 100%-ban kaptunk positiv eredményt. Ezen vizsgálatokból kitünt tehát, hogy nem terheseknél kissé ingadozó, ezzel szemben a terhesség utolsó két hónapjában absolut megbízható a reactio.

Ezután a terhességi hónapoknak megfelelőleg vizsgáltuk a serumokat. Az eredményeket a táblázat mutatja.

Diagnosis	Esetek száma	Eredmény					
		Positiv		Negativ		Kétes	
Férfi	10	2	20%	8	80%	—	—%
Nő	10	1	10%	9	90%	—	—%
Grav. mens. II.	10	2	20%	5	50%	3	30%
„ „ III.	10	2	20%	5	50%	3	30%
„ „ IV.	10	3	30%	5	50%	2	20%
„ „ V.	6	4	66·7%	2	33·3%	—	—%
„ „ VI.	5	3	60%	2	40%	—	—%
„ „ VII.	6	5	83·3%	1	16·7%	—	—%
„ „ VIII.	6	5	83·3%	1	16·7%	—	—%
„ „ IX.	5	5	100%	—	—%	—	—%
„ „ X.	5	5	100%	—	—%	—	—%
Női bajok	10	—	—%	10	100%	—	—%
Myoma, cc. e.	7	3	42·8%	4	57·2%	—	—%
Myoma + grav.	1	—	—%	1	100%	—	—%
Összesen	101	A 63 terhesből csak 53.9% positiv 46·1% negativ + kétes					

Kiderült, hogy a terhesség II-ik és III-ik hónapjában a reactio csak 20%-ban adott positiv, 50%-ban negativ és 30%-ban kétes eredményt. Ki kell emelnünk azonban, hogy a terhesség első hónapjában nem következett be a reactió teljes elszíntelenedése, — mintahogy azt *Manoiloff* leírta, — de a színváltozásnak olyan erős foka állott be, amelyből a positivitás biztosan meg volt állapítható.

A terhesség IV-ik hónapjában csak 30%-ban volt positiv az eredmény, 50%-ban negativ és 20%-ban kétes. A positiv eredmények most már a teljes elszíntelenedést mutatták és e hónaptól kezdve ez képezte a positiv eredmények alapját. Az V-ik hónapban 66.7% a positiv és 33.3%-ban negativ az eredmény. Mivel a reactio ezen időtől kezdve kifejezettebben lép fel az előbbi hónapokéinál, ezért ettől kezdve csak kétféle eredményt: positivot és negativot különböztettünk meg. Különben is a terhességi hónapok előrehaladtával az eredmények a positiv irányba tolódtak el, úgy hogy a VII—VIII-ik hónapokban 83.3%, a két utolsó hónapban 100%-ra emelkedett a positiv reactiók száma.

Vizsgálatainkból tehát az tünt ki, hogy a Manoiloff reactio eredményessége a terhesség előrehaladásával mindinkább fokozódott és a terhesség végén biztos eredményt adott, viszont a negativ és kétes esetek száma a terhesség elején volt a legnagyobb, ami azt mutatja, hogy a reactio a terhesség korai megállapítására jelenlegi formájában nem alkalmas.

Kipróbáltuk a reactiót női megbetegedéseknél is. Daganatoknál: 5 myománál és 2 carcinománál, összesen tehát 7 esetben 42%-ban nyertünk positiv reactiót. Egy myomával szövődött terhességnél negativ maradt az eredmény. Ezekből az adatokból az tünik ki, hogy a Manoiloff féle reactio nem specifikus reactio. És hogy a daganatok a terhességhez hasonlóan adják a reactiót, a terhességi reactiók irodalmában nem újdonság. Ezt tehát a Manoiloff reactiónak sem előnyére, sem hátrányára nem lehet írni.

10 különböző női bajnál, amelyek között hypofunctio ovarii, adnexmegbetegedések, helyzetváltozások szerepeltek, mindig negativ eredményt nyertünk.

Ami pedig most már a reactio keletkezésének magyarázatát illeti, itt abból a tényből kell elindulni, hogy a reactio a terhesség előrehaladásával positivitásában egyre növekedik, ami azt jelenti, hogy a terhesség előrehaladtával mind több és több olyan anyagnak kell a vérben keringeni, ami a niluskéket elszínteleníti. Ezt *Manoiloff* először a vér alkalicitásának a terhességi hónapok arányában való növekedésével magyarázta. Azonban ennek ellene szólt a szerzők akkori egyhangú véleménye, amely szerint terhesség alatt a serum alkalicitása állandó határok között mozog *(Fekete)*. *Manoiloff* módosított feltevése szerint a terhesek vérében „egy bizonyos oxydatiós momentum pl. egy enzym, illetve egy még ismeretlen fermentum van jelen, ami a nem terhesek vérében sokkal kisebb mennyiségben, vagy egyáltalában nem található

meg." Ezen ismeretlen tényezők volnának *Dirks* szerint az ovarium és hypopsis hormonjai. Az elsőről *Aschheim* és *Zondek* vizsgálatai alapján megállapítható, hogy nem lehet a reactio előidézője, mert az ovarium hormonja a terhesség első hónapjában csak kis mennyiségben van ugyan jelen, az V-ik és VI-ik hónaptól kezdve mennyiségében emelkedik, a terhesség utolsó hónapjában azonban erősen csökken és a szülés után pár óra múlva teljesen eltünik. Már pedig a Manoiloff reactio éppen a terhesség utolsó hónapjaiban és a gyermekágy első napjaiban adja a legbiztosabb eredményt. A hypophysis mellső lebenyének hormonja a terhesség elején is nagy mennyiségben található meg a vérben, anélkül, hogy a terhesség végén mennyiségében csökkenne, sőt az a szülés utáni napokban is megtalálható. Ennek az incretumnak a görbéje tehát egyezik a Manoiloff reactio görbéjével. És bár e feltevés tetszetős magyarázata lehet a reactió keletkezésének, de semmi esetre sem chemiai megvilágítása. Ehhez a magyarázathoz hasonló *Dirks* második feltevése is, aki szerint a terhesség III-ik hónapjától kezdve a szervezetben nagy mennyiségben keringő méregtelenítő védő anyagok váltanák ki a reactiót.

A reactio keletkezésének helyes magyarázatát úgylátszik mégis *Manoiloff* első feltevése adja meg, amelyet a multév elején igazoltak *Siedentopf* és *Eissner* vizsgálatai. Szerintük a terhesség előrehaladásával tényleg arányosan növekedik a vér alkalicitása.

Ha most végezetül az irodalom és a magam tapasztalataiból konzekvenciát akarok levonni, azt mondhatom, hogy a Manoiloff reactio nem specifikus terhességi reactio, mert nem terhesek, daganatok, láz, stb. is adják. A reactio mai formájában a terhesség korai megállapítására nem alkalmas, sőt a terhesség második felében is csak mint terhességi valószínűségi jel jöhet tekintetbe. És mert a szülés utáni gyermekágyban 100%-os positiv eredményt ad, ezért törvényszéki esetekben ezen állapot bizonyítására szolgálhat.

Hogy pedig megbízhatósága ellenére a szakirodalomban mégis sok szó esik a Manoiloff-féle reactióról, annak oka az, hogy keresik és remélik megtalálni a niluskéknél is érzékenyebb azon reagenst, amely nemcsak a terhesség végén, hanem már a terhesség legelején is biztos eredményt ad.

Irodalom: *1. Dirks:* Mschft. f. Geb. 1931. 3. füz. — 2. *Fekete:* A női nemi szervek müködése. 1929. Dick, Bpest. 3. *Gymnich:* Zbt. f. Gyn. 1931. No. 8. — 4. *Goldschmidt—Fürstner:* Zbt. f. Gyn. 1931. 10. sz. — 5. *Luh:* Zbt. f. Gyn. 1931. 23. sz. — 6. *Manoiloff:* Arch. f. Gyn. 140, 142, 1930. — 7. *Moschkow:* Zbt. f. Gyn. 1931. 3. sz. — 8. *Ottó u. Fretwurst:* Arch. f. Gyn. 143. 2. füz. — 9. *Rodecurt* és *Jernakoff:* Zbt. f. Gyn. 1930. 45. sz. — 10. *Siedentopf* és *Eisner:* Zeitschft. f. Geb. u. Gyn. 97. sz. 1. füz.

A szegedi magy. kir. Ferenc József Tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikájának közleménye. (Igazgató: Poór Ferenc dr., egy. ny. r. tanár.)

A lipoidok mennyisége a bőr hámsejtjeiben bőrelváltozások esetén.

Irta: *Wlassics Tibor dr.*

A zsírcseppek az ép bőr hámsejtjeiben minden életkorban a tápláltságtól függetlenül jelen vannak, éspedig legnagyobb számmal az epidermis alsó rétegeiben, a stratum spinosumban és stratum basaleban foglalnak helyet. E rétegek minden egyes sejtje csaknem kivétel nélkül tartalmaz zsírcseppeket, melyek helyenként teljesen beborítják a sejttestet, helyenként pedig a mag körül foglalnak helyet *(Nicolau)*. Nagyságuk különböző, a pontszerű szemcséktől kezdve egészen nagy cseppekig. *Unna* osmiumos kezelésével a sejtközi járatokban is talált feketére színeződött zsírszemcséket, melyek másfajta zsírfestéssel nem mutathatók ki.

A sejtekben rendes körülmények közt is jelenlevő zsírszemcsék szaporodását várhatjuk az egyszerű zsíros infiltratio esetén, a különben egészséges sejtekben és a degeneratiós infiltratio esetén a bántalmazott sejtekben. Az egyszerű zsíros infiltratióban a hámsejtek a zsírt, vagy a csökkent lipase tartalmú véráramból, vagy pedig a környezetükben levő zsírtömegből vennék. A degeneratiós infiltratióban a véráramból felvett rendes zsírmennyiséget nem tudják feldolgozni a sejtek, mert vagy általánosan és helyi toxicosis, vagy pedig az oxygen-anyagcsere zavar áll fenn. Az epidermis zsírtartalmával foglalkozó kutatók egy része *(Pollitzer, Carol, Cederkreutz, Kreibich)* egyes bőrelváltozásokat, verruca senilis, verruca vulgaris, dermatitis seborrh., stb.-t vizsgálva, váltakozó számban jelentkező zsírcseppeket találtak, de az egyes cseppek nagyságát és mennyiségét pontosan nem jelölték. *Carol* szerint a zsírmennyiséget és a csepp nagyságát nem is lehet pontosan meghatározni és lokalizálni, mert néha ugyanazon elváltozásnál az epidermis különböző rétegeiben nagy ingadozásokat mutat. Vizsgálataimban éppen ezért három kérdés kidolgozását tűztem ki:

1. Lehet-e valamely subjectiv módszerrel a zsírcseppek átlagos mennyiségét a hámsejtekben meghatározni?

2. Vajjon növekedett-e vagy csökkent az epidermis sejtjeiben a zsírcseppek mennyisége a különböző bőrelváltozások esetén az ép epidermissel szemben?

3. Az epidermis melyik rétegében legszembetünőbb a zsírcseppek mennyiségi megváltozása?

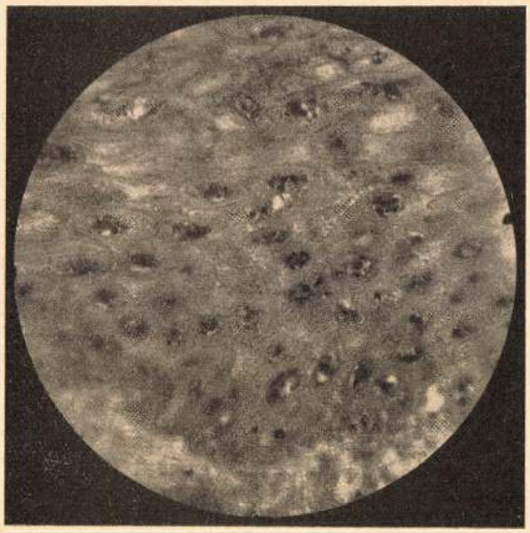
Az egyes bőrelváltozásokban a sejteken belüli zsírcseppek mennyiségét lehetőleg könnyen alkalmazható módszerrel igyekeztem meghatározni, még pedig úgy, hogy egyes zsírcseppek nagyságát a magvacskához viszonyítottam: s így a legkisebb értéknek (I.) vettem, ha a zsírcseppek átlagos nagysága a magvacska felénél is kisebb, (II.) második foknak vettem, ahol a zsírcseppek átlagos nagysága a nucleolusnál kisebb; harmadfokkal (III.) jelöltem, ahol a zsírcseppek a magvacskával egyenlőek, s így tovább negyedfokúnak (IV.) neveztem, ha kétszerese, s ötödfokúnak (V.), ha háromszorosa vagy többszöröse a magvacskának.

Vizsgálataimat nemcsak azon bőrbetegségek esetén végeztem, ahol úgy mennyiségileg, mint minőségileg a bőr hámsejtjeinek zsírtartalma kórosan elváltozott és a betegség lényegét is a sejtekbe történő kóros zsírfelvétel és kiválasztás teszi (pl. seborrhoeás betegségeknél), hanem oly bőrelváltozások is, ahol az epidermis sejteken belüli zsírtartalmának esetleges megváltozása a többi elváltozásokhoz képest, melyek vagy a hámban, vagy pedig az irhában játszódnak le, szóba se jöhet (pl. psoriasis, neurofibroma).

Az esetek szöveti feldolgozásánál lehetőleg az volt a cél, hogy minél egyöntetűebben végeztessék, nehogy az esetleges különböző rögzítések és festési eljárások az összehasonlítást megzavarják, vagy lehetetlenné tegyék. Az összes anyagot 4%-os közömbös formalinban rögzítettem. Fagyasztó mikrotommal készült kb. 10 mikronos metszeteket 40%-os alkoholos Sudan III. és haematoxylin delafieldel festve laevulose szirupban zártam le.

A festésnél az eddig általánosan használt 70%-os sudan III. helyett újabban a szerzők egy része az általam is alkalmazott 40%-os alkoholos sudant ajánja, mert ezzel oly finom szemcsék is kimutathatók lennének, amiket a magasabb százalékú alkoholos sudan festések nem tüntetnek fel. *(Hoepke.)*

A vizsgált bőrbetegségek két csoportba oszthatók: az első csoportba tartozóknál, így lichen planus, psoriasis vulgaris, dermatitis seborrhoica, ekzema chronicum, carcinoma cutisnál az elváltozások jórésze az epidermisben játszódik le, míg a másik csoportnál így neurofibromatosis, skleroderma, lupus vulgarisnál az ártalom az irhában, vagy mélyebben a bőr alatti kötőszövetben székel s a hám csak másodlagosan bántalmaztatik.



1. ábra. Dg.: Lichen planus. Az epidermis középső szakasza.

A lichen planus két esetét néztem át: az elváltozásnak megfelelő területeken a hám kiszélesedett, különösen a stratum granulosum. A kiszélesedett szemcsés rétegben a keratohyalin rögök mellett feltünően nagy, kerek zsírcseppek (V.) is találhatók; a tüskés réteg sejtjei szintén nagy mennyiségben tartalmaznak zsírt, mely cseppek nagysága többszöröse a nucleolusnak (V.). A nagy zsírcseppeken kívül a sejttest sűrűn tele van hintve finom zsírszemcsékkel, melyek néhol oly tömegesek, hogy a sejttest jórészét és a magvat is eltakarják. A stratum basale sejtjeiben aránylag kisszámmal találunk zsírcseppeket s ezek a magvacskával kb. egyenlő nagyságúak (III.) Lásd az 1. ábrát.)

A psorias három esetét áttekintve: a helyenkint jelenlevő szemcsés réteg sejtjeiben apró finom zsírszemcsék (I.) mutatkoznak; a kiszélesedett tüskés rétegben, mely néhol nyolc-tíz sejtsorból áll a zsírszemcsék részben inter, részben intracellularis elrendeződésűek, kerekek s nagyságuk a másodfokot éri el; elég gyakran találkozunk itt olyan sejtekkel, ahol a zsírszemcsék teljesen ellepik a protoplasmát, sőt a magot is. Az alapi sejtek kevés számú zsírcseppeket tartalmaznak.

A seborrhoeás dermatitis több esetét átnézve: az sejteken belüli zsírszemcsék átlagos nagysága az epidermis mindhárom rétegében a magvacska felénél is kisebb (I.). Az első benyomás, ami megragadja figyelmünket az, hogy a hámsejtek protoplasmája nem adja azt a haematoxylin-sudan III. festésnél szokásos halvány kékeslilás árnyalatot, hanem a sejttest mindenütt világos narancs-vörös színű, amitől élénken elütnek a kékesre festődött magvak. A protoplasma narancs-vörös színeződése az epidermis mélyebben fekvő sejtsoraiban mindinkább kifejezett, de legerősebb az alapi sejtekben. Ha erősebb nagyítással egyneműnek látszó sudanophil festenyzettség finom kis szemcsék mozaikszerű sokaságából áll.

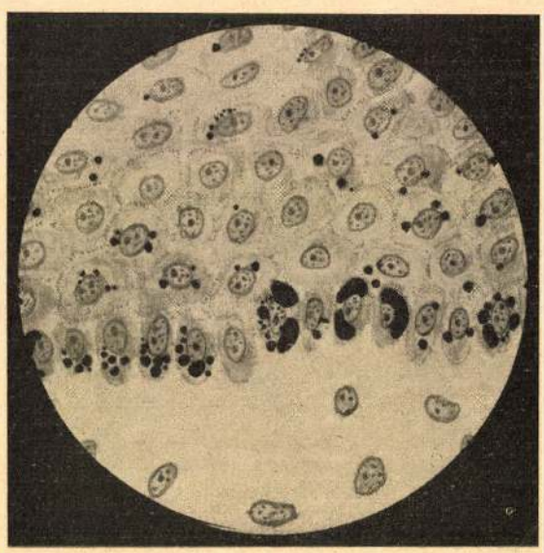
Az idősült ekzema több eseténél a kiszélesedett szemcsés rétegben, a fokozott burjánzást mutató tüskés rétegben, valamint az alapi sejtekben mindíg ugyanazt a képet találjuk: a zsírcseppek kevésszámúak, kerekdedek, nem találhatók minden sejtben és nagyságuk legfeljebb a harmadfokot éri el.

Az átvizsgált carcinoma esetek nem nagyon illeszthetők az eddigi vizsgálódásaim keretében, minthogy legtöbb helyen az epidermis szokásos sejtrétegei sem ismerhetők fel s a sejtek maguk is feltünően elváltoztak, felfuvódtak, üregesen elfajultak, a magvak részben feloldódtak, részben összezsugorodtak s a degenerált magvak körül mindenhol feltünően nagy szabálytalan alakú zsírcseppek (V.) észlelhetők.

A neurofibromatosis négy eseténél a bőralatti kötőszövetben s az irha mélyebb rétegeiben ülő elváltozás felett a hámlécek elég szabályosak, az epidermis mindhárom sejtrétegében a zsírcseppek kevésszámúak, golyóalakúak és intracellularis elrendeződésűek.

A feldolgozott két sklerodermás eset szöveti képe a beszűrődési szakot ábrázolja: a sejtszegény, vastag kötőszöveti nyalábokban dús irha felett az epidermis papillái többé-kevésbbé kisimultak, a stratum granulosum sejtjeiben apró (I.) zsírszemcsék sokasága, melyek nem a mag körül elhelyezkedő, kerekded, piskóta és tojásdad alakú, átlagosan negyedfokú, de jóval kisebb számú zsírcseppeket találunk a tüskés réteg alsó sejtjeiben és az alapi sejtekben.

A lupus vulgaris több eseténél, ahol a hám szabad szemmel láthatólag ép és sértetlen volt, zsírcseppeket minden sejtben sikerült kimutatni. Azonban feltünő különbség mutatkozott a zsírcseppek nagyságában, aszerint, amint az irhába is beterjedő gümős góc feletti hámot (2. ábra), vagy pedig a góc közvetlen szomszédsága feletti hámrészt vettem figyelembe. A gócfeletti hámszakaszban nem csak a rendestől eltérő megkeskenyedéssel, hanem a meglevő sejtek kezdődő nekrobiosisaval is találkozunk. Különösen szembeötlő a stratum basale sejtjeiben megjelenő zsírcseppek nagysága és alakja: kezdetben a mag körül elhelyezkedő finom kerekded zsírszemcsék mind nagyobb és nagyobb kerek cseppekké egyesülnek, a cseppek helyenkint, ahol a lassú pusztulás előrehaladt, feltünően nagy zsírrögökké tömörülnek. A zsírrögök nagysága felülmulhatja a magot is, formájuk alkalmazkodik a sejt alakjához, amennyiben e zsírrögök nem a szokott gömbformát, hanem félhold, piskóta és lekerekített végű henger alakot öltenek. Természetesen e zsírcsepp óriások mellett mindíg megtalálhatjuk az apró zsírszemcsék sokaságát (2. ábra), a tüskés réteg sejtjei is a fokozatosan



2. ábra. Dg. Lupus vulgaris. A subcutisban levő lupusos góc feletti epidermis részlet.

előrehaladó elfajulás jeleit mutatják, a zsírcseppek nagysága itt azonban korántsem éri el az alapi sejtekben levők szélsőséges nagyságát, legfeljebb csak három-négyszeresét múlja felül a magvacska méretét. Ugyanilyen viszonyokat találunk az egysorossá vált szemcsés réteg sejtjeiben. A lupusos góc szomszédsága feletti hámszakasz sejtjeiben kevésszámú harmadfokú zsírcseppeket találunk.

Összefoglalásul a talált elváltozásokból megállapíthatjuk:

1. *A zsírcseppek mennyisége meghatározható subjectiv módszerrel,* de csak hozzávetőlegesen; még pedig úgy, ha a zsírcseppek átlagos nagyságát egy kb. állandó méretű résszel, jelen esetben a magvacskával összehasonlítjuk, mert a zsírcseppek átlagos nagysága legtöbb esetben kifejezi a mennyiséget is. Igaz, hogy találunk kivételt, így a dermatitis seborrhoicánál, ahol a finom, apró zsírszemcsék ellenére is tömeges mennyiségben fordul elő a zsír, de itt, tekintettel a hatalmas mennyiségére, mely az egész protoplasmát csaknem teljesen beborítja az egész sejtet egy egységes zsírcseppnek foghatjuk fel.

2. *A kóros terület epidermisénél az intracellularis zsírcseppek mennyiségének növekedését a legtöbb esetben megtaláljuk a szélén lévő ép epidermis részlettel szemben,* függetlenül attól, hogy az elváltozas a hámban székel (így lichen pl. psoriasis), vagy pedig az irhában foglal helyet (skleroderma, lupus), mert ez utóbbiak is a felettük levő epidermisre káros befolyást gyakorolnak. A mélyben, a bőr alatti kötőszövetben ülő kóros gócok mechanikus befolyást kevésbbé, inkább csak toxicus hatást gyakorolnak a felettük levő hámra.

3. *Valószínüleg az epidermisnek mindig azon sejtjeiben észleljük a legnagyobb zsírcseppeket, melyek leginkább bántalmazottak;* így lichen planusnál a szemcsés és tüskés sejtekben (1. ábra), a lupus vulgarisnál pedig legkifejezettebben az alapi sejtekben (2. ábra).

Irodalom. *Carol W. L. L.:* Dermat. Wschr. 63. 1916. — *Cederkreutz A.:* Archiv f. Dermat. u. Syph. 111. 1913. — *Cederkreutz A.:* Archiv f. Dermat. u. Syph. 111. 1913. — *Jadassohn J.:* Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten I/1. (Anatomie der Haut.) — *Kreibich C.:* Archiv f. Dermat und Syph. 140. 1922. — *Kutschera—Aichberger H.:* Virhows Archiv 256. 1925. — *Marschalko Th.:* Dermat. Z. 12. 1905. — — *Kyrle J.:* Histobiologie der menschlichen Haut- und ihrer Erkrankungen. I—II. köt. 1925. — *Siebert:* Archiv f. Dermat. u. Syph. 82. 1906. — *Unna:* Mh. Dermat. 26. 1898. — *Urbach:* Archiv f. Derm. u. Syph. 156. 1928. — *Wahl St.:* Archiv f. Dermat. u. Syph. 156. 1928.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. belklinikájának közleménye. (Igazgató: Herzog Ferenc dr., egyet. ny. r. tanár.)

Tapasztalataink Kahn praecipitatiós luesreactiójával.

Irta: *Dvorák József* dr., egyetemi tanársegéd.

A michigani egészségügyi intézetben 1922 óta alkalmazzák R. L. Kahn praecipitatiós luesreactióját. *Kahn, Pearl* és *Kendrick*[1] 1927-ben már 300.000 savóval végzett Kahn-reactió eredményéről számol be. 1925 októberéig minden savóval egyidejűleg a Wassermann reactiót is elvégezték, mivel azonban tapasztalataik szerint a Kahn-reactió a Wassermann-reactiónál érzékenyebbnek bizonyult, azóta kizárólag a Kahn-reactiót használják a lues serologiai diagnosisához. Ugyancsak 1927-ben *Hull*[2] 26.000 esetben végzett Kahn-reactió eredményét ismerteti. Az egyidejűleg végzett Wassermann reactióval összehasonlítva 97.8%-ban egyező eredményt kapott. A különbözőképen reagáló esetekben a Kahn-reactió kezelt luesnél érzékenyebbnek mutatkozott, mint a Wassermann-reactió.

Kahn eredeti reactióján többéves tapasztalatai alapján némi módosításokat végzett, melyek egyrészt a reactió érzékenyebbé tételére, másrészt az antigen standardizálására vonatkoznak. Kísérleti eredményeit, valamint a reactió kivitelére vonatkozó pontos és részletes utasításait az 1925-ben megjelent *„Serumdiagnosis of Syphilis by precipitation"*[3] és az 1928-ban megjelent *„The Kahn reaction"*[4] című könyvében foglalja össze.

Galgóczy, Kovács és *Oláh*[5] 1928-ban közölték a Kahn reactióval 6.337 eset kapcsán szerzett tapasztalataikat, melyek szerint a Kahn reactió a Wassermann reactiót érzékenység tekintetében messze felülmulja.

Klinikánkon 1930 áprilisában vezettük be előzetes kísérletezés és a technika pontos elsajátítása után a Kahn-reactiót és végezzük azóta rendszeresen a Wassermann- és Sachs-Georgi-reactiók mellett.

Az antigent szárított és porított marhaszívből *Kahn* eredeti utasításainak pontos betartásával magunk készítjük. Az először készített antigent pontos titrálás után positiv és negativ savókkal kipróbáltuk. Ehez az antigenhez, mint standard antigenhez állítjuk be az azóta készített antigenjeinket. Igy az egy év óta használt antigenjeink érzékenysége mindíg ugyanaz. A haszálatban levő antigent 2—3 hónaponként kontroll céljából újra titráljuk. Egyik eddig használt antigenünk titere sem változott meg a használat folyamán.

Gondosan ügyeltünk a reactióhoz használt üvegneműek tisztaságára és neutralis voltára. Ez utóbbira annál is inkább van szükség, mert *Kahn* tapasztalatai szerint negativ savóban igen kevés sav jelenlétében nem specifikus praecipitatum képződik, viszont kissé lúgos közegben pozitiv savók negativ reactót adhatnak.

Vigyáztunk arra is, hogy a vizsgálandó savó teljesen tiszta, alakelemektől és külső szennyeződéstől mentes legyen, mivel a savóba kerülő alakelemek specifikus praecipitatumnak tünhetnek fel.

Icterusos vagy haemolysises savó a reactiót károsan nem befolyásolta.

A leolvasás homályos üvegű villanykörte áteső fényében történik úgy, hogy a rézsút tartott csövek vékonyodó folyadékrétegét figyeljük meg. Vékonyabb folyadékrétegben ugyanis a fínomabb praecipitatum könnyebben észrevehető.

A Wassermann reactióhoz állandóan két antigent használunk: egy alkoholos normalszívantigent („A" antigen) és egy cholesterines marhaszívantigent („B" antigen). A cholesterines marhaszívantigenünk érzékenyebb. A Wassermann-reactió végeredményéül a cholesterines antigennel kapott kötést vesszük (pl., ha a Wa. r. az „A" antigennel ++, a „B" antigennel +++-es pozitiv volt, végeredményben a savót +++ positivnek jelezzük).

A Kahn reactio eredményének leolvasásánál Kahn intentiója szerint a mindhárom csőben kapott praecipitatio fokának középértékét vesszük. (Pl. 1. cs: +, 2. cső: ++, 3. cső: +++, végeredményben: ++-es positiv reactio.

1930. április 22-től 1931. április 10-ig összesen 3,066 savóval végeztük el egyidejüleg a Kahn, Wassermann és Sachs-Georgi reactiókat. Mindhárom reactióval negativ volt: *2,638* savó. Ezek között 7 olyan eset van, ahol a negativ reactio dacára az anamnesisben és klinikai tünetében is kimutatható a lues: 1 paralysis progr., fertőzésről nem tud, nem kezelték; 3 nem kezelt tabes dorsalis; 1 nephrosis luetica, kinek két év előtt volt primär sclerosisa, 5 combinált kurát végzett; 1 insuffitientia aortae, mesaortitis luetica, apoplexia, aki 4 combinált kúrát vég-

zett és 1 angina pectoris, kinek 28 év előtt volt primaer sclerosisa és sokat kezelték.

A negativok között szerepel továbbá 1 luesgyanús eset is: Egy anya, kinek 13 éves leánya arthritis luetica diagnosissal feküdt a klinikán, úgy a Wassermann, mint a Kahn- reactiója erősen positiv volt és luese minden jel szerint congenitalisnak látszott.

Az alábbiakban *428* positivan reagáló eset *Kahn* és *Wassermann* reactiójának egymáshoz való viszonyát tüntetem fel:

I.	II.	III.	IV.	V.
Kahn : pos. Wa : neg.	Kahn : neg. Wa : pos.	Kahn erősebben pos, mint Wa.	Kahn és Wa. egyformán pos.	Kahn gyengébben pos., mint Wa.
41	10	9	197	171

Az I. csoportban a Kahn reactio gyengén positiv (±, +) vagy positiv (++) volt, negativ Wassermann reactió mellett.

A 41 eset közül 19 esetben a beteg primaer affectióról tud, jelenleg tünetmentes; 11 esetben pedig amellett, hogy a beteg a fertőzésről tud, a klinikai tünetek is lues mellett szólnak: 6 tabes dorsalis; 1 atrophia nervi optici; 1 mesaortitis luetica; 2 myodegeneratio cordis; 1 salvarsan icterus. 11 esetben luesre sem anamnesticus, sem symptomás adat nincs, s így nem specificus reactiónak tekinthető.

A II. csoportban, melyben csak a Wassermann reactio volt positiv, luesre adat van 7 esetben: mindegyik erősen kezelt lues. A Wa. reactio három esetben gyengén positiv (±, +) és 4 esetben +++ positiv volt. Ebben a csoportban is találtam három specifikusnak tekinthető kötést.

A III. csoportba, melyben a Kahn reactio erősebb volt, mint a Wassermann reactio, 7 kezelt és 2 nem kezelt eset tartozik. Egy cholelithiasisos esetben a lues nem igazolható, ezért ezt a reactiót nem specifikusnak vettem.

A IV. csoportban erősen positiv (++++): 171, positiv (++, +++): 9 és gyengén positiv (±, +): 17 eset volt. Az erősen positivok között kezelt eset: 40, nem kezelt: 131. Említésre méltónak találok itt egy esetet, kinek 14 év előtt volt primaer sclerosisa, s azóta 12 combinált kúrát végzett. A positivok között kezelt: 7, nem kezelt: 2 A gyengén positivok között kezelt: 11, nem kezelt: 6. Az erősebben positivok között nem specificus reactio nincs, a gyengén positivok között ellenben 6-ot találtam: Lymphogranulomatosist; ichthyosis + subfebrilitast; endocarditis lentát; typhus abdominalist; malaria tertianát és trigeminusneuralgiát.

Az V. csoportba azokat az eseteket soroztam be, melyeknél a Kahn reactio a Wassermann reactiónál gyengébb volt. A két reactio intensitása között csekély (egy keresztnyi) különbség volt: 84 esetben. Kezelt: 43, nem kezelt: 41. A reactiók között a Wassermann reactió javára mutatkozó csekély különbség az esetek egy részénél a két reactio leolvasási módja okozta különbséggel volna magyarázható, amennyiben — mint már említtem — a Kahn reactio leolvasásakor a középértéket, a Wassermannál pedig az érzékenyebb antigenadta eredményt vesszük irányadónak.

A két reactio intensitása között a Wassermann reactió javára nagyobb (két-három keresztnyi) különbség is mutatkozott: 87 esetben. Kezelt: 48, nem kezelt: 39. Nem specifikus reactio nem volt.

Az V. csoport 84, kis különbséggel positiv eseteit is beszámítva tehát 3,066 eset közül

egyező eredményt kaptam	2,919 esetben	95%
és pedig mindkét reactio negativ volt	2,638 esetben	86%
mindkettő egyformán positiv	281 esetben	9%

A visszamaradó, eltérő eredményt adó 5% (147 eset) a következőképpen oszlik meg:

csak a Kahn reactio volt positiv	41 esetben
csak a Wa. reactio volt positiv	10 esetben
Kahn erősebb volt, mint a Wa.	9 esetben
Kahn gyengébb volt, mint a Wa.	87 esetben

A 428 positiv reactio között összesen 21 nem specifikus reactio volt, még pedig: csak gyengén positiv Kahn reactio: 11; csak gyengén positiv Wassermann reactio 3; mindkét reactio gyengén positiv 7. Tehát a Kahn reactióval több nem specifikus positiv eredményt kaptunk, mint a Wassermannal. Arány: 18:10-hez.

A Kahn és Wassermann reactiókkal együtt a Sachs-Georgi reactiót is mindon esetben elvégeztük.

Egyetlen esetben sem volt csak a Sachs-Georgi reactio egyedül positiv. Nem specifikus reactiót a Sachs-Georgival nem kaptunk.

A nem specifikus reactiókat és azokat az eseteket, melyekben csak a Wassermann reactió egyedül volt positiv leszámítva, *402* positiv Kahn és Sachs-Georgi reactio egymáshoz való viszonyát az alábbi táblázat szemlélteti:

I.	II.	III.	IV.	V.
Kahn pos. S.-G. neg.	Kahn neg. S.-G. pos.	Kahn erősebb, mint S.-G.	Kahn és S.-G. egyf. pos.	S.-G. erősebb, mint Kahn
105	2	86	137	72

Összesen tehát mindkét reactio positiv volt 73.3%-ban
csak a Kahn reactio volt positiv 26.2%-ban
csak a S.-G. reactio volt positiv 0.5%-ban

Általában azt tapasztaltam, hogy kezelt esetekben először a Sachs-Georgi reactio lesz gyengébb, illetve válik negativvá.

Tapasztalataimat összefoglalva azt kell mondanom, hogy a Kahn és a Wassermann reactiót érzékenység szempontjából összehasonlítva nem mutatkozott feltünően nagy különbség a Kahn reactio javára, amit a legtöbb összehasonlításban kiemelnek. Ellenkezőleg inkább azt találtam, hogy a késői lueses esetek, — főleg a sokat kezeltek — egy részében Wassermann reactiónk a Kahn reactiónál valamivel érzékenyebbnek bizonyult.

A praecipitatiós luesreactióknak a Wassermann reactióval való összehasonlítása bizonyos mértékben relativ értékű, mert, míg az újabb praecipitatiós reactiókhoz *(Kahn, Meinicke, Kiss,* stb.) az antigenek vagy készen kaphatók, vagy készítési módjukra vonatkozólag egészen pontos és részletes utasítások állnak rendelkezésünkre, addig a Wassermann reactiót a különböző laboratóriumokban igen különbözően készített antigenekkel végzik. Ezek között természetesen akadhatnak kevésbbé érzékeny antigenek is. A mi cholesterines marhaszivantigenjeink több év tapasztalatai alapján igen érzékenynek és amellett nagymértékben specifikusnak bizonyultak.

Az összehasonlítás eredményére befolyással lehet a rendelkezésre álló beteganyag is. Egy belklinika anyagát főleg már kezelt késői- vagy neurolues esetek alkotják, s aránylag ritka a korai nem kezelt lues.

A Sachs-Georgi reactióhoz viszonyítva a Kahn reactió lényegesen érzékenyebbnek bizonyult.

Általában azt mondhatom, hogy a Kahn reactio, mint a Wassermann reactiót kiegészítő praecipitatiós luesreactió, igen jól bevált. Főelőnye a többi praecipitatiós reactióval szemben egyszerű, exact és gyors kivihetősége.

Irodalom: 1. *Kahn R. L., Pearl L., Kendrick* and *Landau:* Journ. of the americ. med. assoc. 89. köt. 2. sz. (Ref. Zbltt. f. inn Med. 1927, 47. köt.) 2. *Hull:* Journ. of the Americ. med. assoc. 88. köt, 24. sz. (Ref. Zbltt. f. inn. Med. 1928. 48. köt. — 3. és 4. *Kahn:* Serumdiagnosis of syphilis by precipitation. Baltimore The Williams a. Williams comp. 1925. The Kahn Reaction. u. o. 1928. — 5. *Galgóczy. Kovács* és *Oláh:* O. H. 1929. 22. sz.

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem III. sz. Belklinikájának közleménye. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyet. ny. r. tanár. A röntgenlaboratorium vezetője: Ratkóczi Nándor dr., egyet. magántanár.)

Vastagbélpolypus esete.

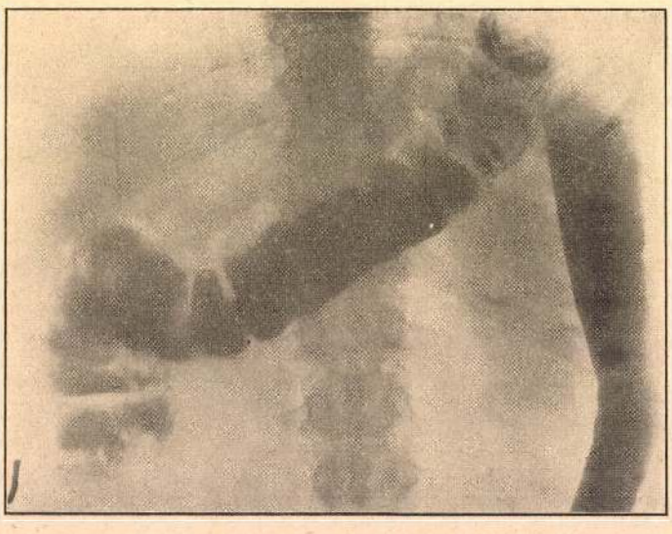
Irta: *Györgyi Géza* dr., egyet. tanársegéd.

A vastagbél röntgendiagnostikájának módszerei a felülről való *passagevizsgálat* és a *contrastbeöntés*. A passagevizsgálattal a vastagbél functionalis sajátságait tanulmányozzuk. A contrastanyaggal való feszesre töltés segítségével a vastagbél alaki és helyzeti sajátságait vizsgáljuk, általa azonban csak nagyobb kiterjedésű, a bél lumenét szűkítő elváltozásokat ismerhetünk fel. A beöntéses vizsgálat kiegészíthető: 1. a *reliefvizsgálattal,* amely a fölös contrastanyag lebocsátása után előtünő nyálkahártyaredőzet anatomiai sajátságainak tanulmányozását teszi lehetővé, 2. a *bélfelfuvás után röntgenvizsgálattal.* A kevés contrastanyagot tartalmazó bél levegővel való felfuvását azokban az esetekben végezzük el, amelyekben a reliefvizsgálat segítségével megálapított elváltozás helyén a bélfal tágulékonyságát óhajtjuk tanulmányozni.

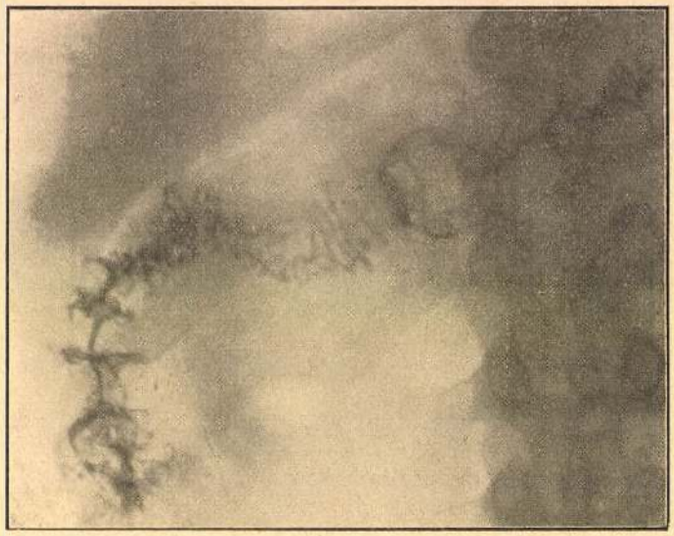
Hogy ezen combinált vizsgáló módszerekkel milyen értékes diagnostikai eredmény érhető el, azt az alább ismertetendő eset világítja meg:

58 éves férfibeteg. Családjában tumoros megbetegedés nem fordult elő. Említésre méltó elözetes betegségen — fiatal korában kiállott gonorrheás fertözésen kívül — nem esett át. Jelenlegi panaszai másfél év előtt, a bal bordaív alatt, székszorulással párosuló fájdalmakkal kezdődtek. Egy év óta, időnként, a jobb bordaive alatt, 2—3 napig tartó enyhébb fájdalmai vannak. Naponta van széke. A physikalis vizsgálat semmiféle kóros elváltozást nem derített ki. *Székletében* okkult vérzés állandóan kimutatható. *Vérsejtsülyedés Westergreen szerint:* 26. *Vörösvértestszám:* 3,720.000. *Haemoglobin:* 73%. *Próbareggeli:* szabad sósav 0, összaciditás: 8, tejsav: negativ.

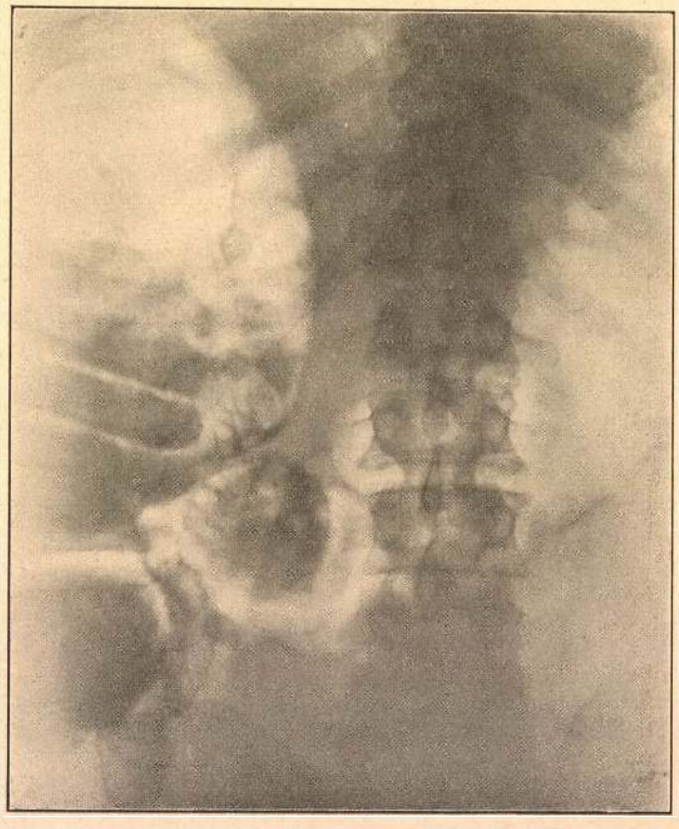
A contrastbeöntéssel a vastagbél a coecumig akadálytalanul kitölthető. Feszesre való kitöltés mellett *árnyékkiesés nem látható.* (1. ábra.) A contrastanyag lebocsátása az ascendens és a transversum első harmada kivételével gyorsan és akadálytalanul megy végbe. Az ascendensből és a transversum első harmadából a fölös contrastanyag csak erélyes massage-al távolítható el. A harántvastagbél első harmada határán, körülbelül öt pengősnyi, élesen körülhatárolt területen, fínomvonalú, a többi bélszakaszokétól merőben elütő, karélyos rajzolat tűnik elő. A reliefképnek a megsimételt vizsgálat alkalmával látott állandósága alapján, a jelzett helyen tumort



1. ábra.

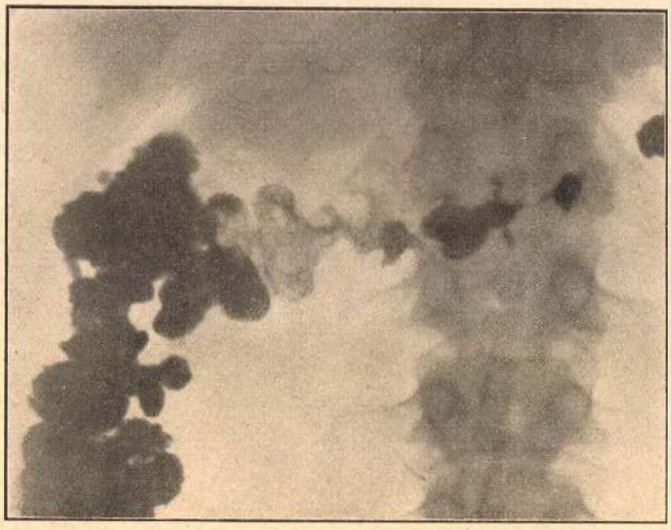


2. ábra.

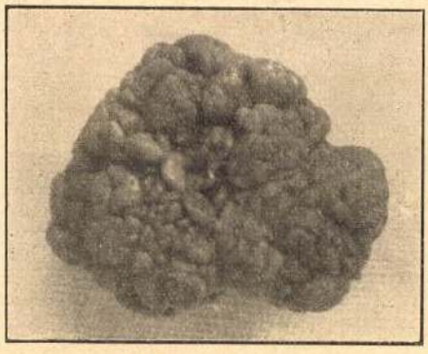


3. ábra.

supponálunk. A vastagbél levegővel való felfuvása után készült felvételen (3. ábra.) a reliefvizsgálat alkalmával feltünt képlet körül a bélfal normalis tágulékonyságáról győződhetünk meg. A fent leirt kerek képlet— nyilván a felületén megtapadt baryum következtében — jól felismerhető, körülötte bél nyálkahártyaredőzete elsimult. A *bélpassagevizsgálat* alkalmával az előbb említett helyen, a contrahált bélen belül, kb. 3—4 cm· hosszú egyenetlenszélű telődési hiány látható. (4. ábra.)



4. ábra.



5. ábra.

6. ábra.

Minthogy a bélpassagevizsgálat alkalmával a legváltozatosabb képek jöhetnek létre, ezt a leletet csupán az előzetes reliefvizsgálat eredménye alapján értékesíthetjük diagnosisunk mellett.

A beteg a III. sz. sebészeti klinikán került műtétre. A műtét alkalmával *Ádám* professor a jelzett helyen tyúktojásnyi nyeles polypust távolított el. (5. ábra.) A szövettani vizsgálat (*Gömöri* dr·) meglehetősen szabályosan, egymás mellett elhelyezkedő mirigylumeneket mutat, melyeket egymástól keskeny, gömbsejtesen infiltrált kötőszöveti nyalábok választanak el. A mirigylumenek csőszerűek, tágasságuk csaknem állandó, elvétve néhány tágult lumen látható. A lumeneket szabályos, egyrétegű hengerhám béleli. E lelet szerint a daganat a normalis colon hámját utánzó *jóindulatú adenoma.* (6. ábra.)

Az ismertetett eset alapján azt a tanulságot vonhatjuk le, hogy irrigoscopiás vizsgálatainknál ne érjük be a colon feszesre való kitöltésével, hanem minden esetben egészítsük ki vizsgálatunkat a nyálkahártyaredőzet tanulmányozásával. A reliefvizsgálattal oly daganat is felismerhető, amely kicsinysége, vagy egyéb, a felismerést megnehezítő sajátsága miatt, az egyszerű contrastbeöntés alkalmával a szemünk elől rejtve maradhat. Esetünkben a reliefvizsgálat a bélfelfuvásos röntgenvizsgálat által értékes kiegészítést nyert. A szövettani vizsgálat tanúsága szerint az eltávolított daganat jóindulatú volt, azonban a betegnek hasi panaszokat okozott, állandó vérzése a beteget anaemiássá tette. E körülmények, továbbá az a tapasztalat, amely szerint ily polypusok roszindulatú elfajulása nem tartozik a ritkaságok közé, eltávolításának szükségességét megindokolják.

A farkastorok operálásáról.

Irta: szentlőrinczi *Liebermann Tódor* dr. kórházi főorvos.

A faux lupina operatiója régi problemája a száj sebészetének. Az a körülmény, hogy sok módszerét irták már le, ebben az esetben nem jelenti azt, hogy a problema ma is megoldatlan volna, habár tagadhatatlan, hogy teljesen biztos sikerre minden esetben az a sebész sem számíthat, aki valamennyi módszerben jártas. A feladat természetében rejlik, hogy az adott viszonyok — többnyire kis eltérések alakjában — esetről-esetre annyira változóak lehetnek, hogy minden sikerült műtétnek újból örül a sebész. Éppen a viszonyok sokfélesége indított egy egész sor szerzőt arra, hogy adott esetét nem a régebbi módszer szerint operálja meg, hanem új módszert eszeljen ki, mely a megoldandó eset viszonyaihoz jobban simul, mint a régebbiek. A kemény szájpad hasadékának a zárása a lágyrészek eltolása által gyakran sikerül egyszerű varrattal, mert a fesztelenitő bemetszések által mobilizált szövetek, ha elegendő anyag áll rendelkezésre és maga a varrat nem okoz feszülést, jó vérellátásúak és összegyógyulásra elég hajlamosak. Ezt az összegyógyulást nem akadályozza izmoknak laterális irányban ható activ vongálása. Csupán a nyelv mozgása, falatok nyelése közben tépheti kisebbnagyobb mértékben a varratot, ezt a bajt azonban folyékony táplálék nyújtásával eléggé el tudjuk hárítani. Ha ez még sem sikerülne és a varrat szétválik, akkor sem megoldhatatlan a helyzet, mert legrosszabb esetben az obturáló prothesisben olyan eszköz áll rendelkezésre, mely legalább is a táplálkozás kérdését megoldja, ha mindjárt a faux lupina jellegzetes beszédhibáján sokszor bizony csak tökéletlenül segít is.

Már a lágyszájpad defectusának zárása nehezebb feladat. Itt a prothesis alig segít, mert még ha sikerül is eléggé hátraérő és jól tartó prothesist szerkesztetnünk, világos, hogy a merev prothesis sohasem fogja pótolni a lágy, mozgó, élő, alkalmazkodó izomszövetet. Ha pedig valaki esetleg rugalmas anyaggal toldaná meg az elől merev prothesist, hogy ezzel legalább azt elkerülje, hogy a merev obturator hátsó széléhez érő nyelvgyök mindig

megbillentse az egész prothesist (kísérlet, melyről egyébként még sohasem hallottam vagy olvastam), akkor is csak annyit érne el, hogy a beteg abba az állapotba kerülne, mint amelyben az hűdött lágyszájpadú beteg van, aligha kedvezőbbe.

Innen van, hogy a sikertelen lágyszájpad-plasztikás beteget többnyire ismételten operálják. Ugyanaz a műtő is ismételten meg szokta kísérelni, hogy eredményt érjen el, de még gyakrabb eset, hogy a beteg próbál szerencsét újabb operateurrel, aki újabb műtétre vállalkozik.

Ilyenfajta helyzetben voltam magam is, mikor 1922-ben a hármas számú katonai és közrendészeti kórház polgári orvosaként két szájpaddefectusos beteg műtétére vállalkoztam. Az egyik veleszületett rendellenesség folytán szenvedett ebben a bajban, a másiknak syphilis tette tönkre a szájpadlását.

A régebbi eljárásokat egyiknél sem lehetett alkalmazni, mert mindkettőnél a defektus akkora volt, hogy annak összehúzása kilátástalannak látszott, a szabad transplantatiónál pedig biztosabb és egyszerűbb eljárást kerestem.

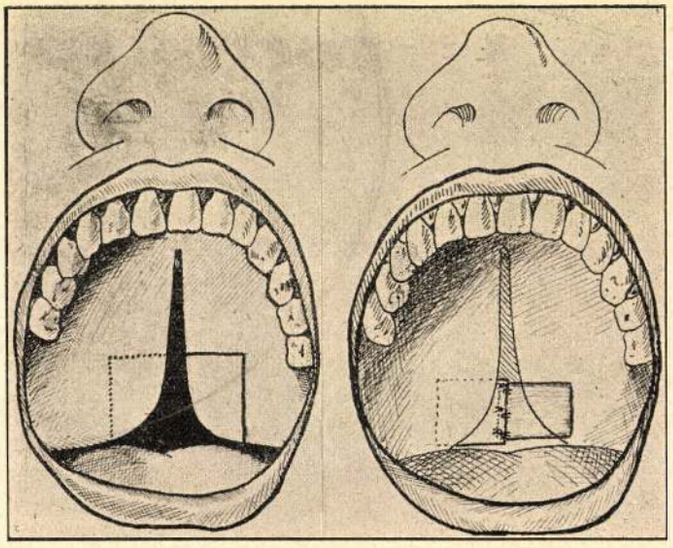
A műtét a veleszületett rendellenességű betegnél teljes sikerrel járt, míg a lueses beteg heges szövetei nem bizonyultak alkalmasnak a gyógyulásra, a varratok nem tartottak.

Eljárásomat nem közöltem, mert reméltem, hogy alkalmam lesz azt előbb még néhány esetben kipróbálni és később több sikeres esetről beszámolni. De erre mindmáig nem került a sor. Most *Verebélyi* gyönyörű előadásaiban lapozva, láttam, hogy eljárásomnak meg van még az aktualitása, mert ok nélkül az illustris szerző nem szorítkozott volna a klassikus *Langenbeck*-féle műtétnek a részletes leírására, míg a többit, a *Brophy, Lannelongue, Kraske, Thiersch, Eiselsberg* és *Ernst* féléket csak megemlíti.

Az eljárás röviden a következő:

A lágyszájpad defektus egyik oldalán nagyjából téglaalakú lebenyt vágunk körül három oldalon olyképen, hogy a téglalap egyik oldalát a sértetlen defektus-széle képezze, míg a másik három oldalt a metszés, mely azonban csak a lágyszájpad szövetének *fele mélységéig* terjedjen. A metszés ilyen vezetése az érzéstelenítő-folyadéktól erősen megduzzasztott velumban nem okoz különösebb nehézséget, de ügyelni kell arra, hogy a metszés ne csak a nyálkahártya-izomszövet határáig hatoljon, hanem magát az *izomszövetet is felezze*. Ezt a lebenyt most laterálról mediál felé lepraeperáljuk, úgyhogy egy ajtószerű négyszöget kapunk, melyek a defektus felé kinyithatunk, amikor az *orr felé ép* nyálkahártyával fedett, a száj felé pedig *sebes* felület fog tekinteni. Most ugyanilyen alakú és nagyságú lebenyt készítünk a defectus másik oldalán azzal a különbséggel, hogy a körülmetszést és lefejtést nem a száj felé néző felszínen végezzük, hanem az orr felé nézőn. Ennek a lebenynek a kihajtása tehát azt fogja eredményezni, hogy a *száj felé* kapunk *ép* nyálkahártyával fedett szövetet, az *orr felé* pedig *felsebzettet;* ahol a két lebeny össze-, illetve egymásra ér, ott összetapadásra alkalmas sebfelületek találkoznak, a hámosodás azonnal megkezdődhetik és a varrat is kétsoros lehet.

A fonalvezetés tulajdonképen nem szorúl bővebb leírásra, mert önként adódik, de mégis figyelmet követel, mert valamennyi fonalpárt előbb el kell helyezni s csak a végén lehet őket csomózni Kiindulunk a szájfelé ép nyálkahártyájú lebenynek a szélétől, attól annyi milliméter *távolságra* lateralisan, amennyire a *szövetfelezés által nyert szövettöbblet* a két lebeny *egymásreérését* feszülés nélkül megengedi. E helyen átszúrva a szemközti lebeny congruáló pontjának *legszélén* a sebes felület felől öltünk be, majd az ép felület felől vissza és a kezdő lebeny kiindulási pontjához közel ismét sebes felület felől ép felé ki, a száj felé. A fonalpárt kis fonaltartó csípőbe fogjuk és lógni hagyjuk. Ilyen fonalvezetéssel elhelyezünk 3—4 varratot a lebeny nagyságához mérten. Most ugyanazon lebeny legszélén nyálkahártya felől sebes felület felé szúrva a fonalat a szemközti lebenynek nem a legszélén, hanem kissé laterálisabban helyezzük el, öltünk sebes felület felől ép (nasalis) felület felé, ép (nasalis) felől sebes felé vissza, a felfelé sebes lebeny legszélénél ismét sebes felület felől ép (oralis) felület felé és a fonalpárt ismét csípőbe fogva lógni hagyjuk, míg ugyanannyi ilyen módon vezetett fonalat el nem helyeztünk, mint amennyi a másik sorban vált szükségessé. Most azután az assistens segítségével, esetleg fesztelenítő metszések ejtése után, egyszerre több fonalpárt óvatosan meghúzunk és csomózunk, amivel elérjük, hogy a fonalak, melyek lehetőleg finomak legyenek, nem vágnak át. (Matrac varratok.)



1. ábra 2. ábra.

Az egész műtétet a mellékelt ábrákon jól lehet látni. A második ábra mutatja, hogy a két lebeny hogyan fekszik egymásra, hogyan alkot hidat a defectus fölött és a megcsomózott varratok hogyan helyezkednek el két sorban egymás mellé, egymást támogatva.

A felsebzett felületek fedetlen részei csakhamar besarjadzanak és behámosodnak és kellő szilárdságot kapnak, azt hiszem, bizonyos fokú izomregeneratio is bekövetkezhetik. Ha a hid nagyjából készen van, esetleg kisebb defectusok annak a kemény szájpad felőli oldalán azután már könnyen fedhetők a kemény szájpadról vett periosteum-nyálkahártyalebenyek odafordításával, célszerűen újabb ülésben.

Az eljárás előnyösnek látszik minden esetben. Nagy defectus esetén pedig talán a legcélszerűbbnek fog bizonyulni. Mint már említettem, lueses hegek esetében sikertelenül kíséreltem meg.

A budapesti Szt. Rókus kórház I. belosztályának közleménye. (Főorvos: Ritoók Zsigmond dr., egyet. rk. tanár.)

A lugmérgezettek vizeletének kémhatása.

Irta: *Balázs Gyula* dr., adjunctus

Nemcsak a régebbi, hanem az újabb toxicologiákban, tankönyvekben a lúgmérgezések, nevezetesen a kali és natronlúg mérgezés tárgyalásánál a szerzők a vizelet kémhatását lakmusz papirral vizsgálva erősen lúgosnak mondják.

Osztályunkon, hol 1923—1931-ig 1821 lúgmérgezettet ápoltunk, vizsgálat tárgyává tettük többek között a lúgmérgezettek vizeletének kémhatását is. E nagy anyag vizsgálatánál arra az eredményre jutottunk, hogy az az állítás, amely szerint a lúgmérgezettek vizelete erősen lúgos kémhatású, így általánosítva nem állja meg a helyét, nemcsak a könnyű, hanem a középsúlyos és legsúlyosabb mérgezés esetén sem, mert lúgmérgezésnél a vizelet kémhatása lúgossá válhatik ugyan bizonyos körülmények mellett, de eredeti savi kémhatását is megtarthatja.

Bizonyítására alanti táblázatunkban 15 a felvétel sorrendjében válogatás nélkül lúgmérgezett vizeletének kémhatását és annak változásait tüntetjük fel. A vizeletet, ahol csak lehetett két óránként vizsgáltuk lakmuszpapirral.

4. A lúgot a nyálkahártyák, szövetek megkötik úgy, hogy resorbtióra csak részletekben és igen csekély mennyiségű alkali kerül. A nyálkahártya lúgmegkötő képességére világít rá *Erdős* vizsgálata, ki egy lúgmérgezett (NaOH) által a mérgezést követő 14-ik napon kihányt oesophagus nyálkahártya chemia vizsgálatánál a nyálkahártya Na tartalmát jelentősen megszaporodva találta.

Megemlítjük még, hogy igen súlyos, csaknem mindíg halálos végű a lúgmérgezés akkor is, ha csak igen kevés, nem is magas concentratiójú lúgoldatot ivás közben (rendszerint ha „felhajtja") aspirál a mérgezett. Ilyenkor a gyorsan kifejlődő glottis és tüdőoedema igen rövid idő alatt végezhet. Nem lesz lúgos a vizelet kémhatása akkor sem, ha bár nagymennyiségű lúgoldat jutott a gyomorba, a mérgezett hamarább meghal, szívgyengeség, collapsus, shok, stb. következtében, mint amennyi idő szükséges a vizelet kémhatásának megváltoztatására. Az előbbi esetnél a lúg mennyisége, az utóbbinál az idő rövidsége nem elegendő a vizelet kémhatásának lúgossá tételére.

Nem mint szabályt, hanem mint tapasztalati eredményt említjük meg, hogy könnyű és középsúlyos esetekben gyakoribb a vizelet átmeneti lúgos kémhatása, mint a súlyos esetekben. A hígabb lúgoldatból aránylag többet tudnak lenyelni, nem sérti annyira a szöveteket s így a szövetek kevesebb lúgot kötnek meg s a hányás

A vizelet kémhatása a mérgezés utáni órákban.

	Mérg. foka	1h belül	2h	4h	6h	8h	10h	12h	14h	16h	18h	20h	22h	24h	Megjegyzés
V. J.	sulyos	—	gyengén lugos	savi	—	savi	—	—	savi	—	—	—	—	—	
A. J.	sulyos	savi	savi	savi	—	savi	—	savi	—	savi	—	—	—	—	
G. E.	sulyos	savi	savi	savi	savi	savi	savi	—	—	savi	—	—	—	—	Exitus 32h mulva
E. M.	könnyü	—	—	—	—	lugos	gyeng. lugos	lugos	savi	savi	—	savi	—	—	
S. J.	könnyü	savi	savi	amph.	savi	savi	savi	—	—	savi	—	—	—	—	
A. O.	sulyos	savi	savi	amph.	gyeng. lugos	gyeng. lugos	lugos	gyeng. lugos	—	—	—	—	—	—	Exitus 36h mulva
S. J.	sulyos	savi	savi	savi	savi	savi	savi	savi	savi	savi	savi	savi	—	savi	
I. M.	kp. sulyos	savi	amph.	gyeng. lugos	savi	savi	savi	savi	savi	savi	savi	savi	—	—	
I. I.	sulyos	savi	savi	savi	savi	savi	savi	—	—	—	—	—	—	—	Exitus 27h mulva
N. M.	könnyü	savi	savi	savi	savi	savi	savi	—	—	savi	—	—	savi	—	
B. J.	könnyü	savi	savi	savi	savi	savi	savi	—	—	savi	—	—	—	—	
H. G.	sulyos	savi	savi	savi	savi	savi	savi	savi	savi	savi	—	—	savi	savi	Exitus 26h mulva
H. A.	könnyü	savi	amph.	savi	savi	savi	savi	savi	—	savi	savi	—	savi	—	
K. M.	sulyos	savi	savi	gyeng. lugos	gyeng. lugos	gyeng. lugos	amph.	savi	savi	savi	savi	—	—	—	

Hogy még a súlyos lúgmérgezettek vizeletének kémhatása is, dacára a néha nagymennyiségű alkali bevételének, nem válik lúgossá, megérthetjük, ha tudjuk az alábbiakat:

1. Lúg és sav mérgezésnél a mérgezés súlyosságát nem az absolut mennyiség, hanem inkább a concentratió szabja meg.

2. Még a legelszántabb öngyilkos jelölt sem képes a concentráltabb (40—50%-os) lúgoldatból 3—4 kortynál többet meginni. Kivételt képeznek az elmebetegek és a részegek, akik ennél a mennyiségnél valószínüleg a reflex képesség csökkenése miatt jóval többet bírnak lenyelni. Ilyen esetekben a lúgoldat gyakran a pyloruson is keresztül jut (általában csak a pylorusig jut) s a duodenum is felmaródik.

3. A bevett lúgoldat tekintélyes része az azonnal jelentkező hányással kiürül.

is később áll be, tehát aránylag több lúg kerülhet felszívódásra.

A vizeletben a lúgos kémhatás általában a körülményektől függően a mérgezés utáni 2—6 órában jelentkezik. Tartama bizonytalan. Néha csak 1—2 órán, máskor 8—12 órán át tart. Szükségtelen hangsúlyozni, hogy az ellenszerül alkalmazott híg savak, különösen a minden tekintetben jól bevált bórsav oldat *(Vámossy)* a vizelet kémhatását befolyásolni képesek.

Természetes, hogy a lúgmérgezés diagnosisát nem a vizelet kémhatásából állapítjuk meg. A lúgmérgezés karakterisztikus tünetei, mint salivatio, nyúlós, sikamlós nyál, a szájüreg nyálkahártyáinak sajátos, vizenyős duzzadása, felmaródása, a hányadék és a nyál lúgos reactiója elegendő, hogy a diagnosist másodpercek alatt felállíthassuk. Még ha el is tekintünk azon atypikus lúgmérgezési esetektől, melyekkel akkor találkozunk, ha az erősen

concentrált lúgoldatot a mérgezett „felhajtotta" s így a szájüregben felmaródások nem, vagy alig láthatók, s az esetleges felmaródások is rövidesen pörkszerűen beszáradnak, salivatio nem jelentkezik, — akkor is diagnostikai nehézséget, bizonytalanságot, sőt tévedést okozhat, ha a vizelet lúgos kémhatását a lúgmérgezés conditió sine qua nonjának tekintjük.

A budapesti Szt. Rókus kórház I. belosztályának közleménye. (Főorvos: Ritoók Zsigmond dr., egyet. rk. tanár).

Halálos Allonal mérgezés.

Irta: *Balázs Gyula* dr., adjunctus.

Egy 33 éves nő öngyilkossági szándékból délután fél 3 óra tájban 100 tabletta allonal „Roche"-t vett be. Hozzátartozói fél 5 órakor találtak reá s mivel hosszas költögetésre sem tért magához, beszállították osztályunkra. Első orvosi segélyben (gyomormosás, stb.) fél 6 óra körül részesült. Felvételkor a beteg eszméletlen, sápadt, légzése mély, horkoló. Erős ingerekre sem reagál. Pulsusa középtelt, rythmusos, percenkint 90. Fokozott izomtonus, végtagjait csak nehezen lehet behajlítani. Patella reflexe kiváltható. Pupillái középtágak, renyhén reagálnak. Hőmérsék 36.1 C°.

Therapia: Gyomormosás, hashajtó (magn. sulf.), bélmosás, coffein. Gyomormosáskor kisebb mennyiségű, szétesett tabletta törmelék is távozik, de ételmaradék nem. Hét nyolc óra között a mérgezett hirtelen hányni kezd, a hányadékból (víztiszta folyadék) aspirál, mire arca cyanotikus lesz, légzése kimarad, pulsusa filiformissá válik. Az aspiratiót köhögés nem követte. Megfelelő eljárásra: a légutak szabaddá tétele, lobelin, szénsav inhalatióra a légzés ismét megindul, a cyanosis eltünik, a pulsus normalis lesz.

A következő két napon állapota súlyosbbodik. Az eszméletlenség változatlanul tart. Patella reflexe csak néha váltható ki, akkor is alig. Pupilla reflexe ellenben, ha renyhébben is, de megtartott. Pususa rythmikus 108—110. Hőmérséklet maximuma 38.7 C°.

Elvétve spontan nyelőmozgást végez, de a legerősebb bőr, vagy fájdalom ingerre sem reagál. Második nap d. u. ismét hirtelen hányás jelentkezik, ismét aspirál. Utána collapsus, tüdőoedema. A fenyegető tünetek a therapiás beavatkozásra elmulnak. Mindkét tüdő alsó lebenye felett tompulat, jobb oldalt hörgi légzés. Therapia: coffein, strychnin, intravenás glucose infusiók, priesnitz, ephedrin, bélmosások, stb.

Harmadnap pulsusa 120, filiformis, légzése percenként 20, stertorosus. Reflexei nem válthatók ki, pupillái még reagálnak. Spontan székürülés. Hőmérséklet: 38.3 C°. Szívműködés állandóan gyengül, éjfélkor szívgyengeség tünetei között meghalt.

Az Allonal „Roche" egy tabettája 0.06 gr. allylisopropylbarbitursavat és 0.10 gr. dimethylaminoantipyrint (pyramidon) tartalmaz. Esetünkben tehát a mérgezett összesen 6 gr. alylisopropylbarbitursavat és 10 gr. pyramidont vett be. Az allonal mérgezések prognosisa általában véve jónak mondható. *Starkenstein* szerint a pyramidon a légzőcentrumot izgatja s így az altató componensnek a légzőcentrumra gyakorolt bénító hatását ellensúlyozni képes. A külföldi irodalomban oly eset leírásával is találkozunk, hol 120 tabletta bevétele után is gyógyulás következett be. Az általunk közölt esetben a halálos kimenetelben a kétoldali aspiratiós pneumoniának is szerepe van, továbbá annak a körülménynek is, hogy az említett nő a mérgezést megelőző három napon keresztül úgyszólván semmi táplálékot sem vett magához, ami a gyors felszívódást elősegítette, a szervezet ellenálló képességét pedig csökkentette.

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem III. sz. sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Adám Lajos dr., egyet. ny. r. tanár.)

Idegen testek és kóros elváltozások vetületének meghatározása a bőrön röntgen átvilágítás közben.

Irta: *Kaulich László* dr. egyet. tanársegéd.

A röntgen-laboratóriumtól gyakran kívánják az idegen test vagy kóros góc pontos localisatióját és az árnyképek bőrre vetített helyzetének rögzítését. Ilyen esetekben az átvilágításban az — idegen test, tüdőtályog, folyadékszint, stb. — projectióját dermographal a bőrre rajzoljuk és sebészek részére a bőrközelpontot, legközelebbi és legcélszerűbb behatolási helyet megjelöljük. E jelöléseket az eddigi eljárásnál egyszerűbben, gyorsabban, pontosabban és sugárvédelmi szempontból ideálisabban igyekeztem megoldani.

Eljárásom a fentebb jelölt esetekben a következő: átvilágító ernyőmet kicserélem az előbbivel teljesen azonos ernyővel, melynek közepén 2 mm. átmérőjű, az ernyő minden rétegén (ólomüveg, baryumplatincyanür ernyő, borítólap) keresztül haladó furat van. Ezen ernyő, ha röntgensugár éri, mindenütt felvillan, kivéve a furatnak megfelelő pontot, mely sötéten marad. Ezen ponton úgy kell a lámpa fősugarának áthaladnia, hogy a pont a megjelölendő árnyékképet fedje (a fősugárnak a ponton való áthaladását a diaphragmának a pont köré szűkítésével állítjuk be.) Miután a keresett pont beállítása így megtörtént, a furaton keresztül egy e célra készített vékony dermograph-al a bőrt megjelöljük. Hogy a beteg mozdulatlanságát biztosítsuk, előre figyelmeztetjük a dermograph-al történő érintésre.

Az ilyen átvilágító ernyőt csekély költséggel szerezhetjük be, vagy a használatban lévő ernyőt furathatjuk keresztül és ha ezt csak átvilágításra használjuk, hogy a sugárvédelmi kötelezettségnek mindenben megfeleljünk, a fúratot megfelelő ólomdugóval látjuk el. Átvilágításnál nem zavarhat ezen két millimeteres pontnak kiesése az ernyőképből, sőt mint az ernyőn lévő fix pontot mobilis szervek és elmozdulások mérésére is felhasználhatjuk. Ezen ernyő használata vizsgálatainkat gyorsítja, mert nem kell az átvilágítást megszakítani, hogy a Bucky lámpa fényénél eszközölt, vagy kesztyűs kézzel jelzett pontot külön megjelöljük, hanem átvilágítás alatt, szemünk kontrollja mellett rajzolunk a bőrre. A jelölés pontosságát a beteg mozdulása sem befolyásolhatja s így az idegen testek localisatiójánál az átlós pontokat ideális pontossággal jelölhetjük. Sugárkárosításnak kisebb mértékben vagyunk kitéve, mert nem ernyő előtt a sugármezőben, hanem az ernyő mögött, védett területen dolgozunk.

A 2 mm-es nem védett területen keresztül, e pont köré szűkített sugárzásból, az átvilágítandó testrészen megszűrve oly csekély sugármennyiség éri a vizsgálót, hogy ez gyakorlatban számításba sem jöhet.

Ilyen eljárással sok esetben határoztunk meg idegen testeket és eljárásunk pontosságát a műtét mindig igazolta.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A pyocyaneussepsisről. *Reichel.* (Dtsch. Arch. klin. Med. 171. k. 3. f.)

35 éves nőbeteg; kórtörténetét közli, kinek anamnaesisében 1 év előtt lezajlott hónalji verejtékmirigyabscessusok szerepelnek. A klinikát 3 és félév óta fenálló ízületi duzzanatok és fájdalmak miatt kereste fel. Aranytherapiára (solganol) a hőmérsék emelkedése mellett az egész testen scarlatszerű kiütés jelentkezett, a hónalji nyirokmirigyek fájdalmassá váltak. A láz elmultával az aranytherapiát folytatták, mire icterus fejlődött ki, a hónaljárkokban a bőr duzzadt és piros lett, a nyirokmirigyek kékes színben tüntek át, majd szilvanagyságú savó és vértartalmú hólyagok keletkeztek. Ezekből, valamint a következő napokban fellépő hasmenéses székből és a combon támadt abscessusból pyocyaneusbacillus tenyészett, a beteg vérsavója a laboratóriumi törzseket 1: 320 higitásig agglutinálta

Az irodalomban ismertetett esetekben a kórkép legtöbbször acutan, magas lázzal, typhusos közérzettel kezdődik. Jellemzőnek írják le a bőrelváltozásokat (erythema gangraenosum), gyakori a haemorrhagias bronchopneumonia és a leukopenia, majdnem konstans tünet a lépnagyobbodás. Ritka a máj és vesék megbetegedése. A vérből és a bőrhólyagokból kitenyésztett bacillus bizonyítja, a liquorban, faeces és uriná-ban, köpetben kimutatott bacillus csak támogatja a pyocyaneussepsis diagnosisát. A betegség legtöbbször laetalisan végződik, gyógyulás csak localis elváltozásoknál várható.

Molnár István dr.

Az eosinophylek kamraszámlálásának klinikai jelentősége. *Domarus.* (Dtsch. Arch. klin. Med. 171. k. 4. f.)

Utal a szokásos százalékos számlálás hibáira, melyel szemben a kamraszámlálás kb. 50%-al megbízhatóbb eredményt ad. A *Dunger* által ismertetett eljárás igen egyszerü: *Türk* oldat helyett 1%-os eosin-acetonoldatot használunk, a higitás egyezik a szokásos fehérvérsejtszámlálásnál ismerttel. A Bürker-f. kamrában az eosinophyl sejtek száma 18—36, a Fuchs—Rosenthal kamrában 30—60.

Számos esetben a reggeli ébredés után magasabb értékeket kapott, mint a későbbi órákban. E megfigyelést nem befolyásolja a táplálékfelvétel. Anaemia perniciosanál és secundaer anaemiáknál (parasiták okozta anaemiák kivételével) egyöntetüen azt találta, hogy az acidophylek absolut száma párhúzamos emelkedést mutat a beteg állapotának javulásával. Ezen emelkedés már a vörösvérsejtek és a Hgb. szaporodása előtt is megfigyelhető. Rekonvalescentiában az eosinophylek absolut száma emelkedik, sőt a normalértékeket meghaladja, egyezően a postinfektiosus eosinophylia jelenségével. Számos kórtörténetet közöl, hol a kamrában számolt absolut eosinophylszám és a betegség kórlefolyása párhúzamos viselkedést mutatott. Hangsúlyozza, hogy e párhúzam nemcsak a fertöző, hanem a nemfertöző betegségekben is feltalálható. Az eosinophylek csökkenését nem csak súlyos, hanem könnyü lefolyású betegségekben is megfigyelhette, de látott olyan sulyos betegséget is, melyben az eosinophylek száma nem tért el a normalistól. Ha a kamraszámlálással nyert eosinophylszám azonban alacsony értékeket ad, vagy ez a sejtforma teljesen hiányzik, úgy a szervezet feltétlenül beteg, ha a klinikai tünetek egyenlőre hiányoznak is.

Molnár István dr.

Icterusnál fellépő bilirubinaemia viszonya a vér-liquorgáthoz. *De Castro.* (Dtsch. Arch. klin. Med. 170 k. 1—2. f.)

Egyes szerzők szerint a bilirubin meghatározott vérkoncentratio mellett a liquorban is megjelenik. Szerző vizsgálatai szerint az epefesték megjelenése a liquor cerebrospinalisban nem függ mindig és kizárólag a vérbilirubinértéktől, azonban sokszor az icterus fennállásának idejétől. A liquorban meghatározott bilirubinmennyiségek mindig igen csekélyek, egy bilirubinegység alatt maradnak, a cholaemia intensitásával nem haladnak párhúzamosan. A liquorbilirubin typusa megegyezik a vérbilirubinéval, a diazoreactio azonban legtöbbször elhúzódva jelentkezik. Nem ismeri el a liquor cerebrospinalisban megjelenő bilirubinra a bilirubin veseküszöbértékének mintájára felállított hypothesist. Szerinte a bilirubin átlépése a vérből a liquorba egy olyan tényezőkomplexunmtól függ, melynek hatása a sárgaság ideje és intensitása szerint, sokszor azonban még esetenként is variálódik. A számításba jövő faktorok föképen az epefesték dialysálhatósága, az a physikai-chemiai állapot, melyben a plasmába — a dialysálhatóság képességének esetleges részleges elvesztése mellett — átmegy és a hystiocytarendszer záróképessége a vérbilirubin dialysálható fraktiójával szemben. A liquorban elhúzódva jelentkező azoszínreaktio okát az epefesték megváltozásában keresi.

Molnár István dr.

Sebészet.

A Basedow-betegség sebészete. *Sauerbruch,* Berlin. (Ztrbl. f.) Chir. 1931. 21.)

Martin és *Krause* különböző felfogásokkal szemben a B. betegségnél az illető egyén egész egyéniségének tulajdonítanak nagy jelentőséget. A B. kérdés ma nem tisztán sebészi probléma, hanem belgyógyászok, physiologusok, anatomusok és sebészek közös terrénumává vált. A pajzsmirigy vérrel való átaramoltatása és a sejtek secretiós képessége rendkivül könnyen és jól befolyásolható a bő ér és ezeket ellátó idegháló-zat miatt. A pajzsmirigy secretum növeli a testmagasságot és minden szerv functióját szabályozza; az idegrendszer teljesítőképességére is van befolyása és viszont utóbbi is hatást gyakorol az előbbire. Az igazi, ú. n. ideges *„Vollbasedow"*-ot többnyire súlyos lelki megrázkódtatás vezeti be, melyet lelki és testi elváltozások követnek. Ha a lélek az ő egyensulyát ismét megtalálja, az összes tünetek visszafejlődhetnek, ellenkező esetben állandósult állapothoz, a B. betegséghez vezet. Legkifejezettebb a pajzsmirigy izgalma, amely klinikailag az egész idegrendszer tonusának fokozásával, azt sajátságos feszülésben tartja. Az élet fokozottabb formában jelentkezik, ennek jele az alapanyagforgalom emelkedése és a mirigy functionális megnagyobbodása (B. golyva). A betegség lényege az *idegrendszer izgalma,* a pajzsmirigy fokozott müködése annak csak függvénye. Kb. 63%-ban lelki kényszerállapotok, szerencsétlenségek, anyagi gond, sexualis zavarok, stb. idézik elő. A betegség kitörését egy ideig tartó hihetetlen nyugtalan állapot előzi meg. Az alapanyagforgalom fokozódása fokozott anyagcserére mutat, ami a tejsav tökéletlen elbontását és fokozott oxydatiót eredményez. A fokozott O_2 szükséglet nagyobb munkát ró a szívre az erek kitágulása révén fellépő fokozott áramlás miatt. A szívnek nincs ideje a pihenésre, emellett még a pajzsmirigy váladék myocardiumot izgató hatása is érvényesül. Az igazi B. betegségnél, ha a nyugalom és lelki kezelés eredménytelenek, lehetőleg korán már az első két-három hónapban operáljunk, míg a szervezet a fokozott pajzsmirigy functióhoz véglegesen be nem rendezkedett. Késői mütét veszélyes és speciális előkezelést — a *Plummer*-f. paeoperativ jódadagolást — kíván. A kiadós, lehetőleg egy ülésben végzett resectióval érhető el a legjobb eredmény. A narcosis káros az elkerülhetetlen szénsav és tejsav felhalmazódás miatt. A beteg állapota a mütét után 2—3 napig kritikus, oka a basedowosok megbolygatott pseudoharmoniája, nem pedig a toxinokkal való hirtelen elárasztottság. *Petren* szerint 10—15% gyógyulatlan a mütét után; ez is bizonyítja, hogy a pajzsmirigyen kivül egész sereg más factor is szerepel a B. aetiologiajában.

Guszich Aurél dr.

Belgyógyászi észrevételek a Basedow betegség sebészetéhez. *Prof. Moravitz,* Leipzig. (Ztrbl. f. Chir. 1931. 21.)

Amerikai szerzők szerint a hyperthyreoidismus és B. betegség egységes megbetegedés, utóbbit a hyperthyreodismus speciális megjelenési alakjának tartják, ahol az idegrendszer megbetegedése az elsődleges. Rövid systolek — hasonlóan az aorta stenosishoz — jellemzőek B.-ra, a szív ezért hamarosan kifárad. Az elektrocardiogrammra jellemző a magas végkilengés. Későbbi stadiumban flimmer arythmia lép fel, amely prognostikailag nem mondható abs. rossznak és a mütét után többnyire el is tünik. Az orthodiagramm (Rtg.) minden irányban megnagyobbodott — mitrál typusu configuratió — szívet mutat. A szív „Schlagvolumen"-je enormisan megnövekedett, ennek dacára a szívizom munkateljesítménye igen kicsiny. Cardiotonicumok hatástalanok és csak akkor hatnak, ha a méreghatás már lezajlott. A therapia lényegében ma a sebészi beavathozás irányában tolódott el. Ha nyugalom, diaeta és gynergen hatástalanok, jód előkezelés után mütét ajánlatos. *Moravitz* dijodthyreosintól jó eredményeket látott. A jódot csak rövid ideig szabad adagolni, hosszabb időn át, ha szedi a beteg, hatástalanná válik és ártalmas. A mütétet megelőző rtg. besugárzások eredménye kétségtelenül rosszabb, mint az operatióé. A mütét utáni besugárzásnak jó hatását nagyon dicséri. Csak az igen sulyos eseteknél ajánlatos a mütétet megelőző besugárzás, ahol a beteg legyengült állapota a mütét elvégzését lehetetlenné teszi. Dacára annak, hogy a beteg a mütét után szociális szempontból használható, még sem mondható teljesen gyógyultnak. Végeredményben megállapítható, hogy az igazi, ú. n. genium B. betegeség sem nem sebészi, sem nem belgyógyászi megbetegedés, hanem határterület.

Guszich Aurél dr.

A pajzsmirigy totalexstirpátiója. *Prof. Sudeck,* Hamburg. (Ztrbl. f. Chir. 1931. 21.)

Több operált esete alapján kijelentheti, hogy a pajzsmirigy teljes kiirtása után fellépő kiesési tünetek pajzsmirigy

kivonatokkal megelőzhetők és arra való esetekben, ahol a total exstirpátio indikált, az jogosan el is végezhető. A szervezet jódtükre, cukor megterhelő képessége és spec. dynamikai hatása praeparatumok adagolása mellett változatlanok. Öt betege a teljes kiirtás utáni 10—13 év mulva is teljesen panaszmentesek. Rossz indulatú és igen kemény strumánál, ahol súlyos szívtünetek vannak, indikált a pajzsmirigy teljes eltávolítása; ép úgy toxicus Basedownál itt a mérgező hatás gyorsan és biztosan megszüntethető a gyökeres kiirtás útján.

Guszich Aurél dr.

A gasoedema prophylaxisa. *Löhr*, Magdeburg. (Ztrbl. f. Chir. 1931. 21.)

Az anaerob infectióknál egyszerűbbek a viszonyok, mint az aeroboknál itt ú. i. nem kell a kórokozók nagyszámú variabilitásával számolni. A serumot a tetanus serumhoz hasonlóan állítják elő, a bakteriumok és sporák méreghatásának csökkentése által. Ez a serum keverék a Fraenkel-bacillus, a malignus oedema, a b. haemolyticus antitoxinjait tartalmazza, ezenkívül még tetanus serumot is adnak hozzá. A prophylacticusan adott serum biztos védelmet nyujt mindenfajta activ anaerob infectio ellen. Autosérüléseknél, komplikált töréseknél, senilis és diabeteses gangraenáknál és a hasüreg eves tályogjainál ajánlja alkalmazását.

Guszich Aurél dr.

Szemészet.

Az ideghártya és érhártya lapszerint való összenövesztése endothermia útján. *J. Meller.* (Zeitschrift für Augenheilkunde, 1931. 206. o.)

Az ideghártyának ignipuncturával az érhártyához való rögzítése nem akadályozza meg az ideghártya újbóli leválását, sőt annak oka is lehet. Sokkal inkább várható tartós gyógyulás az ideghártyának az érhártyához való lapszerinti lenövésétől. *Gonin* eljárásának épen az a legnagyobb hátránya, hogy az ideghártyának zsugorodása által recidivát okozhat. *Sven Larssen* endothermiával éri el az ideghártya lapszerinti lenövését. *Meller* ez eljárását alkalmazza. Az inhártyát az ideghártya leválásának helyén szabaddá teszi, s a diathermiás készülék activ electródját néhány másodpercre több helyen reá helyezi az inhártyára. Célszerű e helyeken az inhártyát trepánnal megvékonyítani s a diathermiás kezelés után a subretinalis folyadékot lebocsátani.

Meller fejtegetéseiből kiderül, hogy *Gonin* magyarázatát, mely szerint az ideghártya leválás oka, az ideghártya szakadása s hogy annak elzárása a gyógyítás legbiztosabb eszköze — nem fogadja el a maga teljességében.

Grósz Emil dr.

Blepharospasmus mint tabes dorsalis symptoma. *K. Hauer.* (Klin. Monatsbl. f. Aug. 1931. szept.)

Az irodalomban kevés adat van, amely a blepharospasmust tabessel kapcsolatosan tárgyalja, a facialis által beidegzett egyéb izmok bántalmazottsága nélkül. Esetében 53 éves férfi 19 éves korában luest acquirált, jóval; később malarai kúrában részesült. Két évvel ezelőtt erős fény mellett dolgozva hirtelen blepharospasmust kapott, mely ismétlődött és mindig tovább tartott. Alcohol injectiók eredményesek voltak. A betegnél gyengült patella reflex, anisokoria, Argyll—Robertson tünet volt észlelhető. A bántalom localisátióját a központi idegrendszerben a facialis mag területébe kellett helyeznie, ahol azon rostok jutottak izgalomba, melyek az orbiculárist innerválják. Supra- vagy infranuclearis izgalomról nem lehet szó, mert akkor a bántalom nagyobb kiterjedésü lett volna. Esetében a blepharospasmust analogiába hozza a tabicus krisissel.

Weinstein Pál dr.

Lencseállomány képződés abnormalis helyen a csarnokvízben való szétesés nélkül. *J. Székely.* (Klin. Monatsbl. f. Aug. 1931. szept.)

Lencserész regeneratio előfordul utóhályognál, valamint a lencsetok sérülésénél. Az újonnan képződött lencserész kiindulhat a hátulsó polusról az epithel burjánzása következtében, továbbá az elülső lencsefelszín epitheljéből. A lencserész kialakulhat annak dacára, hogy a csarnokvízzel érintkezésbe jut és nem mutat szétesési tüneteket, ami talán összefüggésben áll egy ki nem mutatható cuticulával. Ez az ujjáképződés különösen idősebb, sclerotisált lencséjü egyéneknél fordul elő, ahol a lencse már elvesztette a csarnokvízben való gyors duzzadó képességét. Ha a lencsetok megsérül, akkor a sérülés helyéhez vagy odafekszik az iris, vagy fibrin válik ott ki, vagy lencseállomány képződik ott és védi a mögötte lévő lencserostokat a széteséstől ill. duzzadástól.

Weinstein Pál dr.

A szemüreg megbetegedéseinél végzett röntgenvizsgálat értékéről. *W. Hoffmann.* (Zeitschrift f. Aug. 1931. 75. k. 243. oldal.)

Nagy jelentősége van a röntgenfelvételnek az orbita csontosfalának megbetegedéseinél, különösen a daganatok diagnosztikájában. Az utóbbi években nagy haladást jelentett Bucky-szürőjének bevezetése, amellyel a szórt sugárzásnak a kép élességét rontó hatása csaknem teljesen kiküszöbölhető. Ez azonban még nem elegendő arra, hogy az orbita lágyrészeinek elváltozásait is jól láthatóvá tegyük. Ahhoz, hogy kontrasztos képet kapjunk, lehetőleg puha sugárzással kell a felvételt készíteni. Jól meg kell választanunk a röntgenfilmet is. Továbbiakban sikerült röntgenfelvételeket közöl, megfelelő magyarázó szöveggel. A felvételek részben az orbita csontos falának elváltozásairól, részben az orbita lágyrészeinek daganatairól készültek.

Illés Péter dr.

Egyoldali rendellenesen kicsiny papilla, kapcsolódva a hossznövekedés zavarával. *M. Rosenstein.* (Wien. Med. Voch. 1931. 1095. old.)

Ismerteti két esetét, melyekben 12—14 éves fiúgyermekeknél, akik az életkoruknak megfelelő testhosszon lényegesen alul maradtak, egyiknél a jobb szemen, másiknál a balon rendellenesen kicsiny papillát észlelt, a normalis oldal papillájának egyötödét, ill. egyharmadát. A gyermekek feltünő intelligenciája miatt kizártnak tartja a központi idegrendszer fejlődési rendellenességét, hanem tekintve a hossznövekedés zavarát és a mindkét egyénnél jelenlévő csökevényesen fejlett nemi szerveket, a hypophysis fejlődési zavarára gondol, amely isolált fejlődési anomália gyökere a csiraplasmában keresendő.

Weinstein Pál dr.

Gyermekorvostan.

Az újszülöttek súlyos sárgaságáról. *Kramsztyk.* (Zeitschrift für Kinderheilkunde 51. kötet, 273. oldal. 1931.)

Szerző egy három napos csecsemőnél súlyos icterust észlelt bilirubinnal a vizeletben. A vörösvérsejtek száma nem érte el egészen a három milliót, kifejezett anisocytosis és poikilocytosis mellett magvas vörösvérsejteket nem talált. *Kleinschmidt*tel szemben a magvas vörösvérsejteknek nem tulajdonít nagyobb jelentőséget az icterus neonatorum gravis diagnosisának felállításánál. Kezelésül 10 cm^3 *apavért* adott intramuscularisan, mire az icterus eltünt. Az icterus neonatorum gravist tehát nemcsak a *Kleinschmidt* által különösen ajánlott vérátömlesztéssel, hanem intramuscularis vérinjektióval is meg lehet gyógyítani.

Csapó dr.

A koraszülöttek vércukorregulatiojáról. *Haas.* (Zeitschrift für Kinderheilkunde, 51. kötet, 400. oldal.)

Az erősen lehült koraszülöttek vércukorértékei feltünően alacsonyak, a csecsemők felmelegítése után a vér cukortartalma jelentékenyen emelkedik. Ez a lelet szerző nézete szerint a funktionalis éretlenségnek részjelensége.

Csapó dr.

Empyemák utáni sipolyképződésről. *S. Seyffarth.* (Monatschr. f. Kinderheilk. 51. kötet, 1. füzet, 1931.)

Míg a felnőttek tuberculotikus empyemáinak rossz gyógyulási tendentiája közismert, addig a gyermekkori meta-, v. parapneumoniás empyemák után keletkezett thoraxfistulák keletkezésének magyarázata nem kielégítő. Sebészeti szempontból a mellkasi sipolyképződés oka célszerütlen operativ beavatkozás, vagy bronchialis sipoly fellépése. Szerző leginkább punktióval, vagy drainage-val avatkozott be, csak kivételesen végzett thoracotomiát. Bronchialis sipolyt igen gyakran látott, de ez nem adja kielégítő magyarázatát a hosszadalmas mellkasi sipolyoknak. Ezzel szemben azt találta, hogy a csak punctióval kezelt esetek simán gyógyultak, tekintet nélkül arra, hogy tbc.-vel fertőzödtek, vagy nem, a drainage-al kezelt esetek közül ezzel szemben 29 tbc. negativ eset közül csak egy esetben lépett fel sipoly, míg 11 tbc-s empyemánál csak öt mutatott prompt gyógyulást és hat hosszasan fennálló sipolyt kapott. Ezeknél kétségkívül a tbc-s fertőzés adta meg a sipolyképződésre a hajlamot, oka tehát inkább bacteriologiai, mint anatomiai, mert a bronchialis sipoly jelenléte a mellkasi sipolyképződésre nincs befolyással.

Lederer Emil dr.

Idősebb gyermekek akut idiopathikus meningealis vérzése. *H. Seckel.* (Monatschr. f. Kinderheilk. 50. k. 6. f. 1931.)

A meningealis vérzés lehet pachimeningealis (dura és arachnoidea között) és subarachnoidealis (arachnoidea és pia mater között). Keletkezhet trauma folytán, illetőleg lehet symptomás v. idiopathiás. Az idiopathiás pachimeningealis vérzés tünetei: a koponya körfogatának növekedése, menin-

gealis izgalom, retinavérzés. Lefolyása legtöbbnyire chronikus ritkábban acut (apoplectiform vagy meningitisszerü). A cysternapunctio haemorrhagiás, xantochrom- és fehérjegazdag liquort ad, míg a lumbalpunctatum víztiszta csak ritkán véres. Az idiopathiás subarachnoideális vérzés az előbbitől három pontban különbözik: 1. kezdete mindig acut, apoplectiform, 2. a klinikai kép meningitishez hasonló, 3. a liquor macroskoposan is véres, xantochrom és fehérjeszegény. Ha az előbbi is apoplexiaszerü lefolyású és a vérzés a liquorba perforál, úgy a differentiálás nehéz. Az idiopathiás pachimeningitis leginkább csecsemő- és kisgyermekkorban, majd öregkorban lép fel, az idiopathiás subarachnoidalis vérzés idősebb gyermekeknél és a 3—5. évtizedben. Két ilyen subarachnoidalis vérzéses esetet észlelt, akiknél hirtelen kezdettel apoplectiform kezdődő megbetegedés lépett fel, majd tarkó és fejfájás, öntudatzavar, véres liquor a punctatumban. A betegek rövid idő alatt gyógyultak. Az irodalomban 17 ilyen eset van közölve. Aetiologiájában a fertőző megbetegedések, emboliák, agytumor epilepsia és ecclampsia kizárhatók.

Lederer Emil dr.

A Pegnin-tej alkalmazási lehetősége a csecsemők táplálkozási zavarainál. *Grüninger* és *Hünerman.* (Zeitschrift für Kinderheilkunde 51. kötet, 419. oldal, 1931.)

A Pegninnel megalvasztott tejnek a rendes tehéntejjel szemben a következő előnyei vannak: 1. A gyomrot kiméli a tej megalvasztásának munkájától. 2. A zsír a Pegnin-tejben finoman eloszlott állapotban van s így a lipase számára könyebben hozzáférhető. 3. A Pegnin-tej savója a gyomron gyorsan halad át, így a gyomor tulságos teltségének elejét veszi. A Pegnin-tejet egyes esetekben, mint ½, más esetekben mint ⅔ vagy teljes tejet adták a csecsemőknek. Higitó folyadékul a tejhigitásoknál forralt vizet használtak. *41* dystrophia közül *36* esetben, *18* atrophia közül *12* esetben értek el egyenletes, jó súlygyarapodást. A nyálkás székek eltüntek, az étvágy jelentékenyen javult. Általában azt látták, hogy a csecsemők szívesebben vették a Pegnin-tejet, mint az anyatejet. Kitünő eredményt értek el spasmus pylorinál, ezekben az esetekben az anyatej mellett már az első vagy a második héten Pegnin teljestejet adtak. A Pegnin-tej mindenféle lázas megbetegedésnél sikerrel alkalmazható, de különösen jó pertussisos bronchopneumoniánál. Az alkalmazási lehetőség a koraszülöttekre is kiterjed. A parenteralis dyspepsiák egyes eseteiben táplálékul mindjárt a betegség elején Pegnin-tejet alkalmaztak, bár az esetek legnagyobb részében a Pegnin-tejre csak akkor tértek át, amikor az állapot fehérjés tejre vagy savanyú íróra nem javult, a jó hatás csaknem minden esetben prompt jelentekezett.

Csapó dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Traité de la Syphilis. 7 kötetre tervezve kiadja G. Doin. 1931. Paris.

A syphilis terén a haladás az utolsó száz évben nagyobb volt, mint az azt megelőző három és fél évszázadban. Először a pathologia *(Ricord,* pfalzi ismeretlen, *Bassereau, Rollet),* később a therapia *(Szmirnoff, Scarenzio, Siegmund, Baccelli, Abadie),* azután kórbonctan *(Virchow, Unna),* végre a klinikai symptomatologia *(Hutchinson, Fournier, Erb, Westphal* stb.) lendült fel. A század fordulójakor mindenütt elérkezettnek látták az időt arra, hogy áttekintsék, összefoglalják az eredményeket, mint az épület oszlopait időről-időre architrávokkal kötik össze, mielőtt azokra újabb emeleteket építenének. Ilyen monumentális összefoglaló művek német, francia, angol nyelven nagy számmal jelentek meg; egyeseket nemzeti bizottságok adták ki és ezeket pazar kiállításuk, meg szerzőiknek kiválósága valóságos tudományos monumentumokká avatta.

Az így megteremtett alapon a syphilis kutatás a jelen század éveiben még nagyobb felfedezéseket hozott, melyek a syphilisre vonatkozó ismereteinket hirtelen kiszélesítették (az állatokra átvihetőség, a spirochaeta, seroreactio, luetin, a salvarsan-, láz-, bismuth therapia, liquorvizsgálat felfedezése stb.) Napjainkban azután megint a szerényebb rendezkedés, a lélekzetvétel, a hézagok pótlása, a methodikus haladás lépett előtérbe. Ez szintén sok becses eredményt hozott, melyek újabb egyeztetést és kritikai összefoglalást kívánnak.

Egy ilyen nagyméretü terepszemle az, ami G. Doin francia kiadó vállalkozásában, *Ed. Jeanselme* tanár vezetése alatt megindult. Hét vaskos, kb. 700—730 lapos kötetre fog ez a syphilisre vonatkozó modern ismeretkincs szétosztatni, melyet a francia szakemberek legjava — 50—60 autor — dolgoz majd fel.

A mü az előttünk fekvő két első kötet szerint fényesnek igérkezik. Az elsőben maga *Jeanselme* rendkívüli objectivitással, és mindig az eredeti forrásokat citálva ismerteti a syphilis történetét, nagyon helyesen oda concludálva, hogy ez ideig se az antiquitás, se az amerikai eredés nincsen bebizonyítva, a kérdés tehát továbbra is nyitott maradt. Ugyanö röviden vázolja a syphilishez hasonló folyamatokat (dourine, yaws, álomkór, nyúl- és lámaveneria...) és az általános aetiologiát, *Sézary, Schulmann* és *Lévy* pedig a kísérleti syphilist és immunitást. A második kötet a syphilis microbiologiáját, kórbonctanát és serologiáját tárgyalja, *Touraine, Jong, Demanche* és *Lévy* tollából — ez a kötet ugyancsak magasan áll és kitünően tájékoz a szakkérdések mai állásáról.

A további öt kötet a szerzett, veleszületett, zsigeri, idegsyphilist és a prophylaxist és therapiát fogja tárgyalni.

E nagy mü rendkívül becsesnek igérkezik és kitünik objectivitásával, gazdagságával, valamint világos szövegével és szép kiállításával. A hét kötet mindegyike külön is kapható lesz (200 franc = 46 P) és kívánatos, hogy elterjedjen a szakkörökben.

Nékám prof.

Az ötvenéves ember. A kritikus kor betegségei. Irta: *Káldor Miklós* dr. (192 oldal. Novák Rudolf és társa. 1931. Ára füzve: 5.80 P.)

Ujabban valósággal új disciplinába tömörülnek az öregkori betegségekről szóló ismereteink, különösen a német orvosi irodalomban nagy számmal szerepelnek az „Alterskrankheiten" tárgykörével foglalkozó közlemények és önálló könyvek. És ha egyrészt ma még vitatkozni lehetne ezen különállás jogosultságáról, másrészt el kell ismernünk, hogy az öregkori megbetegedéseknek nagyon sok olyan közös vonatkozásuk van, amelyek érthetővé teszik a velük foglalkozó szakembereknek ezen törekvését. Hiszen nem is olyan nagyon régen, a pädiatria különállása ellen fel-felhangzottak a komolyság látszatával bíró kifogások, amelyek azonban a gyermekgyógyászatnak az utolsó évtizedekben bekövetkezett óriási haladásával szemben elnémultak. Azt hiszem, ugyanígy fogunk járni az öregkori megbetegedések tanával is, annál is inkább, mert ma már a legtöbb nagyvárosban, így nálunk is, külön kórházak vagy legalább külön osztályok fogadják be az „öregeket" s így az ezeknek kezelésével megbízott szakembereknek bőséges alkalmuk van ezen új disciplina fejlesztésére. Szerzönk maga is évekig az Erzsébet szegényház kórházában foglalkozott ezen tárgykörrel s így ezirányú fejtegetései elsősorban személyes tapasztalatain alapulnak. S az ez irányú bő irodalom lelkiismeretes tekintetbe vétele mellett, főleg ezen körülmény fokozza könyvének értékét. Mindenekelőtt a nő klimakteriumával foglalkozik és itt nagyon helyesen kidomborítja ezen kórképnek endokrinologiai vonatkozásait, amelyek biztosabb alapokra fektetik a therapiát is. Óva int az ezen a téren lábrakapott polypragmasiától és hangsúlyozza, hogy a nem óvatosan adagolt jódkészítmények milyen gyakran okoznak thyreotoxikosist. Kellő világításba helyezi azon nagy szerepet, amely újabban a klimakteriummal járó psychoneurosisok suggestiós therapiájának jutott.

Részletesen rátér azután arra az újabban sokat vitatott kérdésre, van-e a férfiaknak is kritikus koruk? A kérdés mai napig sem tisztázódott teljes egészében. Az bizonyos, hogy az 50 éves férfi ez irányú panaszai igen gyakran érelmeszesedésen, luesen vagy pedig alkohol és nikotin abususon alapulnak, bár nem lehet tagadni, hogy az esetek nagy számában az ivarmirigy functio gyengülése által okozott endokrin egyensúlyzavar játszik fontos szerepet. Az ilyenkor olyan gyakori extrasystolés arhythmia kérdésben *Wenckebach* álláspontjára helyezkedik, aki az ilyen arhythmiáknak „Der Unfug des Herzens" nevet adta, ezzel is ki akarván fejezni ezen functionális zavar ártatlan voltát.

Az öregkori diabetes, elhájasodás és köszvény után rátér a szerző igen részletesen az angina pectoris kaleidoskopszerü kórképére, valamint a praesclerosisnak nem eléggé méltányolt sokféle alakjára. A könyvnek utolsó kitünően megirt fejezete a hypertonia kérdéseit öleli fel. Ennek tárgyalásánál hangsúlyozza, hogy ne igyekezzünk minden esetben a magas vérnyomást leszállítani, hiszen sokszor ez nem más, mint célszerü automaticus kompensálás, amellyel a szervezet a vért nagyobb sebességgel akarja a veséken átáramoltatni, hogy ilyen módon az anyagcseretermékek kiválasztása hiány nélkül menjen végbe.

Ha a nagy alapossággal megírt munkán valamit kifogásolunk, az csak az idegen szavaknak nem mindig egyöntetü orthographiája. Ezt is csak azért tesszük, hogy a remélhetőleg nemsokára szükségessé váló második kiadásban ezen hiány pótolva legyen. Igy a syphilist hol siphilis, hol szifiliszneh írja a szerző. A teljesen phoneticusan írt fenomen, fázis és pilorus mellett találkozunk olyan hibátlanul írt kifejezésekkel is, mint dysharmonia és glykosuria.

Vajda Károly dr.

Ärztliche Lebensweisheit in 400 Sprüchen, Sentenzen und Aphorismen. Ein medizinischer Büchmann. *Von Erich Ebstein.* Zweite erweiterte Auflage. (Ferdinand Enke. 1931. Stuttgart. 84 oldal. Ára füzve 3.60, kötve 5 márka.)

1930 őszén jelent meg a könyvecske első kiadása és már 1931 februárban szükségessé vált a második. Ezen a mai sivár viszonyok közt igazán ritka könyvsiker abban találja magyarázatát, hogy a szerző által összeállított citatumokban nemcsak életbölcseséget, hanem sok humort is talál az olvasó. Az egyes csoportokban alphabethikus sorrendben megtaláljuk, mikép vélekedtek régmúlt századok kimagasló szellemei orvosokról, gyógymódokról, egészségről, betegségről, diagnosisról és therápiáról, pro és contra. És ha *Seiler* a német közmondásokról szóló 1922-ben megjelent nagy gyüjtőmunkájában kijelenti, hogy minden nép közmondásaiban ha nem is épen gyülölet, de minden esetre bizonyos animositás nyilvánul meg az orvosok és gyógyszerészek iránt, úgy ne felejtsük el másrészt *Goethe*nek azon sokat citált megállapítását sem: „Man ist sehr übel dran, wenn man den Ärzten nicht recht vertraut und doch ohne sie sich gar nicht zu helfen weiss." Egyes citatumok helyett, amelyek ugyis csak halvány képét nyujtanák a könyvecske sokoldalúságának, azt ajánljuk olvasóinknak, szerezzék meg a kis gyüjteményt. Hivatásunk nehéz és mindinkább gondteljesebbé való óráiban azt fogják benne találni, amire lelki egyensulyunk fenntartása érdekében oly nagy szükségünk van: szellemi üdülést és jóleső derüt.

Vajda Károly dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület október 24-i ülése.

Bemutatások:

1. **Erczy M.:** *Rögzítő kötés orrkorrekcióknál.* A plasztikai műtétek eredményének biztosítására fontos a jó rögzítő kötés, mely nemcsak külső behatásoktól védi az operált területet, de az orron könnyen létrejövő haematoma képződését is meggátolja s csontkeskenyítésnél a mobilisált csontrészeket rögzíti.

A *Joseph* által ismertetett nyomókötés (gaze-ragtapasz) alkalmazása mellett az orr többnyire megduzzad s ha az orr csontos vázát megkeskenyítettük, továbbá ferdeorr műtétnél, a műtét 8. napjától 6 héten át napi 1 óra hosszat orrszorítót, illetve ferdeorr készüléket kell az operáltnak viselni. Ezen eljárás helyett a bemutató oly nyomókötéssel kísérletezett, mely nemcsak a fenti követelményeknek megfelel, de szorítókészülék használatát is fölöslegessé teszi. A fogászatban használatos stents massának gypsszel való kombinálását használja erre a célra és így kb. 4 héttel rövidítik meg az orrcsontkeskenyítés és 1½ hónappal a ferdeorr utókezelésének idejét. Műtét után megmintázzák a melegstentset s kihülés után, midőn jól megkeményedett, vékony gypszréteggel vonják be. A gypszréteg meggátolja, hogy a testről fölmelegedett s meglágyult stents a nyomásnak engedjen. A massát ragtapaszcsíkokkal erősítjük meg s 10 napig hagyjuk az orron. A kötés elkészítése igen egyszerű s mivel az orrnak pontos negatívját képezi, decubitust nem hoz létre s az operáltnak semmi kellemetlenséget nem okoz.

2. **Lőrincz F.:** *Phlebotomus (papataci légy) előfordulása Magyarországon. Szentkirályi Zs.* hódmezővásárhelyi főorvos által észlelt különös dermatosisról referál. A dermatosisokat mint a vizsgálatok kiderítették, egy eddig Magyarországon még nem észlelt diptera féleség, a phlebotomus perniciosus (?) idézte elő. Nagy vonásokban tájékoztatást nyújt ezen orvosi-entomologiai és human parasitologiai szempontból egyik legfontosabb insecta morphologiai és természetrajzi viszonyairól. Az insectára vonatkozó készítmények mellett diapositiveken demonstrálja a hódmezővásárhelyi betegeken észlelt jellemző bőrelváltozásokat.

3. **Fritz S.:** *A csecsemőkori köldöksérvek conservativ gyógyításának módosítása.* A conservativ kezelés leggyakoribb módja a jól ragadó, a bőrt alig izgató ragtapaszkötéssel való szükítése a sérvkapunak. Két éves kor előtt ritkán kell operálni, hanem meg kell kísérelni a conservativ kezelést. Legcélravezetőbb a kezelést a 3—6. hónapok között elkezdeni, mert az első év után már ilyen módon eredményt alig érünk el. *Lederer* a Wien. Klin. Woch. f. évi 31-ik számában rámutatott arra, hogy ez a szokásos ragtapaszkezelés gyakran eredménytelen, mert a sérv visszahelyezése ujjal ritkán sikerül és a tapasznak a bőrre való helyezése után a visszahelyezett sérvtartalom ismét kicsúszik. Ezért az ujjal való visszahelyezés helyett egyenes fém műszerrel — Hegar-féle tágítóval — való visszahelyezést használt. Hasonló gondolat vezette előadót is csakhogy nem egyenes, hanem görbe női fémkatetert használ; ezzel a művelet bevégzéséig rögzíteni lehet a sérv tartalmát. A has bőrét a köldök körül benzinnel letisztítja. A köldöksérv tartalmát nagyobb sérveknél ujjal, a kisebbeknél a jelzett műszerrel helyezi vissza, minden esetben azonban a műszerrel rögzíti és visszatartja a sérvet, a műszert a jobb kézzel rögzíti. A bal kéz mutató és hüvelykujjával két hosszirányú egymással párhúzamosan haladó redővel fedi a sérvet, illetve a műszert. Az ilyen módon egymáshoz hozott bőrredőket 10—12 cm. hosszú, 3 cm. széles ragtapasz csíkkal rögzíti és a műszert a görbületnek megfelelő irányban eltávolítja. A tapaszt meglazulása után rendesen hetenként egyszer cseréli. Ha a bőr a tapasz alatt felmaródott 1—2 napig pihentetni kell. A tapasz eltávolításakor látható, hogy a visszahelyezés jó volt, mert a sérvtartalom még mindig a helyén maradt. Ha a kezelést ilyen módon folytatják 2—3 hónap alatt teljes eredményt lehet elérni.

Előadás:

Sebestyén Gy.: *A pneumothorax bővítő sebészi eljárásokról.* 42 kötegátégetésről számol be tökéletlen pneumothorax esetében. Az eljárást részben *Jacobaeus*, részben *Maurer* szerint végezte. Az esetekből ötnek további sorsa nem volt követhető, 37 esetből 12 (32.4%) minden szövődmény nélkül gyógyult. 15-nél (40.5%) kevés exsudatum, mérsékelt lázzal, 8 esetben (21.6%) sulyos exsudatum magas lázmenettel. Egy tbc-s empyema, egy késői tüdőperforatio fordult elő. A komolyabb szövődmény nélkül gyógyult esetek tehát 72.9 %-ot tesznek ki. A collapsus szempontjából teljes mechanicai effectust eredményezett 58.3%, míg 41.1%-ban a pneumothorax bővült. Az eljárás legnagyobb részben korai esetekben volt alkalmazható eredménnyel. A beavatkozás legalkalmasabb ideje a pneumothorax kezelés 2—4. hónapja. Oly esetekben, ahol a pneumothorax már hosszú hónapokon keresztül fennáll, az eljárás hatása bizonytalan.

A pneumothorax bővítő sebészi eljárások közé sorolandó az extrapleuralis apicolysis előadó szerinti módosítása is. Ezen beavatkozás indicatios területe ott kezdődik, ahol a két fent említett eljárás lehetősége végződik. Tehát lényegileg, a csúcsot illető, nagyobb kiterjedésü, lapszerinti lenövések műtéti leválasztásából áll, egyébbként kielégítő pneumothorax mellett. Két év előtt ily módon végzett 12 műtéti esetből öt végérvényesen gyógyult. Az esetek csak kis töredékében lehetett a pneumothoraxot a kezelés befejeztéig fenntartani. Legtöbb esetben oleothorax alkalmazása volt szükséges.

Pekanovich I.: Néhány hónap előtt egy hozzászólásában foglalkozott a tbc. gyógyítását célzó műtétek jövőjével, melyek a pneumothorax hatását igyekeznek tökéletesíteni. Azóta alkalma volt több ily műtétet látni és a consecventiákat levonni. A maga részéről a Jakobäus műtétnek ad előnyt, könnyebben vihető keresztül és könnyebb beavatkozás, mint az apicolysis és kevesebb complicatioval jár. *Kremer* mintegy 300 eset kapcsán azt állítja, hogy míg a pneumothorax mintegy 50%-ban eredményes, ők 75% gyógyeredményt voltak képesek elérni. Ő maga 18 év előtt foglalkozott a Jakobäus eljárással, de abbahagyta, nem belgyógyásznak való beavatkozás és a fellépő vérzések és complicatiok reá nézve kilátástalanná tették azt. Most amikor a methodus a Maurer-féle eljárással tökéletesedett, a veszélyek csökkentek. Az előadó eseteiben meglehetős nagyszámú volt a complicatio és meg van győződve, hogy a technikai javulással mindig kevesebb lesz ezek száma. *Diel* és *Kremer* 16—17% complicatioról számolnak be, ezek közül 16 exsudativ és 3.1 empyema, *Maurer* 17.5%-ról. Meglehetősen nagyok ezek a számok. Mindenesetre érdemes vele foglalkozni, mert sok szép eredményt látott oly esetekben, melyeket máskép nem lehetett volna megmenteni.

Nádor-Nikitits I.: A pneumothoraxot bővítő sebészi eljárások a 18—20 év előtti helyzethez képest technikában és eredményben igen sokat fejlődtek. Ha azonban azt vizsgáljuk, hogy a pneumothorax és a többi collapsus therapiai eljárások a tuberkulotikus betegek hány %-ában vihető keresztül, nagyon kevéssé kielégítő eredményhez jutunk. Mult év novemberi hozzászólásában 20—30%-ra becsülte az ily betegek számát. Azóta 633 eset alapos megfigyelésével és az indicatio maximalis kiterjesztésével a következő eredményre jutott: a pneumothorax indicatio lehetősége kb. 30%, egyébb collapsus therapiai eljárásoké kb. 6% volt. Kiderült, tehát, hogy az intézeti kezelés alá kerülő, első ízben felvett betegek ⅔-ánál a fent ismertetett és eddigi tudásunk szerint leghatásosabb gyógymódokat nem lehetett alkalmazni. Kétségtelen, hogy az előadónak hosszú időre és igen nagy beteganyagra volt szüksége, hogy ebből 40-en felüli esetet össze tudott hozni. A collapsus therapia indicatioja már nem bővíthető tovább. Megváltoztatandó azonban az, hogy a beteganyag 75%-a elhanyagolt, chronicus állapotban kerüljön szakkezelésbe első-

ízben! Az idősségi és időrendi diagnosissal 1½ éve foglalkozván, arra a szomorú megállapításra kellett jutnia, hogy az első ízben felvett beteganyagnak csak 4%-a volt acut stadiumban, 10—12% subacut időszakban. Holott éppen ezen csoportok mutattak a collapsustherapia indicatioja szempontjából a legszembetünőbben kedvező eredményt. A chronicus folyamatokkal érkezőknél ugyanis kb. 24%-nál volt meg az indicatio lehetősége, az acut, subacut folyamatokénál 73%-ban. Ezért nyomatékosan felhívja a figyelmet arra, hogy addig is míg a kórházi férőhelyeket szaporítani tudjuk, sokasok hálás, sőt mulhatatlanul szükséges teendő mutatkozik a beteganyag intensivebb felkutatásában és koraibb kezelésbevételénél.

Schön J.: Reámutat arra, hogy a Jakobäus-féle eljárás nem tökéletes, csak akkor alkalmazható, ha az adhaesio körkörös, pedig az legtöbbször szélesen tapad. A sebészek egy része, köztük *Sauerbruch* is szalagátégetés helyett az összenövések megoldására thoracotomiával megnyitja a pleuraürt. A külföldi kedvező statistikákkal szemben *Sebestyén* statistikája teljesen őszinte. A mi a szalagátégetés időpontját illeti, legjobb avval bizonyos ideig várni, mert a szalag esetleg nyúlik, úgyhogy nem akadályozza a kollapsust. Három hónapnál fiatalabb pneumothoraxnál a szalagátégetés nem indokolt. Több saját esetének felvételeit mutatja be.

Sebestyén G.: *Diel* és *Kremer* adatai szerint a lázas exsudatumok előfordulása 16%-ot tesz ki. Ehhez azonban hozzászámitandó az 5%-ban előforduló vérzés és a 3.3%-ban előforduló heveny empyema. Igy az ő eseteikben is a complicatiok 20%-on felüliek. *Diel* és *Kremer* valószínüség szerint igen tág körben indicálnak, mivel minden második pneumotnorax esetnél beavatkoznak. Ezzel szemben más szerzőknél a mütéti esetek százalékszáma alig éri el a 20%-ot a pneumothorax esetek számához arányítva. ,

Közkórházi Orvostársulat október 14-i ülése.

Bemutatások:

Gazdy T.: *Paraldehyd psychosis.* 42 éves férfibeteget mutat be, aki egy vidéki kórnázban alcoholelvonókúra idején paraldehydet kapott altatóul. A kórházból távozta után kizárólag paraldehyd élvezővé vált. Paraldehyd elvonókúrája alatt először teljesen az alcoholos hallucinosishoz hasonló állapot, később typusos schizophrenia fejlődött ki. Az eset tanulságát abban látja, hogy caronikus méregszomjúság esetén meg a legveszélytelenebb altatókkal — a paraldehyddel — is óvatosan kell bánni.

Kluge E.: Strukturalanalytikai szempontból világítja meg *Gazdy* bemutatását s a schizophren reactiók, phasisok es processusok elméleti psychiatriai distinguálásának szükségéről beszél.

Loboda I.: *Atypusosan kezdődő schizophreniák.* G. J. 17 éves tanuló. Érettsegi vizsgálat alatt schizophremiás zavartság tört ki rajta. Orvosok hysteriának diagnostizálják s a napilapok is igy közlik. Az uj Szt. János korház elmeosztályan a schizopnreniás syndromák egész sorozatát produkálja. A beteg 3 éves korában tanul meg beszélni. Nehéz felfogású, de igen szorgalmas. Az érettségit megelőző napokon már nyugtalan, izgatott. Egyik növere a lipótmezei elmegyógyintézet schizophreniás ápoltja volt. Az eset tanulsága az, hogy eltérően a chronikusan kifejlődő schizophreniáktól, a korkép gyakran akut és kifejlődhet izgalmak hatása alatt, amikor könnyen össze lehet téveszteni hysteriával, epilepsiával.

Kluge E.: A neurosis gyüjtőnév alatt ismert esetek csoportjából feltétlenül külön kell választani az oligophreniákon kívül az abortiv pyschosisokat, ami csak akkor lehetséges, ha a schizophrenia syndroma és a hangulatbetegségek psychologiájának ismerete a gyakorló orvosok köztudatába átmegy.

Szilágyi I.: *Hydroa vacciniformis.* 6 éves feltünően sápadt fiút mutat be álarcszerü mimikával, kisfokú exopthalmussal, aki fél éves kora óta bőrbeteg. Minden tavasszal kiújul a baja, nyáron fokozódik és télen gyógyulni látszik. Mindkét arcfelen, homlokán, nyakán, hajasfejbőrén, mindkét csuklón, kézfejeken, valamint a lábszárakon, szóval a ruhával nem fedett testrészeken, acne necroticára vagy méginkább himlőre emlékeztető ragyaszerü hegek mellett, elvétve lencsényi vesiculák és száraz impetiginosus crustákkal borított gócok. A hajasfejbör gócai körül alopetiás zónák. Egyes körmei dystrophiások, valamivel nagyobb máj és lép. Vörhenyes vizeletében haematoporphrin positiv (prof. *Háry*). A vérképben különleges kóros nincs. Tehát a hydroa aestivalisnak a varioliform alakjáról van szó. Az ilyen egyének bőre a chemiai sugarak iránt túlérzékeny és ezen tulérzékenységet a feles mennyiségben képződő haematoporphyrin okozza, ami az ultraibolyasugarak hatására képződik. *Tappeiner* szerint a hyematoporphyrin photodynamikai sensibilisatorként szerepel.

Guszman J.: Az érdekes eset kapcsán analogiaképen még két betegséget említ, melynek tünetei ugyancsak az ultraibolyás sugarak által jönnek nyilvánulásra. Az egyik a *pellagra*, amelyben a bőr sensibilizálását a romlott tengeri lisztben alkalmasint előforduló toxin okozza. A másik betegség a zsenge gyermekkorban kezdődő *xeroderma pigmentosum*, amelyben az ibolyántuli sugarak iránti túlérzékenység a veleszületett, endogen (familiáris, hereditaer) tulajdonságokon alapuló kóros bördebilitásban találja meg a magyarázatát.

Réffy F.: 1. *Lues papulo-pustulosa.* 21 éves hajadon hátán, comajain, nyakán, hajzatos fejbőrén igen számos gombostűfejnyi lencsényi nagyságú részben csoportosan ülő barnásvöros szinü papula észlelhető. A papulák tetején gombostűfejnyi pustula volt, amely azonban legtöbb helyen beszáradt. A papula domborulatán az epidermis egy része leválott s hámlási szegély látszik. A tenyéren és talpon szintén észlelhetők papulák. WaR.: positiv.

Furka S.: A bemutatott esettel kapcsolatban megemliti, hogy egy régebbi kisebb méretü variola járvány alkalmával a Szt. László kórházba szállitottak variola diagnozissal egy cigányasszonyt, kinek magas láza volt, arcán és testén variolához igen hasonló genyes pustulák voltak. Alaposabb vizsgálat után (nemi szervek, WaR.) kiderült, hogy lues.

Brezovsky E.: Ezen betegnél a lueses elváltozások teljesen utánozzák a varicella tünetét, ezért ezt varicellaform syphilidnek is nevezik. Mint ott, ugy itt is apró pustulák és beszáradás folytán pörkök és a közepén behuzódások láthatók. A gyógyulás pedig kis heggel történik, ha ezen elváltozások az arcon is megjelennek, úgy a variolát utánozzák. Döntő lesz az egyéb lueses elváltozások és a positiv Wassermann reactio.

Réffy F.: 2. *Trichophytiasis profunda barbae.* 38 éves férfibetegnél, aki háziállatokkal foglalkozott a szarvasmarhákon is észlelt sömörszerü elváltozást a szakálas területen kisebb-nagyobb, éles határú kerek, lapos, nyomásra csoportos follicularis genyedéssel járó vastag pörkökkel fedett elváltozások, majd kisebb tályogok és pustulák észlelhetők. Gombalelet: positiv. Cutan reactio positiv. Therapia: röntgen. desinficiáló borogatás, trichovaccina.

Pásztay G.: *Onychomycosis trichophytica.* Bemutató foglalkozik a körömelváltozások aetiologiai csoportosításával, majd a gombás körömbetegségekkel általában, azután rátér e bemutatott esetre. A 25 éves férfinek, 3 éve ekzemás a két talpa és kb. ugyanezen idő óta betegek a körmei. Az összes lábbujjkörmök és a jobb kéz II.—IV. ujjának körme dystrophiás, fényét elvesztette, megvastagodott, egynémelyiknél a körömlemez alatt vakolatszerü tömegek vannak. Mindkét talpon dysidrotikus hólyagok és főleg a sarok táján körülirt, mély rhagasokkal tarkitott hyperkeratotikus gócok. A talpon lues kapcsán szoktak fellépni ilyen hyperkeratosisok, ezeket *Fournier* is lueses elváltozásoknak nézte, amig egy véletlen vizsgálat alkalmával *Djellaleddin* megtalálta ezekben is a trichophyton gombát és ezzel bebizonyította a baj gombás természetét. Esetüknél is a gombavizsgálat úgy a körmökből, mint a talpról positiv eredményt adott.

Előadás:

Kamerlór A.: *Az eredeti és a módosított Mátéfy-reactio diagnostikai és prognostikai értékéről.* Röviden ismerteti a vérsejtsülyedés elméletét, majd a vérsejtsülyedés és a fehérje kicsapási reactiok között von párhuzamot. Ez utóbbiak csoportjába tartozik *Mátéfy* mindkét reactiója, amelyek közül az eredeti már régebb idő óta ismert, a módosítottat azonban ezideig még senki sem próbálta ki. Midőn az első reactiók elvégzésére került a sor, kiderült, hogy az eredeti túlságosan labilis, a *Mátéfy* által módosított reactio pedig túlérzéketlen, ezért az előadó újabb módosítást eszközölt. ami abban áll, hogy 1%-os aluminiumsulfat és 1%-os natriumchlorid oldatokat egyenlő mennyiségben összekever és ennek a reagensnek 1.3 cm^3-ét adta 0.2 ccm. activ vérsavóhoz, összekeverés, leolvasás, értékesítés ugyanúgy történik, mint az eredeti, első reactionál. Vizsgálatai során ezt a kétszeresen módosított reactiót alkalmazta, párhúzamosan az eredeti *Mátéfy* reactioval és a controllnak használt vérsejtsülyedéssel. 35 lázas gyermekágyas, 22 difteriás, 12 tonsillitises és 76 tbc.-ben szenvedő betegnél végzett vizsgálatokat, amelyekből kitünt, hogy az eredeti *Mátéfy* reactiónak nem tulajdonítható sem prognosticai, sem diagnosticai jelentőség, legfeljebb a diftéria

és tonsillitis eseteiben, amikor is difteriánál inkább alacsonyabb (1—2 keresztes) tonsillitisnél magasabb (3—4 keresztes) értékek jelentkeztek. Ezzel szemben a kétszeresen módosított reactio határozott okszerüséget mutatott az említett betegségek mindegyikénél. Diftériánál és tonsillitiseknél negativ vagy alacsony értékeket adott, a gyermekágyas és tbc-s betegeknél pedig a klinikai statusnak megfelelő hullámzást mutatta. Diagnosticai és kisebb fokban prognosticai jelentőségén kívül tehát azért is alkalmas az intézeti gyakorlatban való használatra, minthogy egyszerü és bár az eredményei legnagyobbrészt együtt haladnak a vérsejtsülyedés eredményeivel, igen lényeges különbség a kettő között az, hogy a kétszeresen módosított reactio terhesség és meghüléses betegségek által nem befolyásolható.

Torday A.: Az előadással kapcsolatban a vérsejtsülyedési próbának diagnostikai értékét emeli ki az egyes belgyógyászati bántalmakban. Az egyszerü izomcsúz és a gyulladásos ízületi bántalmak megkülönböztetésre jól felhasználható valamint ezen betegség javulásának objektiv megismerésére. A korai rákos folyamat felismerésére nem alkalmas. Icterusnál a sülyedés lassú szokott lenni, egy májrákban szenvedő betegénél gyorsult volt, úgyszintén typhus egy esetében is, holott ott is lassú szokott lenni.

Schächter A.: *A schizophrenia gyógyulásáról.* (Kézirat nem érkezett.)

Az Apponyi Poliklinika Orvosai tudományos társulásának szeptember 30-i ülése.

Bemutatások:

Hatvany M.: *Méhamputatióval gyógyult placenta praevia esete.* 34 éves hétszer szülő nő esetéről számol be, akinél centralis placenta praeviát állapitottak meg. Remélve, hogy a többször szülő nőnél a cervicalis csatorna könnyen tágul, ballont helyeztek be. A ballon megszületése után oly abundáns vérzés lépett fel, hogy a szülönő igen súlyos acut anaemia tüneteit mutatta. Emiatt a gravid uterus supravaginalis amputatióját végezték és a méhürből a gyermeket a méh eltávolitása után vették ki. A magzat, amelynek szivhangjai már előzőleg is rosszak voltak, algid asphysiában volt, felélesztése nem sikerült. A peteür a méh felnyitása után valósággal dögbüzü volt. Kétségtelen, hogy a *Tóth* tanár által ajánlott ezen eljárással további végzetes vérveszteségtől, valamint a hasür fertőződésétől sikerült a beteget megóvni. A gyógyulást hasfali tályog késleltette.

Fekete S.: Az eset szembetünően mutatja, hogy placenta praeviás nőnél a peteür még a szülőszoba asepsise mellett is fertőződhet. A megoldás életmentő volt és hasonló körülmények között az egyetlen szóbajövő eljárás.

Kemény E.: *A praehypophysis hormonjainak hatása.* A hypophysisre vonatkozó ismeretek rövid összefoglalása után a hypophysis elülső lebenyének kivonatát (glanduantin; Richter) kezelt két esetet mutat be. 1. Egy 18 éves fiú, aki 14 éves korában növekedésében megállott,hat hónapi kezelés után 11½ cm-t nött. 2. 21 éves leány, kinek előzőleg rendetlen mensesei és négy hónap óta amenorrheája volt, 14 injectio után rendszeresen menstruált.

Előadás:

Petényi G.: *Az acut poliomyelitis serumkezelése.* Az utóbbi években számos kutató foglalkozott a poliomyelitis serumtherapiájával. Részben állati (kecske, majom, ló) részben reconvalescens, részben normál (felnött ember) savót használtak. A vélemények teljesen egybehangzóak, hogy ló és kecskesavóval semminemü eredményt nem lehet elérni. Experimentalis poliomyelitisen átment majmok savója épp úgy tartalmaz a poliomyelitist neutralizáló anyagot, mint a betegséget kiállott gyermek savója. Ez megfelel annak a nézetnek, amelyet öt év előtt fejtettem ki, hogy a poliomyelitisen minden ember átesik, csak a legtöbbjénél enyhén charakteristikus tünetek nélkül folyik le a betegség, amely után maradandó immunitás marad vissza. Bár a reconvalescens savó kétségtelenül tartalmaz védő anyagokat, therapiás hatás még sem észlelhető, a fellépett bénulások egyáltalán nem befolyásolhatók. Az újabb közlemények szerint a praeparalytikus stadiumban hatásos volna a serum. A praeparalytikus stadium diagnosisának a kriteriumai volnának: acut lázas betegség, meningealis tünetekkel és liquorelváltozások: nagyobb liquornyomás, fehérje s sejtszaporodás. Ezzel szemben hangsulyozni kell, hogy a praeparalytikus stadiumot határozottsággal diagnostásálni nem lehet. A legkülönbözőbb acut infectiosus betegségek, pl. influenza s pneumococcus infectiók ugyanezekkel az általános és liquortünetekkel járhatnak. Ilyen módon tulajdonképen nem praeparalytikus stadiumban levő poliomyelitást kezelnek, hanem egy csomó más acut lázas betegséget is s igy érthető, hogy kedvező statisztikai eredményt lehet elérni. Ettől eltekintve vannak észlelések, hogy a praeparalytikus stadiumban, tehát a „kellő időben!" alkalmazott serum után is kifejlődtek bénulások, sőt halálosan végződő poliomyelitis is. Ajánlották azt is, hogy a reconvalescens — vagy a felnőtt ember savóját prophylaktikusan alkalmazzák. Theoretikusan ez indokolt, tekintve, hogy virust neutralizáló anyagot tartalmaznak. Mivel járvány idején is az embereknek csak igen kis része betegszik meg, a jelenlegi módszerekkel nem lehet bizonyitani, hogy az eljárás helyes volna. Viszont olyan adat, amely ellene szólna, ha prophylaktikusan oltottak is megbetegednének — egyenlőre még nincs.

A szegedi Egyetem Barátai Egyesület orvosi szakosztályának október 15-i ülése.

Bemutatás:

1. **Miskoczy D.:** *Homlokagyi daganatban* szenvedő beteg bemutatása kapcsán különösen felhivja a figyelmet a keresztezetten fellépő frontalis ataxia, mindkét kézen jelentkező utánanyúló és fogóreflex, valamint a nekifeszülés tünetének (Gegenhalten *Kleist*) kórjelző jelentőségére.

2. **Incze Gy. és Martzy I.:** *Személyazonosság megállapitása egy holttesten a fogsor és régi csonttörés alapján.* (Egész terjedelmében megjelenik.)

3. **Treer J.:** *A trachea és gyürüporc lueses megbetegedése.* Külön e célra készitett fémkathetert a tracheotomiás nyiláson keresztül vezetett be a trachea középső ⅓-ban szekelő diffus szüketbe és biztositotta a légzést a 7 mm. átmérőjü nyiláson. A gyürüporc megbetegedése csak posticus bénulást idézett elő.

Előadás:

Treer J.: *Vizsgálatok a Highmore üregen.* 120-nál több röntgenfelvétel segitségével megvizsgálta először azt, hogy 24 egészséges és 37 kóros arcüregnek mekkora az *ürtartalma.* Ennek alapján mondhatjuk azt, hogy nagyobb assimetriát kóros tartalom jelenléte idézte elő, továbbá 4 cm^3-nél kisebb ürtartalom csakis részben kitöltött arcüregnél fordult elő. Továbbá megvizsgálta azt az eddig figyelmen kívül hagyott kérdést, hogy az arcüregnek milyenek a *kiürülési viszonyai.* 30 esetben a jodolaj kiürülését nem akadályozta semmi, 23 esetben azonban a kiürülést az orrpolip akadályozta. Előbbi esetben a kiürülés 13 napnál tovább tartott 25%-ban, a többi esetben 50%-ban. A leghosszabb időtartam 35 nap volt. Vizes kontrasztanyag (uroselectan) 2 óra alatt eltünt.

Az Erzsébet Egyetem Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztályának október 12-i ülése.

Angyán J.: az új ülésszak megnyitása alkalmával üdvözli a szakosztályban első izben megjelent vitéz *Berde Károly* professort.

Bemutatás:

Kellner B.: *Mellékvesevérzés vérhasban.* Fertőző betegségekben elég gyakori szövődmény a mellékvese functiojának kiesésével járó vérzés. Dysenteriában azonban nagyon ritkán észlelték. Egy 5 éves leány, igen súlyos toxikus tünetek között, betegsége második napján dysenteriában meghalt. Igen kifejezett tünetek mutatkoztak a keringési rendszer részéről is, úgy hogy praemortalisan hullafoltokat észleltek. A boncolás alkalmával kiterjedt crouppos dysenteriát talált a vastagbélben, néhány petechiát a tüdőben és kétoldali vérzéses beszürődését a mellékvese állománynak, mely mellett a mellékvesevénák kiterjedt thrombosisa volt jelen. Az intézet dysenteria-anyagának áttekintése alkalmával 111 eset közül még kétszer volt vérzés a mellékvesében, egyik esetben lencsényi kérgi vérzés, a másikban ugyancsak egyoldali, a mellékveseállományát teljesen elroncsoló gyermekökölnyi haematoma. A mellékvesevérzéseket dysenteriánál is számbajövő veszélyes komplikációnak tartja.

2. Daganatokozta bélelzáródás érdekesebb esete. Az ileumon növekvő fibromyoma teleangiectaticum az alatta fekvő ileumkacshoz hozzánött. Ezáltal egy nyilás képződött a daganat és a mesenterium között, amelyen a daganat eredése és tapadása közötti, mintegy félméternyi ileumrész átbújt. Az átbújt bélrészletet a daganat leszorította és a bél meg is

csavarodott, torsio jött létre. Az átbujt bélkacs ezenkívül kétszer meg is csavarodott a mesenterium körül, úgy hogy végeredményben volvulus okozta a teljes bélelzáródást.

Angyán J.: Már a háború előtt foglalkozott mellékvesekiirtásos kísérletekkel. Az utóbbi két év folyamán *Willel* végzett kísérleteivel kimutatta, hogy a mellékvesék kiirtása után a maradék-nitrogen emelkedik a vérben, szövetekben és főkép az izmokban. *Vaquez* ugyancsak maradék-nitrogen emelkedést talált mellékvesekiirtás után, anélkül, hogy a vesék kóros elváltozást tudtak volna kimutatni. A Biedl-iskola vizsgálói *(M. Reiss)* mellékvesekiirtás után egy általuk készített kéregextractummal az állatot életben udták artani.

Előadás:

Follmann J.: *A sejt characterváltozásáról a tumorrá alakulásnál.* A klinikai tapasztalat alapján, főként a tumoros regeneratióval kapcsolatban az a felfogásunk, hogy a tumorsejt keletkezése a szervezet excessiv regeneratiós törekvésének eredménye. Viszont a kórtani és kórbonctani kutatások alapján felállított követelmények: az atypusosság, heterotopicitás, metastasis-képzés és cachexia kifejlesztésére való hajlam alapján a szervezettől független és új képességekkel rendelkező sejtfajtának tekintjük a tumoros sejteket, amelyek bármilyen szövetből fejlődnek is, a tumoros sejtcharacter felvétele által válnak egyformákká. Előadó kétségbevonja a sui generis tumoros sejtcharacter fennállását. A tumorossá válást a differenciált functiók elvesztésére, tehát állandó értékcsökkenésre vezeti vissza. Példaképen felemliti a hámkötőszöveti határ áttörését a hámrákoknál, ahol szerinte a kötőszövetbe nyomuló hámsejtek nem áttörő képességet nyernek, hanem ellenkezőleg elvesztik azon tulajdonságukat, hogy be tudják tartani a physiologiás határokat. Mint ahogy a kormányavesztett gépkocsi sem tudja kihasználni az országút nyújtotta előnyöket, hanem irány nélkül halad, úgy a hámsejt, ha carcinomává alakul, nem képes igénybe venni azokat az előnyöket, amelyeket a hámban tartózkodás az ő részére biztosit s szétszóródik a szövetben.

Entz B.: Az előadó olyan nagy anyagot ölelt fel, hogy ennek csak egyes részleteire lehet reflektálni. Mindenekelőtt megjegyzi, hogy a Virchow-féle daganatbeosztás a daganatok szövettani strukturáján alapul. Ennek következtében a csontszövet különböző előfordulásai közül mindaz, amit az előadó az 1.—5. pont alatt felsorolt teljesen megegyező szövettani szerkezetét és jelentőségét illetőleg. Az ép szövettől az osteomáig fokozatos átmenet van, azonban az osteoma is minden tekintetben teljesen megfelel a normális csontszövet strukturájának. Éppen az osteoma és az osteosarcoma között van egy mély hasadék, amelyet alig lehet áthidalni. Ugyanezt mondhatjuk a többi szövetek typusos és atypusos daganatairól. A csontszövet histogenesise mindenben megegyezik az ép csontszövet histogenesisével és a beosztás, amelyet az előadó felsorolt, kizárólag arra használható fel, mint minden más beosztás is, hogy egymást meg tudjuk értetni. A hozzászóló utal arra, hogy véleménye szerint a homolog és heterolog osteomák elkülönítése, mely Virchowtól származik még ma is fenntartandó, azonban a heterolog osteomák eredete is ugyanolyan, mint a homolog osteomáké. Hogy mikor nevezhető valamely daganat ostesarcomának, az nagy körültekintést igényel. Helyesen állapítja meg az előadó, hogy a kevésbbé differenciált sejtekből álló basalsejtű rák klinice jobb indulatú, mint a differenciált sejtekből álló spinocellularis carcinoma. Erre csak azt kivánja a felszólaló megjegyezni, hogy a basalsejtű rákok minden tekintetben másként viselkednek, mint a többi rákok. A rák kriteriuma, hogy a hám a nyirokutakban nő, amelyekben akadálytalanul továbbnőhet. Hogy ilyen esetben áttétel keletkezik, az egészen természetes. Bármily daganat beburjánzik az erekben, áttételt fog okozni, hisz ez nem más, mint egyszerü sejt-transplantatio. Ha a sejt életfeltételei adva vannak, tovább burjánzik és áttétel alakjában jelenik meg az új szövetcsomó. Egyes esetekben a sejteket a szövetnedvek elpusztítják pl. a deportált syncytiumot. Minthogy azonban bizonyos esetekben mégis megmaradnak a deportált sejtek és belőlük tumor fejlődik, fel kell vennünk, hogy a sejteknek valamilyen sajátsága megváltozik. Hogy ez miben áll, azt megmondani egyelőre nem tudjuk. Sem morphologiai, sem kémiai eljárásaink nem elégségesek a sejtelváltozás kimutatására. Az, hogy a sejt határtalanul tovább burjánzik, nem feltétlenül új tulajdonságok szerzésén alapul. De hogy ennek az átalakulásnak mi a lényege, arról még egyelőre semmit sem tudunk. Helyesen említette az előadó, hogy a regeneratio fokozódásával daganatképződés indulhat meg. Ez a felfogása pl. Sternbergnek és másoknak is az egérrák keletkezését illetőleg. Hogy hol a határ a regeneratio és a daganatos szövetburjánzás között, pontosan meghatározni nem tudjuk. — A felszólaló szerint talán az új szövettenyésztési vizsgálatok fognak felvilágositást adni a daganatképződés mikéntjét illetőleg, s a sejtek ú. n. characterváltozása szempontjából.

vitéz Berde K.: Follmann felfogása egyelőre munkahypothesisnek tekintendő. A legjellegzetesebb benne az, hogy a tumoros sejt karakterváltozását nem új sajátságok felvételének, hanem előzőleg megszerzettek elvesztésének tekinti. Folyamatban levő szövettenyésztési kísérletek lesznek hivatottak e tekintetben bizonyitékokat produkálni.

Follmann J.: Előadó további kutatásai feladatának tekinti úgy a baso-spinocellularis kérdés, mint a tumoros regeneratio tanulmányozását. A tumorkérdés megoldását pedig hozzászólók véleményével egyezően legfőként a biologiai kutatás feladatai közé sorolja.

VEGYES HÍREK

Személyi hirek. A helsinkii „Duodecim" orvosegyesület br. *Korányi Sándor* professort tiszteletbeli tagjává választotta. Amikor ezen kitüntetése alkalmával őszinte gratulátiónkat fejezzük ki, úgy érezzük, hogy kiváló professorunk személyén keresztül a magyar orvostársadalmat is megtisztelés érte s reméljük, hogy ezúttal megtaláljuk azt a módot, melyen keresztül a rokon nemzet orvostársadalmával a közelebbi érintkezés megszaporodik s megerösödik.

A budapesti Kir. Orvosegyesület október hó 31-i ülésének napirendje: Bemutatás. *Bud György:* Asthma bronchiale és a rendes helyen tapadó lepény korai leválása. Előadás. *Dollinger Gyula:* Két félreismert betegség anatómiai lokalizációja és ezen alapuló gyógykezelése. 1. A tévesen Bursitis subacromialis Duplay-nek nevezett vállfájdalom. 2. Térdfájás.

A „Magyar Gyermekorvosok Társaságá"-nak igazgatóválasztmánya a jövő évi nagygyülésre a következő referatumokat tüzte ki: 1. *A vérkezelés értéke a csecsemők betegségeinél* (ref. *Barabás Béla* dr.). 2. *A csecsemőkori sorvadás pathologiája és therapiája* (ref. *Péteri Ignácz* dr.). 3. *A Heine—Medin-kór pathologiája és therapiája* (ref. *Bókay Zoltán* dr.). 4. *A diphtheria prophylaxisának és therapiájának irányelvei:* a) *a prophylaxis és a specificus therapia* (ref. *Szirmai Frigyes* dr.). b) *A diphtheriás intoxicatio következményeinek korai kórismézése és nemspecificus kezelése* (ref. *Kiss Pál* dr.).

Heim Pál professzor síremlékét a fővárosi és vidéki orvostársadalom nagy részvéte mellett, kegyeletes ünnepség keretében leplezték le f. hó 23-án a kerepesi-úti temetőben.

Dacára a zuhogó esőnek nagyszámú közönség jelent meg, köztük a budapesti és vidéki egyetemek, a főváros és különböző szövetségek képviselői, hogy ezúttal is adózzanak a nagynevü professzor emlékének.

Az ünnepi beszédet *Csilléry András* mondotta, méltatva az elhunyt nagy érdemeit, melyet több évtizedes munkája révén a gyermekgyógyászat terén kifejtett. Beszéde közben lehullott a lepel az impozáns síremlékről, mely *Vastagh György* művészi alkotása.

Az emlékművet *Lieber Endre* kegyeletes szavak kíséretében vette át.

Tóth István professor a Stefánia Szövetség és Orvosegyesület nevében megható beszédben emlékezett meg egykori tanártársáról s fogadalmat tett, hogy a Stefánia Szövetség a jövőben is az ő szellemében fog működni, amelynek élő dokumentuma a „Heim növérek" müködése, kiknek megszervezése az ő nevéhez füződik. *Szabó József* professor a budapesti orvosi fakultás, *Hainiss Elemér* professor a Gyermekorvosok Társasága, *Entz Béla* professor a pécsi Egyetem, *Duzár József* professor a pécsi gyermekklinika, *Kramár Jenő* professor a szegedi Egyetem nevében mondottak beszédet s helyezték el koszorújukat a nagy halott síremlékén

Berlinben újabb kórházak bezárását határozták el. Jelenleg a Reinickendorfi 284 ágyas kórházra került a sor. Berlinben 16.000 betegágy felett rendelkeznek a kórházak, melyek közül októberben 1757 üresen állott. Ugyszintén Münchenben is elhatározták egy 900 ágyas kórház bezárását, melyel kapcsolatban a város 800.000 márkát takarít meg.

Irakban a cholera járvány dacára a legszigorúbb intézkedéseknek is tovább terjed. A török kormány ennek következtében lezáratta Irak egész környékét s az ide irányuló közlekedést beszüntette.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetemen, 1931. évi október hó 24-én: *Kele Sándor, Kemény István Lajos, Martinás István, Merényi István, Sárkány Imre Dezső Vilmos, Schlamadinger Emil György, Schréder Elemér, Szikszay Kálmán Sándor* és *Szinger József.* Üdvözöljük az új Kartársakat!

Orvosi közleményekhez, valamint könyvekhez, ábrák rajzolását, illetve megfestését, jutányos áron vállalja, ez irányban már több év óta gyakorlattal biró orvos. Cím a kiadóban.

Budapest székesfőváros közegészségügyi állapota

1931. év október első felében.

Hasi hagymáz	70	10	Gyermekágyi láz	—	4
Küteges „	—	—	Bárányhimlő	69	2
Hólyagos (ál-) himlő	—	—	Járv. fültőmirigylob	20	—
Kanyaró	100	2	Vérhas	23	7
Vörheny	248	—	Járv. agygerincagyhártyalob	—	—
Szamárhurut	56	13	Trachoma	28	—
Roncsoló torok és gégelob	136	8	Pediculosis capitis	2	—
Influenza	2	—	Lépfene	—	—
Ázsiai kolera	—	—	Paralysis infant.	29	1

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

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

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

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel való rendelésnél a portóköltséget is felszámítjuk.

Magyarország fürdőinek, ásványvizeinek, üdülőhelyeinek ismertetése megjelent. Kapható a kiadóhivatalban átvéve 50 fillérért, postán küldve 65 fillérért, melyet postabélyegben is elfogadunk.

A szerkesztő fogadóóráját *kedden és pénteken 12—1-ig tartja.*

A KIADASERT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Lapunk mai számában dr. Egger Leó és Egger I. gyógyszervegyészeti gyár Budapest, *Eggoplast*-ról szóló prospektusát mellékeltük.

Jelen számunkhoz dr. Rosenberg Sándor gyógyszerészeti laboratoriuma Budapest, *Tinctura ferri Athenstaedt arsenicosa*-ról szóló prospektusát csatoltuk.

26,000 lakósú városban hét év óta **jól bevezetett rendelő** igen kedvezményes feltételekkel **átvehető.** Cim: Petőfi Irod. Váll. Budapest, VII., Kertész-u. 16.

DR. JUSTUS bőrgyógyító és kozmetikai intézete
kórházi főorvos
BUDAPEST IX., ÜLLŐI ÚT 1
Telefon: Aut. 846—37.

AUTÓ BÉRBEADÓ 5 HÓRA, ELADÓ OLCSÓN.
Csukott 4 üléses, 6 hengeres, elegáns.
Cim: Háztulajdonos, VI., Molnár-u. 10.
Telefon: 861—55.

Frappáns hatású magyar kénezüst készitmény
SULFARGAN Antigonorrhoicum
Díjtalan mintát és irodalmat küld: WESSELÉNYI GYÓGYSZERTÁR LABORATÓRIUMA
BUDAPEST, VII., WESSELÉNYI UTCA 30. SZÁM. TELEFON: 42—5—76.

TRANSPULMIN -CHINOIN
az *őszi időjárást* nyomon kisérő
meghüléses légútbetegségek
specifikuma!

DEVITOL -CHINOIN
besugárzott ergosterin
erélyes és biztos hatásu
antirachiticum
klinikai egységekre beállítva!

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

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. rk. tanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos

Körömbetegségek a szervezet általános megbetegedéseiben.

A körmök, mint typusos szarúképletek elég sűrűn változnak meg és térnek el a rendes formától. Persze nem minden körömelváltozás tekinthető valódi betegségnek s így gyakran csupán anomáliáról szólhatunk. A különböző körömelváltozások lehetnek *szerzettek és veleszületettek*. A szerzettek visszavezethetők olykor traumára, máskor önálló körömbetegségekre, avagy oly bőrbetegségekre, melyek kapcsán a köröm is szenved elváltozást. Vannak végül a szervezetnek oly *általános betegségei*, melyekben, mint egyik részjelenség, a *körmön* is mutatkozhat elváltozás. E helyütt csak az utóbbi csoportról essék szó, mert a gyakorlat szempontjából nyilván bizonyos érdeklődésre tarthat igényt az a törekvésünk, hogy általános betegségeknek a körmökön mutatkozó külső nyilvánulásait ismertessük.

Vannak persze betegségek, melyek gyakrabban és súlyosabban szokták a körmöket megtámadni s viszont olyanok, amelyek kapcsán az elváltozások nem nagyobb jelentőségűek. Vegyük előbb sorra az első fontosabb csoportot. Itt elsősorban ki kell ragadnom a *syphilisnek* a körmökön nyilvánuló hatását.

A *primaer syphilis* sajnos nem ritkán a köröm körül, elsősorban a körömsáncon kerül észlelésre. Apró sérülések e helyen fölötte gyakran fordulnak elő s így könnyen érthető, hogy főként orvosok, bábák fertőzhetik magukat. A köröm körüli sanker nagyban ugyanolyan, mint bárhol másutt, de nem egyszer a panaritum jellegét ölti magára. Sajátságos, hogy körömkörüli primaeraffectiónak banális panaritummal való összetévesztése aránylag gyakran még akkor is előfordul, ha az extragenitalis syphilises sanker magának az orvosnak az ujján van. Itt az önámítás is szokott közreműködni. Saját gyakorlatomban ezt a feltünő tévedést már több collegámon tapasztalhattam. Legyünk tehát résen s minden rosszúl gyógyuló erosiós, fekélyes körömkörüli laesiót fogadjunk bizonyos gyanúval s vizsgáljunk korán spirochaetákra. A regionaris nyirokcsomók indolens induratiója már korán hívja fel reá a figyelmet. A *secundaer lues papulái* különböző formában jelentkezhetnek a szerint, hogy a matrixban, avagy a körömágyban fejlődnek ki. Nem gyakoriak. Ha a matrixban ül a papula, akkor az a körömlemez elváltozását vonja maga után. Ezzel szemben a körömágyban ülő isolált papula a csaknem ép körmön keresztül úgy mutatkozik, mintha egy lencsényi vörös-barnás képletet tejüvegen át néznénk. Az *onychia sicca syphil.* ritka bántalom, azért csak röviden annyit, hogy e bajt a körömlemeznek száraz, homályos, törékeny, rovátkás, lukacsos volta jellemzi; olyan mint a régi spanyolnádnak keresztmetszete. *(E. Kohn).* Nem korai tünet. Igen fontos az aránylag gyakori a körömkörüli fekélyesedés *(syphilonychia ulcerosa)*. A betegség rendesen a körömsáncon kezdődik pír, erős beszűrődés alakjában és fájdalom kíséretében. A hám alatt savó, majd geny gyűlik össze, később a sáncnak megfelelően patkóalakban szétesés, fekélyesedés áll elő, mely a matrixra és a körömágyra terjed. Ilyenkor a köröm alatt geny gyűlik össze. A fekélyesedés a körömpercen továbbterjedhet s ha a köröm leválik, az ágy a környezetével együtt közös bűzös, véres fekélyt tár elénk.

Az ilyen köröm és körömkörüli syphilises bántalmat nem egyszer hosszasabban banális paronychiának nézik, ami azért is káros, mert a syphilises paronychák specifikus kezelésre gyorsan megállíthatók s korai felismerés esetén a köröm végleges eltorzulása lényegtelen lehet. A *congenitalis syphilis* nagyban hasonló elváltozásokat okozhat a körmön, mint a szerzett lues. A syphilises elváltozások, főként az ulcerosus paronychiák aránylag igen korán és egyszerre több, sőt valamennyi ujjvéget támadhatják meg.

A ritkább egyéb, pl. gummás körömkörüli bántalmakra itt nem térek ki, csak megemlítem, hogy a késői időben a körömkörüli ujjrészeken egészen torpid, némileg serpiginosusan elrendezett száraz, berepedezett papulákkal találkozunk, amelyek nyomán a köröm elhomályosul, szárazzá, törékennyé válik. A folyamat lassú, torpid, igazi kellemetlenséget nem okoz, legfeljebb akkor, ha e papulák az ujjak egyéb részein is elszaporodnak.

A nemibajok közül csak még az *ulcus molle* körömkörüli localisatiójának szentelek néhány sort, noha voltaképen ez a betegség — mint nem általános bántalom — ide sem tartozik. A betegek ujjain levő apró körömsáncberepedések az ugyanakkor a nemi részeken ülő ulcus molleval való babrálás útján fertőződnek (tehát legtöbbször autoinoculatio), amikor többé-kevésbbé typusos lágy fekély fejlődik ki (kirágott, alávájt szélű, genyedő fekély.)

Súlyosabb, sőt legsúlyosabb körömelváltozások észlelhetők a *lepra* folyamán, főként annak anaesthesiás formájánál, ahol a mutiláló hajlam és a súlyos trophikus zavarok a körmökre erősen hatnak. Szerencsére azonban nálunk az egész kérdés nem bír gyakorlati fontossággal.

Van még számos általános betegség, mely a körmök kóros elváltozásait vonhatja maga után, bár rendszerint nem oly súlyos alakban, mint pl. a syphilis vagy a lepra. A legfontosabbak e csoportban kétségtelenül a *tuberculosis* által létesített vagy azzal kapcsolatos körömelváltozások. Már ősidők óta ismerik a hosszasan elhúzódó tüdőgümősödés (phthisis pulm.) folyamán észlelhető azt a körömelváltozást, melyet sokáig diagnostikus, sőt prognostikus jelentőséggel ruháztunk fel. Az ú. n. *hippokratesi körömgörbületről* van szó. (Óraüvegszerű köröm). A körömnek a tenyérnyi felszín felé hajlása rendszerint a köröm megvastagodásával s megnagyobbodásával is jár együtt. A folyamat kétségtelenül peripheriás pangásnak és keringési zavaroknak eredménye, mely alkalommal a körömágy s a matrix savósan és pangásosan megduzzadt. Ilyenkor a körömlunula is szokott hiányozni. Ezek a *dobverőujjkörmök*, sok tekintetben hasonlók, sőt közel állnak azokhoz, melyek akromegalia folyamán észlelhetők. Az utóbbi időben egy rendkívüli erősen kifejezett dobverőujj és velejáró hypokratesi köröm-esetet észleltem egy gyermeken, akinek súlyos keringési zavarai voltak. (Foramen ovale persist).

A *lupus vulgarisnak* főként verrucás alakja az ujjak körömpercén súlyos elváltozásokat okozhat, amennyiben a szemölcsös burjánzások a körömsáncról a körömágyra kúszhatnak s a körömlemezt leemelhetik. Ugyanakkor a köröm képzésében — mutilatiós változásoktól eltekintve — s főként alakjában lényeges elváltozást szenvedhet. Sárga, ásószerű alakot ölthet, megvastagodhat s homályos alaktalan tömeggé változhat. De kifejezett *onychogryphosis* is jöhet létre ilyen *lupusos paronychia* kapcsán.

A *diabetes mellitus* nyomán a körmök nem egyszer megváltoznak, de egészben véve nem gyakran és csakis súlyosabb esetekben. Előfordulnak *harántbarázdák* (ú. n.

Beau-féle barázdák), de találkozunk néha a körömlemeznek *hosszanti* barázdáltságával is. Súlyosabb diabetes folyamán egy vagy több körömlemeznek száraz, teljes leválását is észlelték, amit a legtöbb szerző diabeteses neuritissel hoz kapcsolatba. Vannak a diabetes folyamán másodlagosan kifejlődött körömelváltozások is, amikor a diabeteses talajon *panaritiumok, sőt gangraenák* jönnek létre. E folyamatok különböző foka és kimenetele szerint a végleges körömabnormitások is fölötte változók lesznek.

A különböző *izom-* és főként *ízületi rheumatismusok* kapcsán többször fordulnak elő körömelváltozások. Időnkinti lázas föllobbanások után létrejöhetnek a *Beau-f.* haránbarázdák, ami persze nem jellemző tünet, hiszen az bármely más szervezeti zavar nyomán is előállhat. Részemről a legsúlyosabb körömelváltozásokat az *arthritis chron. deformans* kapcsán észleltem. Itt részben több cm. hosszú, sárga, homályos, megvastagodott karomszerű körmöket láttam, részben pedig kosszarvszerűen csavart, csak csontollóval eltávolítható, valóságos *onychogryphosisos körmöt.* Az egyik betegemen, aki jelenleg is osztályomon fekszik, a legsúlyosabb deformáló arthritis inveterált psoriasissal szövődött, mely utóbbi bántalom ugyancsak hozzájárult az efféle körömaffectio súlyosbodásához. Persze a súlyos deformáló arthritisek esetén a körmök eltorzulása bizonyos fokig a körömtoilette teljes elmaradásából is származhat.

Még számos általános, az egész szervezet működésére kiható betegség van, melyek kisebb-nagyobb körömelváltozásokkal járnak, de elég, ha még csak az *endokrin mirigyek,* elsősorban a *pajzsmirigy* megbetegedéseivel, továbbá az *Addison*-korral kapcsolatban, esetlegesen mutatkozó körömzavarokra utalok. Csakis utalok, mert az adatok nem egységesek, nem is bőségesek, a tünetek pedig általában nem jellemzők. Leginkább *Basedow* nyomán tudunk körömeltérésekről, amennyiben a köröm hosszanti rovátkákat kap s törékennyé válik. Hogy hyperthyreosis folyamán a körömeltérések fölötte gyakoriak volnának, mint azt egyesek állítják, éppen nem mondható. Hypothyreoidismus kapcsán úgy látszik a körmök semmi lényeges elváltozást nem mutatnak, legalább is *Heller* 178 súlyos idiótán lényegesebb zavarokat nem talált. Az *Addison*-kórra csak egyetlen körömtünet igazán jellemző s ez a körömlemeznek csillogó fehérsége. Minél intensivebb a bőr pigmentatiója (s a matrixé) és nagyobb a beteg szegénynyérűsége, annál jobban tünik fel ez a jelenség.

Természetes, hogy még sok más bántalom kapcsán is jelentkezhetnek körömelváltozások, de felesleges folytatnom, elég, hogy rövid áttekintést nyújtottunk az általános betegségek folyamán észlelhető körömbántalmakról s így a figyelmet az orvostudománynak eme kissé elhanyagolt területére reáirányítottuk.

Guszman József dr., egyet. c. rk. tanár.

Az insulin érzékenység.

Az insulin érzékenység fogalmát *Ernszt Zoltánnal* végzett kísérleteimben állapítottam meg 1927-ben. Lényege annak megvizsgálása, hogy bizonyos mennyiségű ($^1/_{15}$ egység) intravénásan adott insulinra milyen vércukor eséssel reagál a szervezet. Az i. é. éppen úgy jellemző vonása valamely szervezet endokrin adottságának mint pl. az adrenalin érzékenység. Elvileg nagy jelentőségű volt pl. annak megállapítása, hogy a Basedow-kórban és hyperthyreosisban szenvedő betegek nagyrésze fokozottan reagál az intravénásan bejuttatott insulinra. De gyakorlati szempontból is jelentősége van az insulin érzékenység meghatározásának, különösen a különböző diabetes esetek pathogenetikai analysisénél. Megállapítható volt pl. hogy a pankreas diabetesben szenvedő egyének i. é.-e általában fokozott és a vércukor esés görbéje a normális görbéktől jelentékenyen eltér. Az extrainsuláris diabetesben szenvedő egyének i. é.-e annyiban tér el az előző fajtától, hogy a vércukor esés jóval csekélyebb, azonban a görbe formája hasonló. Kitűnően használható az i. é. vizsgálata a vese diabetesek elkülönítő felismerésére. A renális diabetesben szenvedő egyének i. é.-e teljesen analog a diabetes mellitusban nem szenvedő normális egyének i. é.-vel tehát kétes esetben e vizsgálati módnak döntő jelentősége lehet.

Az i. é. meghatározásának fenti módszerét az insulin készítmények megbízhatóságának ellenőrzésére is felhasználhatjuk. Az eljárás tulajdonképpen analog avval, melyet az insulin készítmények titrálásánál a biologiai eljárás során alkalmaznak. A 16 órán át éhező egyének insulin érzékenységét meghatározzuk és pedig a standard insulinkészítmény felhasználásával. Másik napon a kérdéses insulinból adni ugyanolyan mennyiséget ugyanazoknak az egyéneknek. Ha a kérdéses insulin alkalmazására ugyanolyan vagy megközelítően ugyanolyan vércukor esés mutatkozik, mint a standard insulin alkalmazásánál, úgy a kérdéses insulint klinikailag megbízhatónak tekinthetjük. A magyar insulin készítmények ellenőrzése tudvalevően úgy történik, hogy a biologiai ellenőrzést az Országos Közegészségügyi Intézet végzi nyúlkísérletek alapján. A biologiailag megfelelőnek talált készítményeket az Országos Társadalombiztosító Intézet Betegségmegállapító Állomása a fenti módszer szerint klinikailag is megvizsgálja. Utóbbi helyen természetesen arra vonatkozólag is megfigyeltetnek a készítmények, vajjon nem jár-e alkalmazásuk nem kívánatos reactióval.

Insulin érzékenység alatt a gyakorlatban sokszor azt is szokás érteni, hogy az insulin készítmények helyileg vagy általánosságban nem okoznak-e valamely mellékes reactiót. A mai insulin készítmények már annyira tiszták, hogy fehérjenemű anyagokat alig tartalmaznak. Éppen ezért lokális vagy általános anaphylaxiás jelenségeket ritkán látunk. Egyes esetekben azonban előfordulhatnak. Ilyen esetekben Schill eljárását követhetjük, hogy t. i. igen csekély mennyiségű intracutan alkalmazott insulin mennyiségekkel iparkodjunk a szervezet desensibilizálását elérni. Az anaphylaxiás tünetekkel reagáló esetekben annak is jelentősége lehet, hogy bizonyos insulin készítmények más állatfajtából származnak. Tudvalevő, hogy a legtöbb insulin készítmény marhapankreasból készül, míg Lilly insulinját disznó-pankreasból készítik.

Csépai Károly dr., egyetemi magántanár.

A Heine-Medin korai felismerése és kezelése.

Egyike a legkellemetlenebb meglepetéseknek, mely a gyakorló orvost praxisában érheti, az, ha acut lázas betegénél influenzát vagy bélinfectiót állapít meg és egy rövidesen beállott bénulás rácáfol a diagnozis helyes voltára. Sajnos olyan biztos kórjelző tünetekre, amelyekből a Heine—Medin kórt még a bénulás előtt biztonsággal meg tudnók állapítani nem támaszkodhatunk. Vannak azonban mégis olyan jelenségek, melyek arra utalnak, hogy — főleg járványos periodusban — poliomyelitisre gondolhatunk. Ha egy frissen lázas gyermeknél nagyfokú hyperaesthesiát találunk, ha a beteg végtagjai, gerince úgy activ, mint passiv mozgatásra szerfölött érzékenyek, esetleg tarkója kissé merev, ha emellett a betegnél nagyfokú izzadás van (salicyl nélkül is!) esetleg nyálfolyás,

úgy legalább is ne feledkezzünk meg a Heine—Medinről. Influenzánál érintésre, nyomásra nem észleljük ezt a nagyfokú hyperaesthesiát és polyarthritisnél is a fájdalmak inkább az izületekre lokalizálódnak, melyek ilyenkor melegebb tapintatúak, míg a Heine—Medinnél a fájdalmak az izmok tapintásánál, nyomkodásánál is kifejezettek és a végtagok általában hűvösebbek. A Heine—Medinnél az izületek már a kifejezett bénulások előtt is némileg lazábbak, a lazaságot csak a mozgatással kiváltott fájdalom szokta látszólag ellensúlyozni, míg polyarthritisnél épen az izületek merevek. Ezen tünetek legalább figyelmeztetni fognak egy esetleges Heine—Medin kór lehetőségére.

Ami a kezelést illeti, azt a következőkben foglalhatjuk össze. A friss lázas szakban súlyt helyezünk absolut ágynyugalomra. A láz ellen antipyreticum adandó, a nyugtalanságot, fájdalmat urethannal enyhítjük, a fájdalmas, hűvös végtagokra száraz meleget alkalmazunk, a fejre — különösen agyizgalom esetén hűvös borításokat rendelünk. Systemás lumbalpunctio főleg bő liquor esetén csakis üdvös lehet. Általánosan elterjedt és dícsért szer az urotropin, mint a szervezetet fertőtlenítő szer. Fontos, hogy már nagyon korán ügyeljünk a contracturák elkerülésére, amit legjobban symmetrikus lapos fektetéssel érünk el, szükség esetén a csípőket kissé felpolcoljuk, a térdeket homokzsákokkal megterheljük, a lábfejet derékszögben rögzítjük. Amint a nagy hyperaesthesia enged, kezdetben enyhe, de rendszeres massage, activ és passiv mozgatás, diathermia (egyesek már a legacutabb szakban alkalmazzák), meleg fürdők (korpa, szénapolyva), villamos kezelés van soron. *Bordier* már az acut szakban ajánlja a gerincoszlop mély röntgen besugárzását. Az acut szaknak tüneti kezelése mellett újabban mindinkább előtérbe lép a serumkezelés és pedig leghatásosabbnak tartják általában a reconvalescens Heine—Medin betegek serumával való oltást. Ezen serumnak elsősorban a praeparalytikus stadiumban való alkalmazását dícsérik és alkalmasnak tartják a bénulások megátlására, de hasznos lehet még a bénulásos szakban is, annak korai stádiumában. Minthogy ilyen serum főleg csak Heine—Medin osztállyal rendelkező kórházban nyerhető s ott is csak korlátolt mennyiségben, szükség esetén olyan egyén vérséruma is felhasználható, aki valamikor régebben állotta ki a poliomyelitist, vagy ennek hianyában szóba jöhet olyan egyének seruma, akik valamikor Heine—Medin beteg környezetében tartózkodtak, de maguk „klinice" nem estek át a betegségen. Ha ilyen sem akad, akkor — egyes szerzők ajánlata szerint — a beteg egészséges hozzátartozójának, elsősorban szüleinek vére használható fel, azon megokolással, hogy normalis egyének seruma is nagy százalékban virulicid anyagot tartalmaz. *Moro* még prophylaktikus célból is ajánlja veszélyeztetett endemiás helyeken ezt az eljárást és pedig 20 cm^3 friss szülői vér intramuscularis befecskendezését.

Ezen emberi serum, illetve vér alkalmazása mellett több szerző dícséri a párizsi Pasteur-intézetben *Pettit* prof. által készített állati serumot az ú. n. Sap-ot (serum anti poliomyel). Ennek alkalmazása is elsősorban az acut szak elején — legkésőbb az első tíz napon javalt. Enyhébb esetekben nitramuscularisan, súlyosabb esetekben intralumbalisan is alkalmazzák. Adagja 10—40 cm. pro dos., összesen 150—200—300[3]. Ezen serumból *Hainiss* prof. is kapott kísérleti anyagot, hogy alkalmas esetben intézetünk kipróbálja.

Meg kell emlékezni még, hogy le vannak írva saját vérrel és autolikuorral kezelt esetek utóbbiaknál adrenalinnal combinálták a kezelést. Mindezen felsorolt gyógyítóeljárásnak igazságos kritikáját nagyon megnehezíti azon jól ismert körülmény, hogy szerencsére nem egy súlyosnak induló Heine—Medin eset a fentebb leírt tüneti kezelés mellett avagy spontán is szinte várakozáson felüli javulást mutatott.

Vas J. Jenő dr., a Stefánia gyermekkórház főorvosa.

Az ischias és az ischiasszerű fájdalmak a differenciális diagnosztika szempontjából.

Az ischias megállapításának helyes volta mind a terápia, mind pedig a beteg további sorsa szempontjából elsőrendű fontossággal bír. Kevés olyan kórkép van a pathologiában, ahol a határozott diagnozis szempontjából a minden részletre kiterjedő pontos vizsgálat valamint aprólékos eltéréseknek a gondos mérlegelése annyi körültekintést tenne kívánatossá, mint amennyire az az ischias és az ischiashoz hasonló betegségek esetében szükséges. Mindamellett a pontos vizsgálathoz szokott szakorvosnak, de a kellő kritikával rendelkező gyakorló orvosnak is, az ischias diagnózisa — ha el nem sieti azt — csak igen ritkán okozhat leküzdhetetlen nehézséget.

A genuin ischias tulajdonképen jól körülhatárolt klasszikus kórkép, mindazonáltal más folyamatokhoz hasonlóan itt is hiányzik nem egyszer a megszokott tünetek egyike vagy egynéhánya, másrészt pedig szokatlan jelenségek is szuperponálódhatnak a megszokott kórkép tetejébe.

Az egyszerű neuralgiaszerű esetek mellett gyakoriak, tapasztalásom szerint gyakoribbak is, a neuritises tünetekkel járók. Ismeretes dolog, az is, hogy a folyamatban magán az ülőidegen kívül gyakran résztvesz a n. ischiadicus gyökereivel szomszédos lumbosacralis gyökök területe is. A diagnózisnak időnkint nehezebb voltához hozzájárul még az is, hogy a genuin ischias kórképét is nyilván több különböző ártalom válthatja ki, s a betegség még teljesen azonos tünetcsoport mellett se mindig egyforma keletkezésű, lefolyású és prognózisú. Hirtelen kezdődő igen súlyosnak tetsző s emellett viszonylag gyorsan lefolyó esetek mellett lappangva jelentkező, csak kevés panaszt okozó és krónikusan lefolyó igen makacs esetek is előfordulnak.

A helyes diagnózis lényege mégis *az ischiasszerű, illetve ischiast utánzó fájdalom* tehát az alsó végtagban jelentkező más eredetű kisúgárzó *fájás okának, valamint az ú. n. secundaer ischiasnak a felismerése, illetőleg kizárása.*

Az ú. n. *ischiasszerű fájdalmak*nak, melyeket egyébként minden szakmunka bőven tárgyal, gyakorlott orvos részére nem is szabad differenciális diagnosztikai nehézséget okozniok. Éppen ezért ezekre nem is terjeszkedem itt ki részletesebben, csak hangsúlyozom, hogy sem a *csípőízület megbetegedései, sem a tábes, sem a lúdtalp* vagy az *alsó végtag viszeres tágulatai* okozta fájdalom, sem dysbasiás panaszokat okozó *perifériás arteriosclerosis* vagy az *aranyeres csomókkal* járó kisugárzó fájás gondos vizsgálat mellett *nem téveszthető össze az ischiasszal.* A felsorolt betegségek az *ischiashoz hasonló végtagfájdalmat okozhatnak ugyan, gyakran okoznak is, de nem okoznak ischiast* (a nagyfokú lúdtalp egyesek szerint elősegítheti valódi ischias kifejlődését is), önmagukban nem válthatják ki annak jellemző kórképét, noha természetesen olykor együttesen is előfordul az ischias és az említett bántalmak valamelyike.

Nem szabad diagnosztikai nehézséget okozni azonban az ú. n. *secundaer, illetve tüneti ischiasnak* sem, ha azt olyan baj váltja ki (pl. az ischiadicust komprimáló genitális tumor, medencedaganat, diabetes stb.), amely az arra utaló panaszok és az általa kiváltott objektív eltérések révén könnyen felismerhető.

Valódi és sokszor csakugyan igen nagy nehézségbe a diagnózis akkor ütközik, ha olyan beteggel állunk szemben, akin megtaláljuk a klasszikus ischias tüneteit vagy ahhoz sok tekintetben hasonló tünetcsoportot és valami oknál fogva nem tudjuk kizárni azoknak a betegségeknek valamelyikét, amelyek tapasztalás szerint befolyásuk bizonyos időszakában ilyen tüneteket okoznak olykor anélkül is, hogy maga az alapbaj könnyen fölismerhető más tünetek révén elárulná magát. Másodlagos ischiások tehát ezek is, amelyeket néha alig lehet vagy egy ideig nem is lehet megkülönböztetni az elsődleges, genuin ischiastól. Ezek a bántalmak tapasztalásom szerint a következők:

1. *az ágyéki csigolyáknak és a keresztcsontnak kezdődő elsődleges megbetegedései* (spondylitis tbc. tumor), de leggyakrabban *daganatos áttételek* ugyanitt. Kizárásukra és kellő időben való felismerésükre olykor a kiegészítő vizsgálatok egész sorára van szükség (röntgenfölvétel, lumbálpunkció, vérkép, vérsejtsülyedés stb.), de ne feledjük sose az emlők, végbél, prostata, hasi szervek figyelmes vizsgálatát és az előzményi adatok (régebbi műtét!) pontos kikérdezését sem.

2. *Az ágyéki gerincvelő, a cauda equina és a lumbosacralis burkok betegségei.* Kiváltképen kezdődő caudadaganat, lueses folyamatok, a caudagyökök területén aránylag gyakori ismeretlen aetiologiájú gyuladásos természetű betegségek azok, melyek néha kétoldali, de gyakran csak féloldali ischias jellegzetes tüneteit okozhatják a megbetegedés bizonyos időszakában. Ha gondolunk rájuk, olykor nem nehéz kizárnunk őket az idegrendszer és a liquor gondos vizsgálata révén (különösen fontos a pontos érzésvizsgálat és a reflexek összehasonlító vizsgálása), kétségtelen azonban, hogy néha még így se lehet megállapítani a biztos kórjelzést s csak a folyamatnak hosszabb időn át történő figyelemmel kísérése és újabb meg újabb átvizsgálás után fogjuk a gyanúba vett betegséget fölismerni vagy kizárni. Emlékszem olyan caudadaganatos betegre, akinek időnkint kiújuló vagy exacerbáló ischiasa volt éveken át a lassan haladó betegség egyetlen tünete, akit már húsz esztendővel a sikeres műtét előtt ischiás ellen kezeltek. Hasonló esetben elsőrendű fontosságú a liquorvizsgálat, amely p. o. lueses meningitist deríthet ki, mint a baj okát, de más természetű elváltozás fölismerését, illetőleg kizárását is elősegítheti. A *Herzog* professzor vezetése alatt álló I. sz. belklinikán 50-nél több jellegzetes genuin ischias egyetlen esetében se találtunk számottevő liquorelváltozásokat.

3. Ischiasszerű fájdalmakat, de két- vagy féloldali ischias minden tünetét is kiválthatják tapasztalatom szerint az *ágyéki gerincoszlop ízületeinek a betegségei* és pedig mind a fiatalkorban is előforduló, olykor más ízületek egyidejű megbetegedésével is járó spondylarthritis mind pedig az öregkori osteoarthropathia deformans. Ez a tény aránylag kevéssé ismert; olasz szerzők *(Ricca Banchieri)* említik először, hogy ischiasnak tartott eseteik egy részében az ágyéki csigolyák ízületeinek egyidejű megbetegedésére utaló röntgenelváltozások voltak észlelhetők; magam részletesen ismertettem néhány ilyen természetű kifejezett esetet, ahol az ischiasszerű tüneteket másodlagosaknak kellett tartanom. A folyamat az ischiasszerű fájdalmakon kívül fél- vagy kétoldali Lasègue-tünettel, tartós skoliózissal, jellegzetes testtartással járhat, sőt a gerinccsatornából kilépő idegek irritálása révén még érzészavart, féloldali Achilles-reflexhiányt is okozhat. Nem észleltem jellemző nyomási pontokat, féloldali izomatrophiát. A megkülönböztetés olykor, kivált kezdődő esetben, nehéz lehet; az ízületi aetiologia fölismerését elősegíthetik a több irányból fölvett röntgenképek, melyek a csigolyák testén és azok ízületein kisebb-nagyobb elváltozásokat tüntethetnek föl, valamint az, hogy mind az ágyéki izomzat, mind pedig az ágyékcsigolyák spontán és nyomási érzékenysége olykor igen kifejezett, kifejezettebb, mint az egyszerű ischias legtöbb esetében. A végtagízületek egyidejű vagy régebben lezajlott megbetegedései is jó szolgálatot tehetnek az aetiologia megállapításában.

Pár szót még a kétoldali genuin ischiasról. Előfordulását megbízható szerzők állítása kétségtelenné teszi, nyilván igen ritka azonban, én sosem észleltem. A másodlagos ischias viszont az esetek többségében kétoldali s előfordulhat a felsorolt csigolya- és idegbetegségek mindegyikében. Emellett aranylag gyakori szövődménye a cukorbetegségnek; diabetesre mindig kell gondolni tipusos és nem tipusos ischias esetén egyaránt.

Pákozdy Károly dr. egyet. magántanár.

A mola terhesség diagnosisa és kezelése.

Mola terhességről akkor beszélünk, ha a megtermékenyített pete chorion bolyhai elfajulnak. Az elfajulás lehet jó és rosszindulatú. Az előbbit molának, az utóbbit chorioepitheliomának nevezzük. Nem egyszer lesz a jóindulatú mola terhességből rosszindulatú chorioepithelioma. Épen ezért ennek kezelése nagy elővigyázatot és körültekintést követel. Mola terhességnél a chorion bolyhok mákszem, borsó, szőlőbogyó nagyságú hólyagokká alakulnak át. A hólyagocskák víztiszta savót tartalmaznak, vékony kocsányon lógnak és szőlőfürthöz hasonlóan helyezkednek el. A fürt közepén néha megtaláljuk az elhalt, alig felismerhető magzatot. A molaterhesség aetiologiája még homályos. Tapasztalás szerint leginkább méhnyálkahártyagyuladás után fejlődik. A mola terhességet legtöbbször csak akkor tudjuk felismerni, amikor az már félbeszakadt. Ilyenkor kisebb-nagyobb vérzés kíséretében távoznak el a hólyagocskák. Egy ilyen hólyagocska jelenléte már kétségtelenül igazolja a mola terhességet. Felismerhetjük a molaterhességet arról is, hogy a méh gyorsabban nő, mint máskor. A méh növekedése annyira rohamos lehet, hogy a III.—IV. hónapban már akkora, mint a rendes terhesség VI.—VII. havában. Gyakori a kis vérzés. Ezek az apró vérezgetések kisebb-nagyobb megszakítással állandósulnak. Nagy, súlyos vérzést csak ritkán látunk. A vérzés nagysága attól függ, hogy milyen nagy területen válik le a pete.

A mola terhességet úgy kezeljük, mint a vetélést. Leghelyesebb, ha chininnel és hypophysis kivonattal igyekszünk a méhet munkára bírni. Ha a vérzés nagy, tamponáljuk a hüvelyt és adjunk bőven méh összehúzó szereket (glanduitrin, hypoglandin). Az activ kezelés veszélyes, mert könnyen átfúrhatjuk a méhet. A pete chorion bolyhai mélyen belefúródnak a méh falába, akár át is hatolhatnak a méh falon. Ha újjal, vagy curettevel próbáljuk kiüríteni a méhet, az elvékonyodott méhfal könnyen át szakad és halálos kimenetelű complet méhrepedést okozhatunk.

A molaterhesség két veszélyt rejt magában; az egyik a vérzés következtében kifejlődő anaemia s ezzel a fertőzés, a másik pedig a rosszindulatú daganattá, chorioepitheliomává való átalakulás. Ez utóbbi megelőzése érdekében akkor járunk el helyesen, ha a molaterhesség lefolyása után négy héttel a méhet kikaparjuk, hogy górcsővel ellenőrizhessük annak tartalmát.

Sztehlo István dr., tanársegéd.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. rk. tanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos

Milyen műtétet végezzünk gyomorfekély átfúródásnál?

Az Orvosi Hetilap 1923. évi 41. számában a budapesti II. számú sebészeti klinikán 5 év alatt átfúródás miatt operált 24 gyomor és duodenum fekélyről, illetve az alkalmazott műtéti eljárásokról számoltam be. Hogy most újra evvel a témával foglalkozom, erre az késztet, hogy a vezetésem alatt álló sebészeti osztályon az utóbbi öt év alatt olyan nagy számban (74) kerültek az átfúródás miatt beszállított betegek észlelésem alá, hogy a nagyobb számú eseten szerzett megfigyelés és tapasztalat, biztosabb következtetést enged meg a műtéti eljárásokra vomatkozólag.

Ha arra a kérdésre keressük a feleletet, hogy miért szaporodott meg oly feltünően a gyomor és duodenum fekélyeinek legsúlyosabb és gyors műtéti beavatkozást igénylő szövődménye — az átfúródás —, akkor több körülményt kell figyelembe vennünk. Az egyik, hogy kórházam körzetében öt olyan község van, melyeknek, különösen férfilakossága, foglalkozása miatt kénytelen rendetlenül étkezni, mert mint kőmívesek, ácsok, asztalosok, stb. rendszerint lakóhelyüktől távol dolgoznak, ritkán jutnak meleg ételhez s — szükség esetén — a diaeta megtartása lehetetlen. Ezért vagyok kénytelen az utóbbi időben socialis indicatióból gyakrabban műtétet végezni olyan fekélyeknél is, amelyek egyébként belgyógyászati kezelésre javulnának. A másik körülmény, hogy egész Tolnamegye területén megterem a bor, amelyből — igen olcsó lévén — sokat fogyasztanak s ezenkívül nagyon fűszeresen étkeznek. Az egykor igen mocsaras és maláriás u. n. Sárközben pl. egy 3—4 tagú család évente átlagban 50—80 kg. erős, törött paprikát fogyaszt el a sok són és borson kívül. A fekélyek előidézésében fontos szerepet játszik a sok és igen nehéz fizikai munka is, mely a szervezet nedveinek savanyú irányban való eltolódását okozza. Érdemesnek tartom megemlíteni, hogy az év nagy részét Törökországban töltő báttaszéki kőmívesek között alig fordul elő gyomorfekély.

A fentebb említett körülmények miatt a beszállított esetek túlnyomó többsége (90.54%) férfi. Ezekből 20—30 éves volt 23 (31.09%), 30—40 éves 21 (28.37%), 40—45 éves 19 (25.68%), 50—60 éves 7 (9.46%) és 60—70 éves 4 (5.4%). Különösen az utóbbi időben volt feltünő a 20—25 év közöttiek fekélyeinek átfuródása.

Megjegyzem, hogy az esetek nagyrészét appendicitis diagnosissal küldték be, amit különösen a pyloruson vagy duodenumon levő átfuródásoknál, — a váladéknak a colon mentén a fossa iliacába, illetve a Douglas-űrbe való lecsurgása tesz némileg érthetővé. Velem is megtörtént 3 esetben, hogy a beküldő collega által appendicitisnek tartott, morfiummal bőven ellátott betegnél a homályos anamnesis miatt én is appendicitises eredetűnek tartottam a kiterjedt hashártyagyulladást s a behatolást is ennek megfelelően végeztem. A has megnyitásakor természetesen mindjárt kiderült a diagnosis téves volta. Az esetek másik részét epekő vagy epehólyaggyulladás, a harmadikat — előrehaladottabb esetekben — ileus diagnosissal kapjuk kézhez, pedig a helyes diagnosis elsősorban az anamnesis, azután a tünetek kellő mérlegelése után az esetek többségében nem ütközik nehézségbe. Utóbbiak közül tapasztalatom szerint — a szabad hasüregbe való perforatiókról lévén szó — a folyadéknak lefelé, a levegőnek és gázoknak felfelé való terjedése a legfontosabb. Értem ez alatt az érzékenységet vagy kifejezett fájdalmat lefelé a colon mentén és az appendix tájon, másrészt a májtompulat eltünését, mely az esetek 90—95%-ban kimutatható. Igen fontos a részletes anamnesis felvétele, a pupillák ás reflexek vizsgálata. Négy olyan esetet kaptunk átfúródás diagnosissal, amelyekben a crise gastrique kimutatása nem volt nehéz s a helyes diagnosis megóvott bennünket a felesleges műtéti beavatkozástól.

A 74 esetből 4-nél (5.4%) műtét nem volt megejthető, mert ezeket az átfúródástól számított 48 órán túl, moribund állapotban szállították be s ezek egy-két órán belül exitáltak. A műtétre került 70 esetből 6 órán belül jött be 19 (25.68%), 6—12 óráig 17 (22.97%), 12—24 óráig 15 (20.27%), 24—48 óráig 19 (25.68%), 48 órán túl 4 (5.4%).

Az átfúródás helye a következőképen oszlott meg: pylorus 50 (71.44%), antrum 8 (11.42%), kis görbület 8 (11.42%), duodenum 4 (5.72%). A gyomron kivétel nélkül callosus, merev s gyakran törékeny fekélyről volt szó, míg a duodenumon két esetben a kis átfúródás, illetve fekély szélei puhák, könnyen varrhatók voltak. Az átfúródás nagyságát illetőleg a legtöbb esetben lencsényi, vagy ennél alig nagyobb nyilásról volt szó, de volt néhány olyan esetünk is, amikor az átfúródáson át újjal kényelmesen be lehetett hatolni a gyomorba.

Ami a műtétet illeti, rendszerint felső medián metszésből hatolok be s az átfúródás helyének megállapítása után a váladék nagy részét szárazon kitörlöm, a fekélyt két rétegben elvarrom, amennyiben szélei nagyon törékenyek csepleszdarabot varrok hozzá s vékony draincsövet vagy gazecsíkot helyezek be. Ezt végeztem az esetek 94.28%-ában (66 eset). Ettől a 8—10 percet igénybevevő műtéti eljárástól jó eredményeket láttam s ezért csatlakozom *Hotz*nak ahhoz a véleményéhez, hogy a peritonitis leküzdése a főcél s emellett minden más, — a beteg távolabbi sorsára vagy a fekély radikális műtétére vonatkozó — tekintet háttérbe szorul. Igaz, hogy az egyszerű elvarrás alkalmával különösen a pyloruson beszükül a gyomor, az is megtörténhetik, hogy az így meghagyott fekély mégegyszer perforálhat. A magam részéről egyetlen esetben sem láttam szükületet kifejlődni, de két esetemben megtörtént, hogy a műtétet követő egy éven belül újra átfúródott a fekély. Az egyik esetben 28 éves férfinél az antrumon levő fekély másodszor is átfúródott: a beteg 2 óra mulva jelentkezett vele s így resectiót végezhettem, ami teljes gyógyulást eredményezett. Másik esetemben egy 35 éves alkoholista férfit ulcus pylori átfúródása miatt operáltam s ½ év multán újra hasonló tünetekkel jelentkezett de csak 24 óra mulva. A pyloruson levő, előzetesen elvarrt fekélynek alig volt nyoma, ellenben a duodenum kezdeti részének mellső falán callosus fekély volt átfúródva. A 70 esetből háromban (4.29%) végeztem az elvarráson kívül gastroenterostomiát (pyloruson ülő, stenotisáló fekélynél), egyben az imént említett esetben resectiót; mind jó eredménnyel.

Az elvarrás után hat esetben voltam kénytelen 1—2 év mulva resectiót végezni, sohasem stenosis, hanem részben a fájdalmak, részben a gyakori vérzések miatt. A kellő előkészítéssel, nyugodt viszonyok, minimális kockázat mellett végzett ezen műtétek teljes gyógyulással végződtek.

Tapasztalatom szerint a prognosis nemcsak az átfúródás óta eltelt időtől függ, hanem a kiömlött gyomortartalom mennyiségétől és fertőző voltától s ezzel kapcsolatban a peritonitis kifejlődésének gyorsaságától. Jó erőbeli állapot, kisfokú peritonitis mellett 12 órán túli eseteknél

is elvégezhetjük a palliativ vagy radikális műtétet (a 3 G. E.-t 10—16 órás esetekben végeztem), viszont hat órán belüli, nagy perforatiós nyílással biró, súlyos peritonitissel kezdődő esetekben meg kell elégednünk a legegyszerűbb eljárással. Mint említettem az elvarrással kombinált gastroenterostomiával, illetve resectióval operált eseteim kivétel nélkül meggyógyultak. Az egyszerű elvarrással operáltakból 17.14%-ot (12) vesztettem el, túlnyomóan 12 órán túli eseteket.

Ez az arányszám — a rendelkezésemre álló statisztikákkal összehasonlítva — kedvezőnek mondható. Még kedvezőbbé lehetne tenni és a halálos kimenetelű eseteket talán a minimumra lehetne redukálni akkor, ha belgyógyász kartársaink a hosszú idő óta tartó, diaetás és gyógyszeres kezeléssel dacoló, gyakran vérző, callosus fekély eseteiket hamarább küldenék a sebészhez s így elejét vennék a mindig kétséges prognosisú perforatióknak.

Novák Miklós dr., egy. magántanár, Szekszárd.

Thrombocytopenia.

A vérlemezkék számos bántalomnál meg lehetnek fogyva, anélkül, hogy ezt klinikai tünetekből meg lehetne biztosan állapítani. Azonban egy betegségnek, a Werlhof kórnak a lényegét valószínűleg ennek lehet tulajdonítani. A vérlemezkék időleges megfogyását a következő bántalmaknál észlelték: fertőző betegségeknél, kivált hasi hagymáznál, scarlatinánál, malariánál, szívbántalmaknál az incompensatio folyamán, ha az hosszan tartott, uraemiás állapotokban, csontvelődaganatoknál, gyomorráknál, égési sebek után, stb. Toxinhatásra kell gondolni, amely a csontvelőre, az erekre és a lépre hat és ez segíti elő a thrombopeniát. A vérbetegségek közül a Biermer-féle kór, a botriocephalus anaemia, az aplastikus anaemia, azután a leukaemiák, különösen annak heveny alakjai, a *Gaucher*-kór és a mesenterialis mirigyek granulomája szoktak a vérlemezkék megfogyásával járni. A thrombopeniát okozó mérgek közül megemlíthető a chinin, a széngáz, a jodoform és kivált a benzol. Kísérletileg peptonbefecskendésekkel idézhető elő, továbbá kollargollal és ha a defibrinált vért az állatba visszafecskendik, mert defibrináláskor a fibrinnel együtt a vérlemezkéket is eltávolítják. A *Fuld* és *Morawitz*-féle elmélet szerint a vérlemezkék az alvadáshoz szükséges thrombokinasét szolgáltatják, miután azonban a thrombopeniás vér is megalvad, a vérlemezkék nem feltétlenül szükségesek az alvadáshoz.

A vérlemezkék nagyobb számú megfogyását rendesen haemorrhagiás diathesis kíséri, de ez alól számos kivétel van. Amiképen a lemezkék megfogyása más bántalmaknál a bőr és a látható nyálkahártyák kimutatható vérzése nélkül jár, úgy a haemorrhagiás diathesisnél sem kell szükségképen a vérlemezkéknek magfogyniok. Észleltek familiáris haemorrhagiás purpurát, amelyben a vérlemezkék száma 300,000—413.000 volt és mégis a vérzés 20—35 percig tartott el; a véralvadási idő normális volt a vér alkali és phospor tartalma hasonlóképen. Ezen esetek a purpurák keletkezésében a capillarisok bántalmazott voltát, esetleg az érfalét is valószínűvé teszik. Erre utalnak a kombinált esetek, amelyekben a véralvadás is késlekedett.

Frankl szerint a haemorrhagiás diathesisek két csoportba oszthatók. Egyik az essentialis thrombopenia, vagy a *Werlhof* kór, a másik a rosszindulatú vagy tüneti thrombocytopenia vagy *aleukia*. Azonban az összes purpurákat nem lehet ezen két csoportba sorolni, mert a thrombopenia csak egy tünet és így a thrombopeniát mutató esetek aetiologiailag és pathologice is egymástól teljesen különbözhetnek. Az anaphylaktoid purpuránál a vérlemezkék meg vannak szaporodva, az endotheliosis haemorrhagica vagy sepsis lentánál pedig az endothelsejtek találhatók nagyobb számban a véráramban.

Az essentialis thrombocytopenia többnyire hirtelen kezdődik bőr- és nyálkahártyavérzésekkel. A vérzések nagyok és nemcsak a bőrben felületesen keletkeznek, szabálytalanul elszórva nagy foltokban, hanem intramuscularisan is mint haematomák, orr és foghús, szájvérzések is előfordulnak. Frank tartós és recidiváló alakját különbözteti meg. Előbbinél a betegek gyermekkoruk óta vérzésre hajlamosak, már kisebb zúzódáson kiterjedt bőrvérzés keletkezik, gyakran szenvednek orrvérzésben és mérsékelt vérszegénység áll fenn; ritkább a gyomor-bélvérzés. Rendellenesen erős havi vérzés is gyanús essentialis thrombopeniára. Ha a vérzés tartós és nagyobbfokú, a folyamat átmehet az aplastikus anaemiába, amikor a vörös- és a fehérvérsejtek megfogynak és a haemorrhagiás diathesis oly nagyfokú, hogy e miatt rövidesen halálosan végződik. A betegség kapcsán genitalvérzések, metrorrhagiák, intestinalis vérzések és haematuriák is felléphetnek. A vérzések, melyek rendszerint tetemes nagyságúak, főleg a törzsön és az arcon láthatók, míg a purpuráknál pontszerű vérzés inkább a végtagokon látható. *Werlhof*-kórnál a lemezkék erősen megfogynak, számuk a 30.000 alá is leesik. *Rumpel—Leede*-féle karlekötésnél ilyenkor a bőrön számos apró piros pontocska keletkezik a capillaris vérzés következtében. A megfogyott lemezkék kóros elváltozásokat mutatnak; a rendesnél nagyobbak, szélesebbek, máskor zsugorodottak, csak törmelékük látható és festődési viselkedésük is megváltozott. A fehérvérsejtek száma is meg szokott fogyni (leukopenia) a lymphocyták relativ megszaporodásával. A vérzési idő megnyúlt és véralvadék összehúzódó (retraktibilis) képességét elveszítette.

A betegség nőknél gyakoribb és főleg a fiatal korban manifestálódik. Eddig újszülötteknél nem észlelték. Évekig elhúzódó betegség, amelynek keletkezésében valószínűleg az alkati tényezőnek is bizonyos szerepe van. *Hess* néhány esetben öröklékenységet mutatott ki. A haemophiliával nincs viszonyban, bár némely esetben a vér megalvadó képessége is lassúbb volt. Vannak könnyebb esetek, amelyekben időnkint nyálkahártyavérzések, petechiák és haemorrhagiák keletkeznek, de egyébként a betegek nincsenek veszélyeztetve. A *Henoch*-féle purpura abdominalisnál is megszoktak fogyni a vérlemezkék.

A bántalom keletkezése tekintetében a *Frank* és a *Kaznelson*-féle elmélet áll egymással szemben. *Frank* a betegséget a csontvelő aplasiájának tulajdonítja. A könnyebb esetekben a lemezkék anyasejtjei, a megakaryocyták betegednek meg, számuk megfogy vagy elvesztik vérlemezkéket képező képességüket. Súlyosabb esetekben a myeloikus és erythroblastikus szövet is meg van támadva; e bántalmat *aleukia* név alatt foglalja össze. Ha a folyamat a többi csontvelőelemre is ráterjed, akkor sejtszegény, lymphoid velő található, amely az aplastikus anaemiára emlékeztet. *Kaznelson* szerint viszont a vérlemezkék a lépben fokozott mértékben pusztulnak el és a sinusok tele vannak lemezkékkel. Sectiós lelet még csak gyér számmal van és egyik elmélet mellett sem bizonyít. A sinusok ritkán szoktak annyira lemezkékkel megtelni, mint ahogy azt *Kaznelson* állítja. Utóbbi felfogása helyes voltát a lépkiirtással elért sikerekkel bizonyítja, amelyet 1924 óta 20 esetben végeztek. *Schminke* egy eset alapján, amelynél az erythropoetikus és leukopoetikus készülék sértetlen volt, *Frank* felfogását osztja. Minthogy a lemezkemegfogyáson kívül érsérülést is fel kell tételezni, lehet hogy e két folyamat valamiképen a lép utján kapcsolódik össze egymással. Az essentiális thrombopenia keletkezéséhez alkatilag feltételezett betegségkészség is szükséges. Lépkiirtás után a javulás dacára a lemezkék nem szoktak megszaporodni.

Az essentiális thrombopenia könnyebb alakjai maguktól is meggyógyulnak. A súlyosabb esetekben a 5—10 cm^3 10% NaCl i. v. injektióján kívül vérátömlesztés szükséges, amely valószínűleg a hiányzó vér pótlása által hat, mert a transfusio után rövid idő mulva a lemezkék a véráramból ismét eltünnek. Ugy heveny, mint idült esetekben végezhető ezen eljárás a lépkiirtás vagy a besugárzás végzése előtt.A léparteria alákötését is ajánlják. Mások exhepar intramuscularis befecskendésével értek el eredményt, azonban az eredmények megítélésében a spontán remissiót (vérzés javulása) is számításba kell venni.

A rosszindulatú thrombocytopenia többnyire sepsis kapcsán keletkezik magas lázakkal. A toxikus anyag itt megakaryocytákon kívül a fehér- és vörösvérsejteket is elpusztítja. A leukocytosis ezért semmilyen módon sem állítható vissza. Klinikailag aplastikus anaemia észlelhető léphyperplasiával és ulcerosus stomatitissel.

Torday Árpád dr., egyet. rk. tanár.

Az „endogen és exogen reinfectio".*

A szigorú kritika világításában mindkét terminus helytelen, főleg az első. Hogy ez állítás igazsága hamarabb kitünjék, tekintsük meg az ujrafertőződés kérdését a lues egyszerűbbnek látszó viszonyai között.

Syphilisnél *„reinfectio"* alatt általában a *luesből kigyógyult* egyén új külső, exogen ragályozását értik, melyről csak akkor beszélhetünk, ha az elsőül aquirált lues diagnosisa biztos és minden bizonyítéknak meg kell lennie arra nézve is, hogy a primaer syphilis meggyógyult. *(Bernard)*.

Ha ez utóbbi követelmény nincs meg, ellenkezőleg bizonyosság szerezhető afelől, hogy *a szervezet még az első vérbajos fertőzés hatása alatt áll* s még ebből származó spirochaeták vannak a szervezetben, akkor a syphilidologus az egyén új exogen ragályszerzése alkalmával nem reinfectióról, hanem igen helyesen, *superinfectióról* beszél.

S ilyenkor, mondja igen helyesen a Poór-klinika tanársegédje: *Hornyánszky* (Orv. Hetilap, 1931. 5.), nem mindig tudjuk eldönteni, vajjon az állítólagos új fertőzés nem az *első infectio recidivája-e?*

Ez utóbbi szó: „recidiva" a logikus kifejezője annak, amit a phthisiologiában helytelenül *„endogen reinfectiónak"* neveztek el s amit *Spronck* a tuberkulózisra nézve már 1906-ban, az V. tuberculosis-konferencián Hágában „autoinfectiónak" mondott, a venerologia pedig találóan *pseudoreinfectio* névvel jelölt.

Valóban nem lehet józan ésszel másképen gondolkodnunk, mint hogy a *fertőzés* fogalmában benne rejlik, hogy olyasmi kerül a szervezetbe, ami *eddig benne nem volt.*

A tuberculosistanban el kell egyelőre tekintenünk *Calmette* tanításától az *ultravirus* szerepéről, mert ha ez helytállónak bizonyulna, igen sokkal gyakoribbnak kellene az ember intrauterin ragályozódását tuberculosissal tartanunk, mintahogy ma hisszük. (A biologiai reactio, a „Pirquet", negativitása a csecsemőn nem lehetne absolut ellenbizonyíték, hisz a latens syphilisnél is lehet negativ Wa.). A virus filtrabilis-t, melynek nemcsak jelentősége, de még létezése is vitás, tehát figyelmen kívül kell hagynunk, különben az extrauterin élet gümőkóros ragályozásai tömegesen volnának *superinfectióknak* tekintendők.

Egyelőre feltesszük, hogy a tüdővészes anya gyermeke egészségesen születik. Előbb-utóbb megkapja az *első tuberculosis-infectiót.*

Hogy utóbb *reinfectiójáról* szólhassunk, ebből az első fertőzésből *ki kellett gyógyulnia.* De vajjon ki bizonyíthatja ezt be? *Gohn* és *Anders* meggyőzően utaltak rá, hogy a primaer complexum gyógyulhat, de a nyirokmirigysystemába tovakúszott gümőkór azért bármily hosszú ideig, bár sokszor klinice latensen, virulens maradhat s mint a vizsgálatok igazolták, a nyirokrendszerben a venaszögletig eljutva, bármikor betörhet a vérpályába s a szervezet tetszésszerinti helyén *haematogen recidivát* idézhet elő. Az „endogen fertőzés", „autoinfectio" megjelölések legfeljebb annyiban lennének megfelelők, hogy a latens gümőkór egy bizonyos lappangási szak után, mely gyógyulásnak *látszhatott,* más szervrendszert támad meg, inficiál, de lényegében csak az első infectio *exacerbatiójával,* secundaer fázisával és nem *reinfectióval* van dolgunk, mert igazi újfertőzés csak kivülről történhetik!

Az *„endogen reinfectio"* helyett tehát nézetünk szerint egészen helyesen csak a *recidiva* vagy *exacerbatio* kifejezést használhatnók, legfeljebb *secundaer* tuberculosisról lehetne beszélnünk, mely *autoinfectio* útján, de akkor sem reinfectio útján jött létre.

Reinfectio csak exogen lehet, a szervezetbe kívülről bejutott olyan bacillustömegekkel, melyek addig a szervezetben benn nem voltak, se szaporodás útján ott nem fejlődtek. Az *„exogen"* jelzőt melléje tenni tehát merőben felesleges, sőt zavart keltő.

Ha azonban már a luesnél is nehéz az első infectióból való teljes kigyógyulás megállapítása *(Pándy* irja a Gyógyászat 1931. 13-ik számában: „Magam az én idestova 40 esztendős orvosi munkámban sohasem láttam még sem korai, sem késői, sem energikusan, sem évek során át a legnagyobb orvosi vigyázattal gyógyított syphilisest, ki a feleségét meg ne fertőzte volna"), mennyivel nehezebb a teljes sanatio beigazolása a gümőkórt illetőleg!

Tehát akkor is, midőn kézenfekvő a serdülő vagy felnőtt korban az egyén súlyos tuberculosis-expositiója s a „reinfectio" megtörténte szinte bizonyos, akkor is mindig fennáll a lehetősége, sőt számtalan esetben valószínű, hogy a fenti preciz meghatározások értelmében nem reinfectióval, hanem *superinfectióval* van dolgunk.

Az ú. n. „endogen és exogen reinfectio", vagyis helyesen: *tuberculosis-recidiva* és *superinfectio* természetesen szövődhetnek. *Anders* a bécsi Tuberkulosetagung (1929) alkalmával egyenesen valószínűnek mondotta ki, hogy a legtöbb emberben az első infectio után „exo- és endogen reinfectiók" követik egymást.

Szerintünk *régi bajának exacerbatióit massivabb superinfectiók elősegíthetik.* Ezért a berlini „Die Tuberkulose" folyóiratnak f. é. április havában rendezett „Rund-

* Előadás a „Magyar Tüdőbeteggondozó- és Gyógyintézeti Orvosok Egyesületének" 1931-ik évi nagygyülésén Sopronban.

frage"-jában (melynek eredménye a lap június 10-i számában már megjelent) a szerkesztőség azon kérdésére, vajjon szigorúan *elkülönítendő-e tuberculosis-gyógyintézetekben a nyílt eset a többitől*, részünkről oly értelmű választ adtunk, hogy ily elkülönítésre tényleg a lehetőség szerint *törekedni kell*. *Michelsson* körkérdésére egyesek nemlegesen válaszoltak. Ezek a superinfectio jelentőségét tagadják meg, melyről pedig *Sata* kísérletileg igazolta, hogy az allergizált állatban éppen *exsudativ* jelenségeket okoz.

Okolicsányi-Kuthy Dezső dr., egyet. magántanár.

Sérv és baleset.

A baleseti kártalanítás során az orvosszakértő gyakran kerül abba a helyzetbe, hogy a sérv és baleset közötti okozati összefüggés kerdésében kell véleményt nyilvánítania. E kérdés a gyakorló orvost is közelről érdekli, mert neki, mint a sérült első kezelő orvosának, a kártalanítási eljárás folyamán szintén nyilatkoznia kell arról, hogy a sérv a szóban forgó baleset következtében jött-e létre, vagy sem.

A baleseti sebészet mai álláspontja szerint, mely részben kísérleti és fejlődéstani adatokra, részben pedig nagyszámú, jól megfigyelt eset tanulságaira támaszkodik, sérveknek traumás úton való, hirtelen keletkezése a ritkaságok közé tartozik. Ha a sérvet, mint sérvtömlőből és sérvtartalomból álló anatómiai egységet fogjuk fel, akkor a baleset szorosan véve sérvet nem is okozhat, mert a zsigerek kilépése mindig egy, már a baleset előtt is létező, praeformált sérvtömlőbe történik. Ez a tömlő vagy veleszületett, ha a processus vaginalis rendellenesen nyitva maradt, vagy pedig az idő folyamán successive fejlődött ki olyan sérvre hajlamos egyénekben, kiknek gyengén fejlett satnya hasfalai a hasprés nyomásának huzamosan nem tudnak ellenállni. Ilyen apró, gyakran ismétlődő traumákat azonban, melyeknek a munkás rendes foglalkozási körében úgyszólván állandóan ki van téve, balesetnek minősíteni nem lehet.

A baleset szerepe a sérv keletkezésében tehát csak az lehet, hogy egy váratlan erős trauma hatására, mely a sérvkapú hirtelen tágításával vagy beszakadásával jár, zsigerek nyomulnak az eladdig üres sérvtömlőbe, mire a sérv láthatóvá és tapinthatóvá válik. A gyakorlatban azonban ennyivel megelégszünk és a sérv baleseti eredetét el is fogadjuk, ha bebizonyítast nyer, hogy annak első megjelenése hírtelen, jelentékeny erőművi behatás kapcsán történt olyan egyénnél, akinek azelőtt sérve biztosan nem volt.

Az elmondottak természetesen csak azokra a sérvekre vonatkoznak, melyek a physiologiás sérvkapukon keresztül lépnek ki (lágyék és combsérvek), nem pedig azokra a hasfali sérvekre, amelyek súlyosabb nyílt vagy bőralatti hassérülések után a hegben vagy az ellenállásában gyengült hasfalban rendellenes helyen keletkeznek. Utóbbiaknál a balesettel való összefüggés rendszerint annyira nyilvánvaló, hogy az semmi további bizonyításra nem szorúl.

Ezek után könnyen érthető, hogy a sérv és baleset közti összefüggés eldöntésére, annak az orvosnak a lelete a legfontosabb, akinek módjában volt a sérültet közvetlenül, vagy rövid idővel az állítólagos baleset után megvizsgálni s aki így talán a baleset lefolyásáról, annak közelebbi részleteiről is felvilágosítást adhat. E leletnek azonban, hogy az igazán használható legyen a későbbi véleményezés szempontjából, a következő pontokra kell válaszolnia:

1. Mikor történt és miben állott a kérdéses baleset, mikor jelentette a sérült balesetét és mennyi idővel azután fordult orvoshoz ?

2. Milyen volt a sérült általános állapota közvetlenül a baleset után, dolgozott-e még azután s ha igen, mennyi ideig?

3. Milyen lokális tünetek voltak észlelhetők? (Sérv nagysága, egy- vagy kétoldalisága, *érzékenysége*, visszahelyezhetősége, a sérvkapu tágassága, szomszédos lágyrészek állapota stb.)

Ha a baleseti orvosszakértő mindezen kérdésekre szabatos választ kapna, akkor az összefüggés problémáját legtöbb esetben könnyen meg tudná fejteni. A gyakorlatban azonban az a helyzet, hogy akár az első vizsgáló orvos felületességéből, akár egyéb okokból legtöbbször csak hiányos és megbízhatatlan adatok állanak rendelkezésünkre.

Tekintetbe véve a valódi baleseti sérvek nagy ritkaságát, a balesettel való okozati összefüggést csak teljes értékű tárgyi bizonyítékok alapján szabad kimondani. A baleseti szakértőnek pro vagy contra határozottan kell nyilatkoznia és nem vághatja ki magát azzal a sokszor olvasható, kényelmes, de semmitmondó formulával, hogy „a baleseti eredet nem zárható ki."

Az alábbiakban négy pontban foglaltam össze azon irányelveket, melyek szemmeltartása mellett véleményünk az igazságot legjobban meg fogja közelíteni.

1. A limine elutasítandó az összefüggés, ha a baleset megtörténtét magának a sérültnek vagy megbízhatatlan tanuinak bemondásán kívül semmi egyéb tárgyi adat nem igazolja, ha a balesetbejelentés — amint az gyakran megtörténik — hetekkel, hónapokkal az állítólagos baleset után történt és különösen, ha a sérült csak hosszabb idő (3—4 nap) után vett orvosi segítséget igénybe.

2. Kizárható az összefüggés akkor is, ha az igénylő balesete után rendes munkáját megszakítás nélkül tovább folytatta. (A sérvkapunak a trauma okozta hirtelen tágulása (beszakadása) ugyanis a zsigerek hirtelen kinyomulásával olyan heves fájdalmat okoz, mely a sérültet a baleset után szükségképen azonnal munkaképtelenné teszi.)

3. A baleseti eredet nem állapítható meg, ha az igénylőt olyan behatás érte, mely a baleset fogalmát nem fedi, vagy az ő rendes foglalkozási körében még balesetnek nem tekinthető. Sok visszaélés és tévedés történik itt az ú. n. „megerőltetésnek" balesettel való azonosításával. Ha pl. egy zsákhordó napszámos sérvét abból származtatja, hogy 40—50 kg. súlyú zsákot cipelvén megerőltette magát, akkor itt balesetről még abban az esetben sem lehet szó, ha a sérv első kilépése véletlenül összeesett ezzel az általa megszokott physikai művelettel. Nem szabad azonban figyelmen kívül hagyni, hogy az egyéni mérlegelésnek itt igen tág tere nyílik, mert ugyanaz a trauma, ami egy robustus, hatalmas izomzatú egyénnél még balesetnek nem számít, satnya, petyhüdt izomzatú egyénnél már a baleset kriteriumával bírhat.

4. A sérv baleseti eredete mellett szól, ha közvetlenül vagy rövid idővel a baleset után a sérv és környezete feltűnően nyomásérzékeny, ha általános tüneteken (erős fájdalom, elesettség) szövetsérülési jelek (vérömleny, lágyrészduzzanat stb.) észlelhetők s végül akkor is, ha a sérv jelentékeny trauma után azonnal kizáródott.

Milkó Vilmos dr., egyetemi magántanár.

Helyreigazítás. Az O. Gy. K. 39. számában *Flesch Ármin* dr.-nak „A hossznövekedés befolyásolása" című közleményébe értelemzavaró sajtóhiba csúszott be. A második bekezdés 19. sorában „*pótlólag*" helyett „*gátlólag*" értendő.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. rk. tanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos

A resecált gyomor.

A gyomorsebészet fejlődésével párhuzamosan bővült az ulcus műtéti kezelésének is az indicatiós területe, ami indokolttá teszi, hogy avval a megváltozott állapottal, amely — az egybehangzó vélemények alapján ma legtöbb eredményt ígérő — *gyomor-resectio* műtéte után áll elő, a gyakorló orvos is foglalkozzék.

A gyomor-resectiót, az ú. n. *Billroth*-műtétet különböző variatiókban végezik, amelyeknek részletezését mellőznöm kell s csak annyit jegyzek meg, hogy a műtét a distalis gyomorrész eltávolításából áll, amikoris a Billroth I. jelzésű műtétnél a gyomorcsonkot a duodenummal, Billroth II.-nél a jejunummal kapcsolják össze. Kétségtelen, hogy a gyomor-resectio, főleg a Billroth I., nagy beavatkozás; a mai fejlett sebészi technika mellett azonban mortalitása alig több 2—3%-nál; ennyi mortalitása a konzervativan kezelt ulcusoknak is van, viszont szerencsés műtét esetén az operativ eredmény többnyire jelentékenyen meghaladja a konzervativ kúrákkal elérhető hatást. Mindig találkoznak azonban esetek — s az egyre gyakoribb gyomor-resectiók folytán egyre nagyobb számmal, — amelyekben a műtét után nem válik panaszmentessé a beteg, bár panaszai a korábbi ulcusos tünetektől sokban eltérnek. E panaszok igen változatosak lehetnek ugyan, bizonyos mértékű csoportosításuk mégis lehetségessé válik azáltal, hogy a panaszok anatomiai és funkciós okai tulajdonképen három kóros állapotra vezethetők vissza, ezek: a resectiós *„kis gyomor"*, a *gastritis* s az *ulcus jejuni pepticum*.

A resecált gyomor jelentékenyen megkisebbedett, ürterülete — tehát kapacitása — beszűkült. Műtét után közvetlenül a gyomorfal összes rétegei lobosan infiltrálódnak, ami a gyomrot merevvé, duzzadttá teszi s így az egyébként is csekély felvevő képességű szerv — főleg az első napokban — nem lehet alkalmas arra, hogy a táplálék-tartály fontos élettani célját szolgálja. A panaszok a *„kis gyomor"* typusos panaszai. Kezdetben már egy-két falat után kínzó, fájdalmas teltségérzet jelentkezhet. A beteg hirtelen azt érzi, hogy „megreped a gyomra". Már 15—20 perc múlva enyhül ez a kellemetlen sensatio, mert a gyomortartalom időközben gyorsan kiürül. A kiürülést siettethetjük azzal, hogy a beteget felültetjük, mert ilyenkor az új gyomorkapú passziv retentiós erejével szemben fokozott hydrostatikus nyomás érvényesül. Ha azonban a postoperativ nyálkahártya-duzzadás és gyomorfal-beszűrődés a bél felé akadályt teremt, megesik, hogy csak a táplálék kihányása hoz könnyebbülést. Később, pár hét múlva, a gyomorfal merevsége enged s a beteg lassanként megtanulja, mennyi az a táplálék, amit a feszülés következményei nélkül még elfogyaszthat. Célszerű eleve kioktatni a pacienst, hogy szüntesse be az étkezést, mihelyt a legkisebb teltséget érzi. Hosszú hónapok alatt a kis-gyomor okozta változott helyzet oly megszokottá válik, hogy alig okoz már valamelyes panaszt; *a beteg alkalmazkodik a gyomrához.*

A korai túltelitettség e panaszai tehát inkább a műtét utáni első hetekben gyakoriak s szövődményes esetekben lassanként úgyszólván zavartalan közérzetnek adnak helyet. Ha a gyomor-resectio után még hónapok mulva is bizonytalan gyomorpanaszok állanak fenn, úgy nagy valószínűséggel feltehető, hogy az operált gyomor oly gyakori kísérő-betegsége: a *gastritis* társul a kórképpel. Nem kétséges, hogy már maga az ulcus is szinte törvényszerűen chronikus gastritissel jár együtt, amely utóbbi, hogy mennyiben oka, következménye vagy mellérendelt tünete az ulcusnak, itt nem tárgyalható. Tény, hogy az ulcus panaszai és a gastritis exacerbatiói párhuzamosan haladnak egymással, s hogy a fekély gyógyulásával többnyire gyógyul a gastritis is. Előfordul azonban az is, hogy a fekély a resectio után gyógyul, a gastritis azonban nem. Különösen áll e tétel azokra az esetekre, amelyekben a minden resectió után múlhatatlanul szükséges diätás táplálkozást nem tartja be a beteg. Diätára nemcsak a kisgyomor korlátolt befogadó képessége miatt, tehát menynyiségileg, hanem a megváltozott gyomor-secretio miatt is, tehát minőségileg, egyaránt szükség van.

A *gyomor-secretio* resectio után bizonyos törvényszerűséget tüntet fel. Az első hónapokban a megmaradt gyomorrész nedvelválasztása jelentékenyen megszaporodik; ez röntgenvizsgálattal is bizonyítható. Emellett a secretum sósavtartalma nagymértékben csökken, sőt — kellő kiterjedésű resectiónál — teljesen hiányzik is. A fundus- és corpus-mirigyek sósav-elválasztása ugyanis a gyomornedv-elválasztás ú. n. chemiai phasisában a pylorus-mirigyeket ért táplálék ingerére (ideg-, vagy hormonális-úton) indul meg s így a gyomor distalis szakaszának eltávolításával a sósav-secretio megszűnik. A psychikus secretio, tehát az, amit az ételek megpillantása, szaga stb. psychogen úton indít meg, megtartott lehet, ez azonban csak igen csekély sav-produktiót eredményez. állatnál resectio után legalább is mindig ez a helyzet; embernél némelyek szerint a resectiót követően még e psychikus secretio is hiányzik

Bármily vitás is az ulcus pathogenesisének a kérdése, a gyomorsav emésztő hatásának kóroki szerepe tisztázottnak vehető. A gyomor-resectio műtétjének kitűnő eredményei is éppen abban találhatják magyarázatukat, hogy e műtéttel megszüntethető a sósav-elválasztás. Ennek azonban előfeltétele az, hogy a pylorus-mirigyek összessége eltávolíttassék, mert amig pylorus-mirígy marad vissza, a sósavelválasztást fenntartó ingerület nem alszik ki. A nem elég kiadós resectio után visszamaradó több-kevesebb sósav-elválasztás következménye pedig csaknem mindig ulcus jejuni pepticum. Tekintve, hogy a pylorus-mirigyek akárhányszor még a gyomortest közepén is túlterjednek, célszerű, ha a sebész minél nagyobb darabot távolít el a gyomor distális részéből. Billroth I.-nél a duodenummal való kapcsolat megteremtése anatomiai okok folytán kevésbbé kedvez e törekvéseknek s így szívesebben végzik a jejunummal való anastomosist. Ha e műtét előnye fentiekből önként következik is, bizonyos szempontok mégis a Billroth I. műtétet teszik alkalmasabbá. Míg előbbinél ugyanis a teljes anaciditás mellett a fehérjéknek csak tryptikus emésztése lehetséges, addig Billroth I.-nél jobban kihasználható a táplálék, mert a duodenumos passage a pankreas- és epeemésztés szempontjából kedvezőbb helyzetet teremt; emellett szabályosabb a gyomor kiürülése is, aminek ritmikája e műtét után előbb-utóbb akárhányszor visszatér.

Ha a resecált gyomorban gastritis áll fenn, úgymint azt már fentebb jeleztük — a beteg nem lesz panaszmentessé, hanem a gyomorfájdalmak (főleg epigastralgia), étvágytalanság, rossz szájíz stb. változatos gastritises tünetei állandósulnak. Ilyenkor az esetleg megmaradt valamelyes savelválasztás is előbb-utóbb az atrophizáló gastritis teljes achyliájába megy át. Bár ez az állapot a fekély gyógyulása szempontjából kétségtelenül előnyös, a beteg szempontjból nem jelent mást, mint állandósult panaszainak egy másik kórismèjét.

Ulcus jejuni pepticum gyomor-resectio után aránytalanul ritkább, mint a régen oly divatos gastroenteroanastomiák idején. Láttuk, hogy csak akkor keletkezhet, ha a resectio nem volt elég nagy terjedelmű, vagyis a sósavtermelés nem szünt meg teljesen.

Jejunális fekélynél a beteg panaszai alig különböznek az általánosan ismert fekély-panaszoktól. A fájdalmassági pontot azonban lejjebb találjuk, mint gyomor- vagy duodenumfekély esetében. Olykor a fájdalom teljesen hiányzik is s csak — a jejunum-fekélynél amúgy sem ritka — súlyos vérzés hirtelen beköszöntése árulja el a fekély jelenlétét. A röntgenvizsgálat egyébként döntő diagnostikus leletén kívül igen jellemző, sőt kórismei értékű a gyomorsecretio viselkedése. Ha a resecált gyomor mellett jejunális fekély keletkezik, a *savértékek ismét a magasba szöknek* és fractionált eljárásnál ugyanolyan lépcsőszerű emelkedést tüntetnek fel, mint a duodenumfekély eseteiben. E lépcsőszerű emelkedés oka nyilván a gyomor feltűnő gyors kiürülése, ami oda vezet, hogy savkötő ingesták híjján rövidesen tisztán a magas savkoncentrációjú gyomornedv egyedül marad a gyomorban.

Jejunum-fekély csak 4—6 hóval az operátió után szokott keletkezni. Ez időpont előtt és után egyaránt ritka. A három legfontosabb postresectiós kórkép tehát a panaszok időbeli sorrendje szerint is különbözik egymástól, amennyiben a kis-gyomor okozta panaszok kezdetben intensivek s nehány hét alatt csökkennek, a gastritis panaszai kezdetben fennállhatnak már s nem csökkennek, hanem többnyire tartósak, az ulcus jejuni pedig eleinte nem okoz tüneteket s csak több hónappal a műtét után jelentkeznek az ulcusos fájdalmak.

Ahogy a gyomor-duodenum-fekély létrejöttében, úgy ulcus jejuninál is döntő jelentőségű a konstitutiós faktor. Leírnak eseteket, ahol két, három sőt négy ízben megismételt resectio dacára is mindannyiszor jejunum fekély keletkezett.

Ami a resecált gyomor *diätás szabályait* illeti, az a kis-gyomor már említett mennyiségi megszorításából, a gastritis gyomorkímélő étrendjéből és a gyomorsavhiány szigorúan keresztül vitt kötőszövet- és cellulosementes táplálkozásából tevődik össze. E két utóbbinak természetesen a folyékony, illetve hachée-purée diaeta fog leginkább megfelelni. Ott, ahol a gastritis már achyliát, az achylia pedig gastrogen diarrhoeát okozott, nem nélkülözhetjük a sósav-pepsin substitutiós adagolását sem. Diarrhoeák megjelenésekor azonban mindig gondolnunk kell az operált gyomorhoz gyakran társuló másodlagos colitis szövődményére is, ami természetesen egyéb therapiát igényel.

Gerlóczy G. dr., egyet. c. rk. tanár.

Csecsemők és kisgyermekek sérvei.

A gyakorló orvost itt főképpen az a kérdés érdekli, hogy kell-e ezeket a sérveket operálni s ha igen milyen időpontban legcélszerűbb a műtétet végezni. Az első kérdésre határozottan igennel válaszolhatunk, mert a gyermekek sérvét, épúgy mint a felnőttekét, biztosan meggyógyítani csak műtéttel lehet. A sérvkötővel való kezelés, bár egyes sebészek, különösen franciák még ma is ajánlják, teljesen bizonytalan s azonkívül kis gyermekeknél igen nehezen keresztülvihető. Bármily gondos és tiszta legyen is az anya, a sérvkötő csakhamar átnedvesedik, elpiszkolódik, a gyenge bőrt izgatja, feláztatja, eccemák, furunculusok képződésére ad alkalmat. Ugyanez áll a sérvkötőt helyettesítő bandageokra is. Nyugtalan, folytonosan kapálódzó csecsemőknél, a sérvkötő viselése teljesen illuzorius, mert a pelotta folytonos elmozdulása miatt a sérv biztos visszatartása nem sikerül. Részemről sérvkötőt csak két évesnél idősebb gyermekeknek és akkor rendelek, ha a műtét a szülők bele nem egyezése miatt vagy egyéb okból el nem végezhető.

A mi a műtét időpontját illeti a mi álláspontunk az, hogy *a csecsemőkor kivételével* a sérv bármely időpontban operálható, ha a gyermek különben egészséges és jól fejlődik. Csecsemőt kényszerítő szükségesség nélkül operálni nem kell, mert ha igaz is, hogy a sérvműtét nem nagy beavatkozás, a csecsemők szervezete sokszor kiszámíthatatlanul labilis, a narkosist és vérvesztést rosszul tűrik. Ezért a közölt jó statistikák dacára sem osztom azon szerzők felfogását, akik a sérvet minden korban megoperálandónak tartják. Egy további ok, mely a későbbi műtét célszerűségét bizonyítja az, hogy a műtét nehézségei a korral fordított arányban növekednek. Fiatal csecsemőknél a sérvtömlő rendszerint pókhálóvékony, az ondózsinórról való leválasztásnál könnyen beszakad, ami a műtétet lényegesen komplikálja, a tömlő radikális kiirtását és a sérvkapu megbízható elzárását nehezíti.

A fenti megszorítások természetesen nem vonatkoznak azon esetekre, amelyekben a sérv megszüntetése valamely okból sürgősen szükségesnek látszik. Ha a sérv igen nagy, kolikákat, bélkiürülési zavarokat okoz vagy kizáródásra hajlamos, akkor a műtétet halasztani nem lehet és azt csecsemőknél is akár az első hónapokban elvégezzük.

A műtét nemét illetőleg általánosan elfogadott és helyes is az az álláspont, hogy tekintettel a kisgyermekek és különösen a csecsemők kisebb ellenállóképességére lehetőleg egyszerű methódussal kell operálni. Ennek az egyszerűségnek azonban nem szabad a gyökeresség rovására menni. És itt — teljes egyetértésben *Winternitzzel* és *Koóssal* — szembe kell helyezkednem azokkal a szerzőkkel, akik a Bassini-f. műtétet, mint komplikált eljárást gyermekeknél elvetik, illetve azt csak kivételes esetekben alkalmazzák. Bármit mondjanak is, a Bassini-f. metódus még ma is a legtökéletesebb, recidiva ellen legjobban biztosító sérvműtét, melyet az időközben felmerült sokféle többé kevésbbé szerencsés módosítás nem tudott kiszorítani. Megfelelő technika mellett a Bassini-műtét szintén gyorsan elvégezhető, egyszerű beavatkozás s amint a mások és magam jó eredményei bizonyítják gyermeksérveknél is nyugodtan alkalmazható.

Fiatalabb csecsemők sérveinél kivételesen, hogy a beavatkozást a minimumra csökkentsük megelégedhetünk a tömlő magas lekötésével és kiirtásával, de semmiesetre sem mernék Lorthioir szerint operálni, aki az egyszerűsítésben annyira megy, hogy a sérvtömlőt már le sem köti, hanem azt isolálás után egyszerűen amputálja. A sérvműtétnek ilyen túlzott egyszerűsítései kétségtelenül minimumra csökkentik az operáció kockázatát, de a recidiva veszélyével járnak.

Milkó Vilmos dr., egyet. magántanár.

Meddig lehet a veseköveket konservative kezelni?

A vesekövek konservativ kezelése általában három irányú. *Prophylaktikus*, ha kőműtét után újabb kövek képződését akarjuk megakadályozni, vagy legalább is késleltetni; *palliativ* a konservativ kezelés, ha a kő sebészi eltávolítása bármely ok miatt (kor, gyenge általános állapot, rossz vesefunctio, stb.) ellenjavalt s végül van *szorosabb értelemben vett* konservativ kezelés, melyet akkor alkalmazunk, midőn a sebészi beavatkozás még nem indokolt, a kő spontán távozása valószínű. Az utóbbi csoportba tartozó eseteknél ismét két therápiai lehetőség áll előttünk, ú. m. a tisztán belső szerekkel (porokkal, folyadék felvétellel) vagy pedig ú. n. endovesicalis eljárások-

kal való kezelés, utóbbiak azonban már a specialista eljárásai közé tartoznak. Céltudatos konservativ kezelésnél mindenekelőtt a fenti körülményekkel kell tisztában lennünk.Legkönnyebb, de nem mindig a legeredményesebb a helyzetünk a „prophylaktikus" konservativ therapiánál. Ilyenkor t. i. ismerjük az eltávolított kő összetételét a megfelelő életmódot tehát annak alapján állíthatjuk össze. A legszigorúbb diaeta mellett is fordulnak elő recidivák, éppen ezért fontosabbnak kell tartanunk a fokozott folyadékfelvételt, mert ilyenkor a fokozott diuresis nemcsak a vizelet koncentratióját csökkenti, hanem mechanikusan is hat, vagyis már meglevő kis köveket vagy homokot is eltávolítani képes. A konservativ kezelés megszakítása az ilyen betegeknél két esetben szükséges. Az újonnan képződött kő vándorlása közben fenakadt s két napnál hosszabb ideje teljes veseelzáródást idézett elő, vagy pedig röntgenen kimutathatóan oly nagyságot ért el, hogy spontán eltávozásra remény többé nincsen. Mindkét esetet csak szakorvosi vizsgálat állapíthatja meg s ezért ne mulasszuk el, hogy az ilyen betegeket időnkint, főleg ha állapotukban rosszabbodás következett be (derékfájdalom fokozódott, görcsök, vérzések gyakoribbak) röntgennel vagy szakorvossal megvizsgáltassuk. A palliativ kezelésre szoruló eseteknél legfontosabb követelmény hogy az inoperabilitást exact vizsgálatok előzzék meg, mert ezek nagyrészt a végén vitalis indicatio alapján (anuria, pyonephrosis) mégis csak műtétre kerülnek s sokszor látunk eseteket, melyek évek előtt még feltétlenül operálhatók voltak s melyek alapos ok nélkül váltak a túlzásba vitt konservativ kezelés miatt súlyosabbakká.

A konservativ kezelés leghálásabb és tulajdonképeni terrenuma a vesehomokkal és kis lencsényi-borsónyi kövekkel járó esetek. A kezelést ilyenkor évtizedekig is eredménnyel folytathatjuk, a fontos csak az, hogy a kis kövek fennakadásánál ne mulasszuk el azt az időpontot, midőn a sekundär vese-elváltozások már felléptek, ill. kimutathatóvá váltak. Ilyenkor természetesen erélyesebb beavatkozásra kell elszánnunk magunkat.

A konservativ kezelés felső határának meghatározása talán legnehezebb azon ritkán előforduló esetekben, midőn az egész klinikai kép vesekő mellett szól, de a vese működése intakt, a röntgen pedig követ nem mutat ki. Ha a beteg panaszai állandósulnak, vagy pedig a vese functiójában észrevehető zavarok mutatkoznak, úgy ne késlekedjünk a diagnosztikus vesefeltárással, semhogy oktalanul az egész vesét feláldozzuk.

A konservativ kezelés alkalmazásánál két szempontot tartsunk szem előtt. Minden vesekő, mely akár a vesében, akár a húgyvezető utakban hosszabb ideig tartózkodik, feltétlenül előbb-utóbb az illető oldali vese pusztulását vonja maga után. A másik szempont pedig, hogy olyan szerünk, mellyel meglevő lencsényi, borsónyi, vagy nagyobb köveket a szervezeten belül feloldani képesek volnánk, nincsen. Minden ilyen irányú kísérlet, akár belsőleg, akár lokalisan történt az alkalmazás, eredménnyel nem járt. Az ú. n. húgykőoldószerek, melyek közt ma a legelterjedttebbek a piperazin, urodonál, inkább csak a húgysók kicsapódását nehezítik meg, de semmiesetre sem képesek a szervezeten belül már meglevő köveket feloldani. Kőképződésre hajlamos embereknél nem egyszer látjuk, hogy a konservativ therápia milyen kis eredménynyel jár. Legszigorúbb diaeta, a legjobb húgyhajtók és húgykő-oldószerek adagolása dacára, a recidiva mégis fellép.

A kérdést tehát, hogy meddig kezelhető a vesekő konservative röviden abban foglalhatjuk össze, hogy elsősorban az döntendő el vajjon sebészi vagy pedig konservativ kezelés indokolt-e. Utóbbi végezhető általában minden olyan esetben, ahol a kő helyzete vagy nagysága olyan, hogy a spontán távozás lehetősége fennáll, ill. a kővándorlás elhúzódása a vese functiójában helyrehozhatatlan károkat nem okoz. Valahányszor a konservativ kezelés tartama alatt az említett két szempont tekintetében változás áll be, vagyis a kő oly nagyságot ért el, hogy spontán távozás már lehetetlen, vagy pedig a kő oly sokáig időzik egy helyen, hogy retrograd pangás, infectio bekövetkezik, a további konservativ kezelés, vagyis várakozás nemcsak, hogy céltalan, de a betegre nézve súlyos következményekkel, a vese tönkretételével jár. A konservativ kezelés felső határa tehát az az időpont, melynél az ilyen helyzetek kifejlődését még megakadályozni képesek vagyunk.

Minder Gyula dr., egyetemi magántanár.

Pemphigus vulgaris.

Kóroktana nem tisztázott. Ritkábban előforduló, inkább negyven éven felüli egyéneken, többnyire zsidókon fellépő megbetegedés. A bőrön vagy a nyálkahártyákon reactiomentes alapon borsó-tojásnagyságú, eleinte tiszta, később zavaros bennékü, ritkán feszes, legtöbbször petyhüdt falú hólyagok jelentkeznek. A hólyagok hosszabbrövidebb fennállás után némelykor vaskos pörkökké, varokká száradnak be, máskor pedig a hólyagfal megpattan, a savó kiürül s láthatóvá válik a hámcafatokkal bíró, nedvező vörös erodált felszín. A klinikai kép ekzema vagy erythrodermához válik hasonlóvá, ha nagyobb hólyagos területek összefolynak és a hámcafatok lelöködtek.

Az elváltozások leginkább a nyakon, a hónaljtájon, a köldöktájon, a genitáliákon, a körömágy mentén, valamint a nyomásnak kitett helyeken, így a sarkon, a térdtájékon, a csípőn, stb. találhatók.

Differentiál-diagnostikai szempontból a hydroa (csak a fénynek kitett helyeken fordul elő) és a dermatitis herpetiformis Duhring) polymorph kórkép, 1 gr. jódkálira provokálódik) jönnek tekintetbe. A száj, az orr, a szem, a hüvely nyálkahártyajelenségei másodlagos fertőzés és a bomlás miatt diagnostikai nehézségeket okozhatnak (stomatitis ulcerosa, erythema multiforme, esetleg dyphtheria, Plaut-Vincent angina). A betegek közérzete zavart, rendszerint rohamosan soványodnak, láz nem mindig jelentkezik, viszont a magas hőmérsék sem jelent szükségképen reménytelen állapotot. A vérképben látható eosinophilia független a folyamat rosszindulatú voltától vagy kiterjedésétől. Az esetleg észlelhető lymphopenia legtöbbször signum mali ominis.

A *prognosis* úgy fiatal, mint idős egyéneknél komoly, sőt az 50 éven felülieknél súlyosnak mondható. A legelső jelenségek helye e szempontból nem döntő fontosságú. Mindenkor tekintetbe kell vennünk a beteg általános erőbeli állapotát, a szív, a tüdő, a vese és a máj rendes vagy kóros működését, a száj és emésztési csatorna részvételét a táplálkozás szempontjából, esetleges véres hasmenést, másodlagos fertőzés kapcsán fejlődő sepsist és a vérképben a lymphopeniát.

Nagyobb területen föllépett elváltozások esetén legcélszerűbb a beteget vízággyal rendelkező szakintézetbe küldeni. Az Orvosi Gyakorlat Kérdései 1929. évi 71. oldalán közölteken kívül ajánlható hámfosztott területeken 2%-os bórzinkolaj használata (Rp.: acidi borici 2.0, zinci oxydati, Olei olivarum aa. ad. grammata 100.0). Belsőleg minden esetben meg kell próbálni az IG. Farbenindustrie spirocid-tablettáit (0.10 és 0.25 g. tabletták). Az adagolás a beteg kora szerint történik. Felnőttek háromszor 0.25 gr.-ot kapnak étkezés után három napon keresztül. Utána három nap szünet s így kell folytatni tovább a kezelést, ügyelve az esetleges arzénmérgezés tüneteire (torokszárazság, gyomor-bélzavarok, pigmen-

tatio, nagyon ritkán angioneuroticus tünetcsoport). Klinikánkon egyízben egy 70 éven felüli férfi 40 grammot kapott minden toxikus tünet nélkül, mely után teljesen tünetmentessé vált.

Dóczy Gedeon dr., egyet. tanársegéd, Debrecen.

Megjegyzések Wein Zoltán dr.-nak „A paracentesisről és hibáiról" cimü cikkéhez.

Wein dr. az említett cikkében, igen helyesen, elítéli az acut középfül gyulladásnál szükséges dobhártya átmetszésnek — paracentesis — az ő kifejezése szerint „kapás"-ból, vagyis igen gyorsan és tökéletlenül történő végzését. Ezen alkalomból a következőket írja: „A kapásból végzett paracentesis tökéletlen módszere alatt azt értem, mikor a műtő megcélozva a dobhártyát, a sokszor (horribile dictu!) még manapság is egyenes lándzsát, mint a bálnavadász a szigonyt, belevágja a görbe hallójáraton át a dobhártyába, anélkül, hogy tudná, hol fogja érni a kis dobhártyát a műszer (ha ugyan egyáltalán éri!) és milyen terjedelemben."

Kifogásom van az ellen, hogy az egyenes ,tehát nem hajlított nyelü lándsát elitéli s erre nézve a következőket hozom fel:

A hallójárat görbeségét, mint tudjuk, a porcos részének S alakú elhajlása okozza. Ezen elhajlást a *Lucae August* berlini genialis tanár utasítása szerinti, a vékonyabb végén ferdén levágott kúp-alakú fültölcsér teljesen egyenessé teszi. Most már, hogy ezen egyenessé tett és dobhártya nagyságával legalább is egyező átméretü hengeren át, a jól megvilágított dobhártyát akár egyenes, akár bajonett alakú, akár derékszögben hajlított szárú két élü lándzsával a kellő helyen és a kellő nagyságban át lehet metszeni az régen megállapított dolog.

Hogy milyen lándzsát használjunk, arra nézve a világ egyik legügyesebb orr, torok és fül szakmabeli operateurje: *Jansen* dr. berlini tanár azon a véleményen van, hogy tulajdonképen mindegy, hogy milyen a kétélü lánzsa alakja, ki-ki olyan alakot válasszon, amelyikkel legkönnyebben tudja a hármas metszést (t. i. beszúrás, továbbá úgy felfelé, mint mellfelé tágítás) megcsinálni, de megjegyezte, hogy az egyenes nyelü lándzsát csak az igen könnyü kezüek válasszák. Természetes, hogy ő maga is ezt használta és érdekes, hogy az ő magyar tanítványai (*Török Béla* dr., *Rejtő Sándor* dr. és én) szintén az egyenes nyelü lándzsával tudtunk legjobban dolgozni, de főképen csak úgy, hogy a *Lucae* és *Jansen* tanárok által megkívánt olyan reflectort használtunk, mely a fogak közé szorítható vulkanizált kaucsuk nyéllel volt ellátva és a fényreflexet pontosan vetítette a dobhártyára.

Lucae és *Jansen* nyomán használunk mi is finom, kis, egyélü és kissé hajlított, úgynevezett dobhártyakést, de nem a paracentesis céljára, hanem arra, hogy a cariosus hallócsontocskák kiirtása alkalmával, a feleslegessé vált dobhártyát, a csont rámájáról leválasszuk.

Ami pedig *Wein Zoltánnak* azon állitását illeti, hogy ha a középfülgyulladás nem gyógyul és komplikációk állanak elő, annak az oka a rosszul végzett paracentesis — ezt nem egszen helyeslem, mert a komplikációkat a fertőzés minősége (pl. vörheny, streptococcus, stb.) okozza. Némely fertőzés pl. a dobüreg hátulsó felső negyedében okoz először gyulladást — amikor csecs alakú elődomborodás keletkezik a gyulladt helyen. Ilyen esetben a csecs alakú nyulványnak a kaccsal vagy kettős éles kanállal való lemetszése lehet csak célirányos kezelés — mert bármilyen kiadós parancentesis sem csinál oly nyilást, hogy a geny kiürüljön.

Még csak azt akarom megjegyezni, hogy az aethyl chloriddal való, bár felületes narcosist is *Jansen* dr. azért ellenezte, mert azon időben Londonban — hol minden paracentesist és adenotomiát aethylchlorid bódulatban végeztek — aránytalanul sok halálesetet okozott ez. Különben *Wein* dr. is megmondja, hogy valamely súlyos szervi betegség — szívbaj, vesebaj vagy általános gyengeség és elesettség, főleg ha az heveny fertőző intoxicatio folyománya — kontraindikálja még a felületes bódítást is. Hát a heveny középfülgennyedés nem intoxicatio? Én részemről is elégségesnek tartom a helyi érzéstelenítést, amelyet cocainos cseppeknek az alkalmazása által lehet legjobban elérni (Cocaini, mentholi *aa 2.0*, acidi carbolici 0.5, spirit vini *10.0* mds.). Ezen cseppekkel kis borsnyi watta tampont átitatva, azt a dobhártya hátsó felére helyezem és 20—30 perc mulva kivéve a paracentesist csak kis érzékenységet okozva végezhetem — természetesen a fejet mindig rögzítve.

Udvarhelyi Károly dr., egyet. magántanár.

Válasz Udvarhelyi dr. megjegyzéseire.

Rövidség okából pontokba szedem *Udvarhelyi* dr. kifogásait: 1. Miért nem célszerű az egyenes lándsa. 2. A rosszul végzett paracentesis oka a komplikációknak. 3. Az aethylchlorid-bódulat ellen támasztott aggályok.

Ad. 1. Még a fültölcsérrel kiegyenesített hallójárat mélyébe is csak a fültölcséren át láthatunk és pedig csak egy szemünkkel. Ha a fültölcsér nyilását, ezt a kis látóteret, elfödjük az egyenes lánzsát tartó kezünkkel, úgy a dobhártyát nem láthatjuk és a paracentesist nemcsak „kapásból", de „*vaktában*" is végezzük, még akkor is, ha a reflectort a fogunk között tartjuk. *Ad. 2.* Természetesen lehet a csecsnyulványlobnak sok más oka is, mint az elmulasztott, elkésett vagy hibásan végzett paracentesis, de ez kétségtelenül egyik gyakori oka, amit abból is látok, hogy különösen influanzajárványok alkalmával tett megfigyeléseim szerint, a nálunk alaposan paracentált és helyesen utókezelt esetekben aránylag kevesebb a trepanatio, mint azt másfelől hallom és trepanatióink jórészét a más kézből kapott (leginkább vidéki) esetek teszik ki. Egyébként az általam leírt paracentesis-methodika mellett az *Udvarhelyi* által említett „csecs alakú nyulvány" (az ú. n. Zitzenbildung) is igen ritka szövődményé válik, mert a nagy nyilás nem szükül oly könnyen be. *Ad 3.* A felületes aethylchlorid-bódulat veszélytelensége mindenki előtt tisztán áll, aki azzal dolgozik, úgy hogy ez vita tárgyát alig képezheti. Azon kérdésre, hogy „a heveny középfülgenyedés nem intoxicatio-e", válaszom az, hogy a contraindicatiókról szólva a hangsúlyt nem az intoxicatióra, hanem az *elesettségre* tettem.

Wein Zoltán dr., egyet. magántanár.

Sajtóhiba. Az O. Gy. K. okt. 10.-i számában 161-ik old. fent „*virus filtrabilis*" helyett „*virus filtrabile*" olvasandó.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. rk. tanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos

A rekeszalatti tályog.

A has legfelső részében, a rekeszizom boltozata és a máj domborulata között, a máj függesztő szalagja által jobb és bal részre osztott hasadékban szokott, különböző hasi szervek gyulladása következményeként, genygyülem keletkezni és eltokolódni, ezt nevezzük rekeszalatti tályognak.

E tályogok többnyire szembetűnő tünetekkel járnak, máskor helyi symtomák nélkül, vagy a hashártyagyulladás általános tüneteitől elfedve, csak nehezen diagnostizálhatók. Rendesen a jobb rekeszfél alatt keletkeznek, mert a jobb hasfélben van az ú. n. „hasi viharfészek" az epeutak, a pylorus és duodenum, a pancreasfej és az appendix amely szervek gyakori gyulladásából fejlődnek ki e tályogok. Keletkezési módjuk kétféle. Vagy általános genyes hashártyagyulladásból fejlődnek, mint a legmélyebb helyre sülyedő és a rekeszmozgás szívóhatása folytán itt felgyülemlő és eltokolódó genyből, vagy közvetett úton, lymphangoitis által odaszállított infectiosus anyagból.

A rekeszalatti tályog leggyakrabban appendicitis után keletkezik, másodsorban a máj és epeutak genyes gyulladása után. Okozhatják, ezeken kívül még gyomorfekély perforatio, bélsérülések és hasnyálmirigygyulladás nyomán fellépett genyes hashártyagyulladás, ritkábban genyes mellhártya- és vesekörüli gyulladások, typhus, pyämia, pneumococcusperitonitis; még ritkábban kryptogen, fel nem derített fertőzés.

A tályog leggyakrabban a rekeszdomborulat teteje alatt helyezkedik el, ritkábban a májlebeny elülső, vagy hátsó felületén.

A tályog keletkezhetik hirtelen, erős alarmirozó localis tünetekkel, többnyire azonban általános peritonitis után, annak tüneteitől elfedve, intermittáló lázakkal, határozatlan helyi tünetekkel.

Subjectiv tünetei: A jobb bordaív táján tompa, vagy éles fájdalom, nyomásérzés. A csaknem mindig kifejlődő rekesztáji pleuritis esetén, a légzéssel synchron jelentkező alsó mellkastáji szúrások, nyilallások, dyspnoe.

Objectiv tünetek: Intermittáló magas lázmenet. Ha a tályog nagy, akkor inspectionál az alsó mellkasfél tágabb voltát constatálhatjuk, kisebb légzési kilengésekkel. Ugyanekkor a normálisnál 2—3 bordaközzel magasabban kezdődik a májtompulat, amelyet a tályog által feltolt rekesz, vagy a reaktiv pleuraexsudatum okoz. Néha a tályog felett gázgyülem van, ez esetben egy felső dobos zóna kopogtatható ki a tompulat felett. Rendszerint a letolt májlebeny elől is meghaladja a bordaívet 2—3 ujjal, a máj széle jól tapintható és fájdalmas. Röntgennel a rekeszboltozat feltűnő magasállását constatálhatjuk, valamint relativ mozdulatlanságát. Esetleg a gázhólyagot is meglátjuk. A fehérvérsejtek, mint minden genyes folyamatnál, lényegesen megszaporodtak. Kis tályogoknál, amelyek a fenti tüneteket nem mutatják, gyakran csak a próbapunctio dönti el a diagnosist. Ezt azonban a gyakorlóorvos ne végezze és bízza azt a specialista kórházi orvosra, mert ha aspiratióval genyet találunk, ajánlatos a punctióhoz rögtön a tályog műtéti feltárását is hozzácsatolni. A próbapunctio különben azon veszéllyel is jár, ha a pleuraürön át történik, hogy inficiáljuk a mellüreget, illetve a rendesen ott található exsudatumot. Gyakran egyirányú punctioval meg sem leljük a tályogot, a többirányú beszúrás pedig gyakorlatot kíván és anatómiai szakismeret híjján, más szervek sérülésének és a vérzésnek veszélyével is jár. A tályog megnyitásának módjairól — miután ezek a gyakorlóorvost már kevésbé érdeklik — röviden csak annyit jegyzek meg, hogy ott és úgy nyitjuk meg ahol és a hogy a legkönnyebben hozzáférhető és a merre a legjobban drainezhető. Ez az út lehet elől, oldalt, vagy hátul; transpleurális intrabdominalis, vagy extrapleuralis.

A gyakorlóorvosnak tudni kell azt is, hogy a rekeszalatti tályog spontán alig gyógyulhat. Magára hagyva, rendszerint perforál a környező has vagy mellüregbe, pleuritist, peritonitist, sepsist okozva, amely 80—100% halálozással jár.

Hosszantartó, ki nem derített remittáló lázakkal járó, főleg a has és mellkas jobb oldalára localizálódó megbetegedésnél gondoljunk mindig az abcessus subphrenicus lehetőségére, vizsgáljuk át gondosan ez irányban is betegünket, amidőn ez az aránylag ritka, nehezen megállapítható és súlyos következményekkel járó betegség sem fogja figyelmunket elkerülni.

Jung Géza dr., főorvos. (Gyula.)

Oxygen-fürdők hatása, indikátiói és alkalmazása.

Az oxygen-fürdőnél, a langyos víznek a szervezetre való nyugtató hatása, az oxygen-buborékoknak a bőr idegvégződéseit sajátságos módon ingerlő, élénk bizsergő érzésben nyilvánuló hatásával párosul, ami élettani tekintetben a pulsus lassúbbodásában, a magasabb vérnyomás csökkenésében, általában a vérkeringés enyhébb fokú szabályozásában, az izgalmi állapotok csökkentésében nyilvánul. Eltekintve attól, hogy az oxygen-fürdők hőérzést nem keltenek s a bőr hajszálereit sem tágítják, hatásuk a szénsavas fürdőkéhez általában hasonló, azokénál azonban quantitative kisebb, különösen ami a vérkeringés szabályozását és az idegrendszerre való ingerlő hatást illeti, viszont sedativ hatásuk a szénsavas fürdőkkel szemben kifejezettebben nagyobb. Ezen hatásuk folytán az oxygen-fürdőket elsősorban *functionalis neurosisoknál* vesszük igénybe, melyeknél ezen fürdők nyugtató, egyúttal azonban az idegrendszert zsongító hatása, a fokozott ingerlékenységgel párosult beteges kimerültséget kedvezően befolyásolja. Különösen a szív és a véredényrendszer neurosis-ánál s a climacterium zavarainál alkalmazhatjuk őket haszonnal, azonban a véredényrendszer organicus elváltozásain (arteriosclerosison) alapuló panaszok megszüntetésére is igénybevehetjük őket, amikor az esetlegesen fennálló magasabb vérnyomást csökkentő hatásuk is előnyösen érvényesül. *Szívelégtelenség* esetén, ha a szív erőbeli állapota a szénsavas fürdők szabta követelményeknek még nem felel meg, a fürdőkúrát oxygén-fürdők vételével kezdjük meg. A fürdőket mindezen bántalmaknál langyosan, 33—35 C°-ban alkalmazzuk. A fürdés tartama 10—20 perc. Az oxygen-fürdők előállítása, vagy az oxygengáznak közvetlenül a fürdővízbe való bevezetése, vagy chemiai anyagokból való fejlesztése útján történik. Első esetben zinklemezre, vagy farácsra felszerelt, a kád hosszával bíró (belül üres) bambusnád-csöveket helyezünk a kád aljába, melyek — a velük összekötött oxygen-tartályból nyert oxygent — természetes porusaikon, finom buborékok formájában bocsájtják keresztül. Chemiai úton az oxygennek a fürdőben való fejlesztésére többféle készítménnyel rendelkezünk. A *Sarason*-féle *„Ozetbad"* készítmény 300 grm. natriumhyperboratból áll, melyet a fürdő-

vízben feloldunk, azután pedig a fürdővíz egész felületére elosztva, kevés kolloidalis mangandioydot adunk hozzá, melynek — mint katalysatornak hatására, egy—három percen belül megkezdődik az oxygen képződése, mely 15—20 percig tart. Hasonló elven alapulnak a *Zucker-, Zeo-, Hepin-oxygen-fürdő* készítmények, valamint a hazai *Richter*-féle oxygen fürdősó. A patiens a fürdőbe természetesen csak akkor lép be, amikor a vízbe tett chemiai anyagok már néhány percig hatottak egymásra s így a fürdővíz elegendő mennyiségű oxygent is tartalmaz.

Simicska Gábor dr., főorvos.

A Kernig tünetről.

Az ideggyógyászati diagnosztika egy gyakran alkalmazott, de lényegében kevéssé ismert segédeszköze a *Kernig* tünet: a térdben kifeszített lábszár csípőben való felfelé hajlításakor már kis szögben fellépő objektive tapasztalható ellenállás, melyet legyőzni igyekezvén, a lábszár térdben behajlik, ilyen állapotban azután a csípőben való hajlítás tovább fokozható. Az ellenállás mellett fájdalom is jelentkezik, melyet öntudatlan állapotban levő betegen az arc eltorzulásából is felismerhetünk; a beteg maga is igyekszik az optimális helyzetet felvenni, amikor lábát térdben felhúzva az ú. n. vadászkutya fekvést mutatja. Ezen kiváltási mód mellett — főként ülni tudó betegeknél — egy másik módszer is alkalmazható az ülő helyzetben levő, tehát csipő és térd ízületeiben flectált betegnek lábszárát kiegyenesíteni igyekszünk, a tipusos ellenállás, illetve a térd behajlása és a fájdalom így is jelentkezni fognak.

Az ellenállás fellépésének pontos határa meg nem adható, ez individuális, az általános izomtónustól függő körülmény, de némi gyakorlattal könnyen elsajátítható a már kóros viszonyok felismerése. Vigyázzunk főként, hogy a beteg ne tudja előre, mit akarunk vizsgálatunkkal elérni, mert különben hysteriás, neurastheniás betegeink minden komoly alap nélkül prompt fogják a tünetet demonstrálni és így kórismézésünket helytelen irányba terelik.

A *Kernig* tünetnek régen döntő kórjelző fontosságot tulajdonítottak a meningitises kórképek felismerésében, ujabban azonban kiderült, hogy míg egyfelől a biztos meningitisek 30%-ában hiányzik a tünet, addig más megbetegedések (extramedulláris tumor, az intracerebrális nyomás fokozódásával járó kórképek, polyomyelitis anterior, neuritis ischiadica stb.) is létrehozhatnak a *Kernig*-gel teljesen megegyező tünetet.

A tünet kétféleképen állhat elő: *a)* primaer tónuselváltozás, *b)* primaer fájdalom okozta reflectorikus tónuselváltozás útján.

a) A primaer tónuselváltozás oka minden valószínűség szerint *kérgi izgalom*, mely az elülső központi tekervény lábcentrumán keresztül a pyramis pálya közvetítésével hozza tonusos összehúzódásba a láb hajlító izmait. Meningitisek, toxikus meningismus eseteiben a kérgi izgalom kétoldali, a Kernig tünet is mindkét oldalt fellelhető. Agyvérzések kezdeti szakában az intracerebrális nyomás fokozódása révén ugyancsak kérgi izgalom áll fenn, de itt, a vérzés oldalán a pyramis pálya sérülvén, a hemiplegiás oldalon *nem*, csak az *ép* oldalon fog jelentkezni a Kernig tünet, minthogy fellépéséhez, mint említettük, ép pyramis pálya szükséges. Ezen esetekben beszélünk *valódi* Kernig tünetről.

b) Spinális (polyomyelitis anterior, extramedulláris tumor stb.), vagy peripheriás (neuritis ischiadica) megbetegedésekben a hátsó gyökerek, illetve az idegtörzsek gyulladásos affectiója szerepel a tünetet kiváltó ok gyanánt.

Az alsó végtagok mozgatásánál az előbb említett radiculitis (pl. polyomyelitis anterior), vagy hátságyöki izgalom (dorsalisan fekvő extramedulláris tumor) heves fájdalmat vált ki, mely viszont a gerincoszlop reflectorikus megmerevítésére vezet, azt védett nyugalmi helyzetben tartandó. E paravertebralis contractura következménye a medence mozgások és így a csípőben való combhajlítás korlátozottsága. A hátsó gyökerek neuritises vagy nyomásos izgalma ezenkívül a normálisan is meglevő nyujtódási (Dehnungs-) reflex fokozódását is okozza, a reflex ív afferens szárát izgatván. E nyujtódási reflex valamely izomcsoport aktiv vagy passiv mozgatásakor az antagonista izomzatban a nyujtódásra, mint proprioceptiv ingerületre beálló reflectorikus összehúzódás, mely compensatorikus, szabályzó szerepet tölt be és túlmozgásokat akadályoz meg, illetve a normális mozgások könnyű, zökkenésmentes lefolyását teszi lehetővé.

Peripheriás neuritis (ischias) eseteiben a nervus ischiadicus mechanikus megfeszülése okozza a fájdalmat és az ezzel járó védekező izomellenállást, illetve a nyujtást megszüntető reflectorikus térdbehajlítást, az idegtörzs gyulladásos izgalma pedig a fentivel analog módon a nyujtódási reflex fokozódását.

A Kernig tünet ezen esetekben tehát az *a)* alatt megjelölt direkt móddal szemben reflectorikus eredetű pseudo Kernig, mely leírója — a neves spanyol gyermekgyógyász — után Morquio tünet néven is ismeretes. A neuritis ischiadicánál észlelt pseudo Kernig tünetet külön névvel Lasségue után keresztelték el.

Ugyancsak pseudo Kernig tünet természetesen a polyomyositis esetekben az alsó végtag hajlító izmaiban, vagy a comb, illetve alszár izmokra localisálódó trichinosis esetekben nyujtáskor fellépő fájdalom és reflectorikus izom megfeszülés; a tünetnek itt a lokális izom megbetegedés az alapja.

Lényegében teljesen megegyezik a Kernig tünettel az ugyancsak meningitiseknél vagy a hátsó gyökerek, idegtörzsek neuritikus elváltozásánál észlelhető *Brudzinsky* és *de Lepinay* által leírt phaenomen is, mely csak az izomzat más kényszer synergismusában nyilvánul meg, pl. a fej előrehajlításakor a térdek egyidejű behajlítása.

Bár a Kernig tünet ismerete, illetve kiváltásának alkalmazása rendkívül fontos a mindennapi gyakorlotban is, csupán a többi tünet (láz, tarkómerevség, más neurologiai tünetek, liquorlelet az ischiadicus,s pontok nyomásérzékenysége stb.) egybevetésével értékesíthető, létrejöttének heterogén mechanismusa miatt.

Klimes Károly dr.

A csecsemőpyelitis és kezelése.

A húgyszervek pyuria által feltételezett gyulladásos megbetegedései a csecsemő és gyermekkorban az igen gyakori megbetegedések közé tartoznak. Régebben az izolált cystitist klinikailag elkülönítették a pyelitis és pyelonephritistől, nyilvánvaló azonban, hogy a gyulladásos folyamat csak igen kivételesen szorítkozik a húgyutak egyes bonctani részleteire, a cystitis, pyelitis, cystopyelitis és pyelonephritis csupán egy és ugyanazon folyamat különböző fokozatainak megkülönböztetését jelenti. A klinikai és kórbonctani vizsgálatok alapján ma már ismeretes, hogy a csecsemő- és gyermekkori pyuriák eredete legtöbbször a vesemedence gyulladásos megbetegedése és ezzel egyidejűleg genyes, interstitialis gyulladás a vesében. A gyermekkori pyelitis leggyakrabban az első életévben fordul elő, különösen gyakori a 2. és 3. negyedévben. Leánygyermekek gyakrabban betegednek meg pyelitisben, a csecsemőkorban azonban igen jelentékeny a megbetegedett fiúgyermekek

arányszáma, mely az életkor növekedésével párhúzamosan csökken.

A pyelitis kórokozója legtöbbször bacterium coli, amely mellett a pneumo-, strepto-, staphylococcus, bac. proteus és gonococcus sokkal ritkábban fordul elő. A pyelitist okozó fertőzés behatolása a csecsemő szervezetébe különböző úton történik. Az egyik mód az endogen, descendáló, a nyirok- és vérerek útján történt fertőzés. A csecsemőkori pyelitisek legnagyobb része, az ú. n. következményes pyelitisek, ill. pyuriák endogen eredetűek és vagy metastatikus úton jönnek létre, vagy primaer vesemegbetegedés következményei. Az exogen fertőzés lehetősége (cystitis katheterezés után, tisztátalan pelenka, idegen test, stb.) nem ritka ugyan, de a csecsemőkorban az előbbihez viszonyítva háttérbe szorul.

A csecsemőkori pyelitisek legsúlyosabb alakja a septikus-meningealis pyelitis, amely magas lázzal, az általános állapot nagyfokú befolyásoltságával, nyugtalansággal, étvágytalansággal, hányással kezdődik, gyakran súlyos, heveny táplálkozási zavar (intoxicatio alimentaris) képében. Az ilyen csecsemők bőre halvány, sokszor fakósárga színű, amely a megbetegedésnek igen jellemző tünete, gyakran az első tünetek közé tartozik és ezért rögtöni vizeletvizsgálatra hívja fel a figyelmet. A csecsemőkori pyelitisek legnagyobb része a következményes vagy kísérő pyuria képében jelentkezik, amely valamely más lázas megbetegedéshez (angina, pharyngitis, influenza, otitis, stb.) társul. A szövődményre a lázgörbe újabb exacerbatiója hívja fel a figyelmet, mely septikus jellegű is lehet, azonban a csecsemőkori pyelitisnél a láz gyakran igen csekély, sőt hiányozhat is, úgy, hogy a diagnosist csak a vizeletvizsgálat biztosítja. A kisgyermekkorral ellentétben a vizeletkiválasztás zavarait (dysuria, tenesmus) igen ritkán látjuk a csecsemőkorban. Míg nagyobb gyermekek pyelitise chronikus lefolyásra és recidivákra hajlamos és ritkán vezet sepsis kórképe mellett halálhoz, addig a csecsemőkori pyelitis igen ritkán válik idültté, rendszerint heveny lefolyású, ritkán tart 6 hétnél tovább, de a súlyos sepsisbe való átmenet és az exsiccatio miatt az életet veszélyezteti.

A csecsemőkori pyelitis gyógykezelésében éppen az exsiccatio elkerülése a legfontosabb gyakorlati irányelv. A kezelést célszerű a tápláltsági állapottól függően 1, esetleg 2 cukornappal kezdeni, a csecsemő caloriaszükségletét nád- vagy szőlőcukor megfelelő mennyiségével kell fedeznünk. Csecsemőknek naponkint és testsúlykg.-kint 20—25 gr. cukrot kell adnunk napi 700—1200 gr. folyadékban (víz, orosz tea, medveszőlőlevéltea). A pyelitissel járó étvágytalanság miatt a per os való adagolás gyakran nehezen sikerül, ilyenkor 20—25%-os szőlőcukoroldatot adunk klysmában. A pyelitis súlyos, hányással járó septikus formáinál, különösen ha exsiccatio veszélye fenyeget, a napi cukoradag egy részét hypodermoklysisek alakjában juttatjuk a szervezetbe. Célszerű 3—6%-os steril dextrose-oldatból naponta 2—3 ízben 100—200 ccm mennyiséget bőr alá fecskendezni. A cukornap után a csecsemő étrendjének összeállításában azok a szempontok az irányadók, mint parenteralis infectiónál. Különösen az étvágytalanságra való tekintettel koncentrált táplálékokat rendelhetünk (pl. Moro-féle tápszer), ha párhuzamosan gondoskodunk kellő mennyiségű folyadék beviteléről.

A csecsemők pyelitisének gyógyszeres kezelésétől megbízható eredményt nem várhatunk, de célszerű, ha a desinficiens szerekkel kísérletet teszünk: salolt adhatunk 0,5 gr., később 1,0—1,5 gr-os napi adagokban, ha 8—10 nap alatt lényeges javulás nem észlelhető, urotropinra térjünk át (5 ízben 0,10—0.25 gr.) Hasonló hatásúak a borovertin, helmitol, cystopurin, stb. Általában célszerű a gyógyszereket gyakran változtatni és a heveny tünetek lezajlása után hosszabb időn át alkalmazni. A vizelet alkalizálásától különösebb eredményt nem várhatunk, hasonlóképen nem jöhet tekintetbe a csecsemőkorban a különböző desinficiens oldatok és bactericid anyagok intravenás alkalmazása sem. Mint egyéb septikus megbetegedéseknél, úgy a pyelitis egyes eseteiben is jó szolgálatot tehet a divatos, nem specifikus ingertherapia, az ismételt intramuscularis anyavérinjectiók alkalmazása 2—3 napi időközökben, 5—10 ccm. mennyiségben. Egyes esetekben, ha a csecsemő táplálkozási állapota megengedi, ajánlatos a sterilen vett vizeletből készült autovaccina alkalmazása 50 millió csirát tartalmazó anyaggal kezdődőleg fokozatosan emelkedő adagokban. A 2—3 naponkint megismételt befecskendezések eredményeképen 8—10 injectio után (4—500 millió csira) az esetek legnagyobb részében lényeges javulás várható.

Csőke László dr., közkórházi alorvos.

A tüdőgümőkor tanának ujabb haladása a gyakorlóorvos szempontjából.*

Az általános orvosi gyakorlatnak egyik legnehezebb s legfelelősségteljes feladata a tüdőgümőkór korai felismerése. Felismerése a betegségnek korán, vagy legalább is idejekorán, amikor még a kollapszusterápia valamelyik módja jó eredménnyel végezhető. Be kell vallanunk, hogy a korai tbc. diagnosztika terén az általános gyakorlat nagyon sok kívánni valót hagy maga után, de hiszen a klinikai orvostudomány is csak legújabban kezd *Assman, Redeker, Holló* stb. kutatásai után a tbc. genezisébe jobban belelátni. Az utolsó évek ezen szorgos kutatásai a tüdővész keletkezésére vonatkozó nézeteinket lényegesen megváltoztatták és fontos praktikus eredményekhez vezettek.

Ezen megállapításokat *Redeker* után a következőkben foglalom össze:

1. A progrediáló halálos felnőttkori phtisis aránylag csak ritkán fejlődik csúcstuberkulózisból és pedig *Bräning* szerint az esetek mintegy 7%-ában.

2. A tüdőgümőkór lappangó, elhuzódó kezdetére vonatkozó tan, az egész csúcshurut képzet teoretikus dogma, melytől meg kell szabadulni.

3. A krónikus felnőttkori phtisis az esetek túlnyomó nagy részében *korai infiltratum*ból fejlődik.

Ezen új tan körül jelenleg a klinikusok, patológusok és röntgenológusok között élénk irodalmi harc folyik. Pl. hogy egyebet ne említsek *Chaoul*, a Saurbruch klinika radiológusa a korai beszűrődés jelentőségét egyenesen kétsgbe vonja. Heves vita tárgyát képezi a csúcstbc. relativ veszélytelensége is. Nincs még kellőkép tisztázva a korai infiltratum fellépténél az endogen és exogen reinfekció szerepe sem. A mindennapi gyakorlat emberének azonban sem ideje, sem módja nincsen arra, hogy ezekbe a vitákba beleszóljon. Véleményem szerint nem is ez tartozik rá, hanem el kell, hogy fogadja a tan praktikus eredményeit és annak szellemében kell cselekednie.

A tbc. kezdeti formáinak, jelesen a korai infiltratumnak a felismerése a gyakorlóorvoson fordul meg, annak kezébe van letéve. Ő látja először a beteget, ismeri körülményeit, környezetét, társaságát, mint háziorvos születésétől kíséri a gyermeket a serdülő korba. Ebből a szempontból talán könnyebb is a helyzete. A korai beszűrődés felismerése azonban nem tartozik a könnyű feladatok közé, mert váratlanul, feltűnés nélkül, inkognitóban jön, hiszen a szubjektiv tünetek nem is utalnak tüdőmeg-

* A magyar orvosok tuberkulózisegyesületének XIII. nagygyűlésén Miskolcon, 1931. július 4-én tartott előadás.

betegedésre, épp azért gondolni kell rá. Fertőzésnek kitett serdülő gyermekeknél a pubertas utáni időben fellépő, objektiv tünetekben szűkölködő akut lázas megbetegedés, influenza, különösen ha az járványmentes időben jelentkezik, felette gyanús. Igazán azzá válik, ha ismétlődik, esetleg súlyosabb mértékben és már hurutos tüneteket is okoz.

Megnehezíti a gyakorló orvos dolgát, hogy a mellkasi lelet még ilyenkor is teljesen negativ lehet. A korai beszűrődés ú. i. mint köztudomású, egy addig ép tüdőszövetben fellépő lobos infiltráció, mely leginkább infraclaviculárisan a Stürtz mezőben, a franciák zone d'alarme-jában perifériásan, de nem a pleura közvetlen szomszédságában foglal helyet, azonban lehet az alsó, vagy középső tüdőmező bármely részén is s fizikális vizsgálattal már nagysága és helyzete miatt sem mutatható ki. Épp azért ilyenkor komoly és körültekintő vizsgálatok sorozatos eszközlése válik szükségessé. Ha hurutos tünetek vannak jelen, akkor köpetvizsgálat elengedhetetlen és nagyon sokszor el is dönti a kórismét. Gyakorlóorvos mikroszkop nélkül nem existálhat, kellő jártassággal kell bírnia a köpetvizsgálatokban. A megfelelő köpetrészből számos készítményt kell átnézni, mert sokszor előfordul, hogy több negativ lelet után mégis positiv lesz az eredmény. (Különösen ajánlható Osol szerint vastagon kikent preparatum.) Friss beszürődéseknél hiányzó köpet természetesen komoly diff. diagnosztikai nehézségeket okozhat. Ilyenkor a vérsejtsülyedés meghatározásához kell fordulni. Ugy a Linzenmeyer, mint még inkább a Westergreen-f. eljárás igenis a gyakorlóorvos laboratoriumához tartozik és fontos útbaigazítással van segítségére. Gyanús esetekben a vérselytsülyedés gyorsulása valószínűvé, + Koch lelet biztossá teszi a diagnozist, amit aztán a röntgenvizsgálat kézzelfoghatóan érzékít.

Röntgenképen a korai beszűrődés cseresznye-dió-alma nagyságú, diffus, nem tulságosan tömött, nem éles határú árnyékban jelentkezik, felléphet ez a tüdő bármely részén, amelyet azonban a különféle átvilágítási irányok mindig a tüdőmezőbe kell, hogy vetitsenek. Hangsúlyoznom kell, hogy a mindennapi gyakorlat a röntgenvizsgálat okozta előnyöket minél fokozottabban használja ki, mert különben magát kellemetlen meglepetéseknek, a beteget pedig könnyen irreparábilis károsodásnak teszi ki. Tüdőmegbetegedéseknél a mellkas átvilágítása az obligát vizsgálatok közé tartozik. Korai infiltratum lehetősége esetén a legnagyobb gonddal kell átkutatni a tüdőmezőket, a fotogramm, mely mint pillanatfelvétel legalább 125 cm. távolságból készüljön és a qualitativ diagnosztikára teljesen alkalmas legyen, az infiltrációs árnyékot lehetőleg bordaközbe vetítse. Eredménytelenség esetén tanácsosabb a vizsgálatot megismételni.

A beszűrődés, mint tudjuk, teljesen felszívódhat, ha az invázió és védelmi berendezés viszonya a szervezetre nézve kedvező, máskor kötőszövetesen, tehát maradandó heggel gyógyul. Ha ellenben a védelmi berendezés tökéletlen, az immunbiológiai folyamatok az infekciót ártalmatlanná tenni nem képesek, az infiltrátum elsajtosodik, ellágyul és kavernaképződéshez vezet. Ez a kavernizálódás napok alatt következhet be és ennek az úgynevezett korai kavernának megjelenésével elérkezett az utolsó óra az aktiv korai terápia bevezetéséhez, mely ha a betegséget ezen a ponton meg nem állítja, nyitva van az út a progrediáló tüdőtbc felé.

A korai beszűrődés szuverén gyógykezelése: hetekre kiterjedő abszolut ágynyugalom és mellőzése mindenféle ingerterápiának. Minden gyanús esetben a gyakorlóorvos tekintsen el a napoztatástól, quarcolástól, minél indifferensebb a klima, annál jobb és semmi esetre se küldjük le a beteget korai infiltratummal az erős inszolációnak kitett Adria mellé. Helyrehozhatatlan károsodást okozhat bármiféle tuberkulin alkalmazása is, különösen veszedelmes lehet a nem dozirozható Pondorff skarifikáció, vagy Ektebin bedörzsölés alakjában. Az 1926—27-es években én magam is végig csináltam a Pondorff lázat, akkoriban nem igen került intézeti orvos elé olyan beteg, aki az efajta kezelés áldásaiban ne részesült volna. Ma már nem ajánlom, hogy gyakorlóorvos tuberkulinkezelésbe kezdjen.

Amilyen várakozó és ellenőrző álláspontot lehet elfoglalni, amíg csak beszűrődés van jelen, épp oly erélyesen beavatkozó terápiára van szükség, ha szétesés, kavernizálódás következett be. Át kell menni a gyakorlóorvos tudatába annak, hogy a phtisist kreozottal és priessnitzborogatással meggyógyítani nem lehet. Kaverna ellen fekvőkúra sem elegendő, csak az idejében végzett pneumothorax, illetőleg phrenicotomia az, mely célhoz vezet, ami a bajt feltartóztatja. *Romberg* szerint még akkor is, midőn a röntgenkép a góc indurációs gyógyulását, vagy a kaverna kisebbedését mutatja, tanácsosabb légmellkészítés, mert köteges kavernák fejlődhetnek (Strangkaverna), melyekből mindig meg van az eshetőség a tbc. progressziójára.

Az általános elszegényedés és rossz kereseti lehetőségek miatt az alföldi gazdatársadalom, melyből betegeim zöme regrutálódik, manapság nincs abban a helyzetben, hogy betegeit hosszabb időn át szanatóriumi ellátásban részesítse, már pedig gümős morbiditás és mortalitás terén, mi, Nagy Alföld, vezetünk és ott is a falu erősebben van érintve, mint a nagyobb városok. Épp ezért én magam nálunk ambuláns légmellkezelést vezettem be. A Forlanini műtétre betegeimet magam viszem vagy a debreceni Auguszta szanatóriumba, vagy a belklinikára, ott az esetet szakemberrel megbeszélve az első töltést magam végzem, az utántöltéseket otthon eszközlöm. A kezelés a tanyavilág, a betegek indolenciája, stb. miatt meglehetős nehézségekbe ütközik. Sokkal több szerencsém és jóval állandóbb eredményeim vannak — a beteg is könnyebben egyezik bele egyszeri beavatkozásba — közép- és alsólebeny folyamatoknál, melyeknél mindjárt phrenicusexairesisre határozom magam, mit szintén ambulanter végeztetek a debreceni sebészeti klinikán. Az állandó ellenőrzés határozottan meggyőz arról, hogy eseteim phrenicus műtét után magaslati klima nélkül, a szanatóriumi élet otthoni utánzásával teljesen meggyógyulnak, kavernájuk zárul, helyét heges kötőszövet foglalja el.

Mindenki előtt ismeretes, hogy milyen pusztításokat végez az alföldi színmagyar lakosság között a tuberkulózis. Annál sajnálatosabb, hogy a szabad hajdú városok egyikében sincs tüdőbeteggondozó intézet, pedig az új orientáció szellemében vezetett dispensaire az ilyen zárt lakosságú városokban, ahol úgyszólván uzus meghalni a születés helyén, a mai leromlott gazdasági viszonyok között is sokat segíthetne. A tüdővészeseket kataszterbe szedve a falun is ki lehene tanítani, hogy milyen módon vigyázzanak környező embertársaik épségére. Sokat lehetne tenni a betegség kifejlődésének megakadályozására, sőt a kifejlődött betegséget is többnyire meg lehetne gyógyítani. Hézagos, szükre szabott fejtegetésem *Holló* szavaival végzem: a pneumothorax elmulasztása műhiba, mely nemcsak a beteget sujtja, hanem a társadalmat is. A légmellkezelésben ma találkozik a profilaxis és terápia, épp azért mind azt a csekély energiát, melyet egy kimerült ország a gümőkór ellen még latbavethet, elsősorban arra kell fordítani, hogy minél kevesebb beteg pusztuljon el azért, mert nem jutott idejében pneumothoraxhoz. És ha ezt a perifériákon is meg tudjuk valósítani, eleget tettünk *Korányi Frigyes* régi követelésének: a tüdőbajos beteg ott fog meggyógyulni, ahová életkörülményei, hivatása, foglalkozása köti.

Nikodémusz István dr.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. rk. tanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos

A tetania kórismézése.

A görcsrohamokkal járó és a különböző görcsféleségeket mutató betegségek kórismézése az általános orvosi gyakorlatban sokszor nagy nehézséggel jár. Szinte kivételes az, hogy magát a görcsrohamot észlelhetjük. A mindennapi tapasztalat pedig hamar megmutatja azt, hogy különösen a kevésbbé művelt osztályhoz tartozó betegek és hozzátartozóik nem tudnak helyesen beszámolni a görcsrohamaikról. Az egyszerű nép az epilepsia, a gyermekkorban előforduló görcsféleségek és a tetania oka gyanánt is a megíjedést, a szemmel verést és más hasonló lelki mozzanatokat fogad el. Ezért a betegségi tüneteket is ily előítéletek alapján sokszor teljesen helytelenül, sőt félrevezető módon mondja el az orvosnak.

A tetaniánál is, éppen úgy mint az epilepsiánál sokszor az egyedüli betegségi tünet a jellemző görcsrohamok jelentkezése. A görcsmentes szakban a klinikai vizsgálat útján jóformán alig akadunk valamely biztosan értékesíthető tünetre. Elsőrendű fontossággal tehát a görcsrohamokkal járó betegségek kórismézésénél azok a módszerek bírnak, amelyek útján a jellemző rohamokat elő tudjuk hívni.

Epilepsiánál az ú. n. interparoxysmalis szakban a különböző rohamkiváltási módszerekkel (*Tsiminaki*-féle carotis compressio, *Wagner*-féle cocain- és *Benedek*-féle adrenalin befecskendezések, továbbá a *Foerster*-féle hyperventilatio) igyekszünk a biztos kórismézést lehetővé tenni. Tetaniánál sok esetben a görcsrohamok igen ritkán jelentkeznek, úgy hogy ilyenkor ú. n. lappangó tetaniáról szoktunk beszélni. Ha alkalmunk nyilik, rendszerint mindkét oldalt a felső végtagon jelentkező jellemző tetaniás görcsöket észlelni, akkor a kórismézés igen könnyű. Az izomgörcs rendszerint a kézújjak és a kéztő hajlító izmaiban a legkifejezettebb. Ezért jön létre igen gyakran a jellemző őzfejszerű szülészkéz-tartás. Kifejezett tetaniás görcsroham esetén az izmok görcsös összehúzódása átterjed a felkar adductoraira és a kar könyökben meghajlik, a felkar pedig a törzshöz szoríttatik. Az alsó végtagokon a görcs a lábujjaknak a talp felé való karomszerű behajlásából és a lábfej talpi hajlásából áll, vagyis a roham az ú. n. carpopedal tartásban nyilvánul meg. A jellemző tetaniás görcsrohamokon kívül azonban számos enyhén kifejezett és más izomterületeken is jelentkező görcsös megnyilvánulás is előfordul.

A lappangó tetaniára jellemzőnek mondott tünetek közül felemlíthetjük a *Chvostek*-féle jelet, az *Erb* és a *Thiemich—Mann*-féle tünetet és az egyes esetekben észlelhető trophikus zavarokat. A *Chvostek*-tünet az arcideg fokozott mechanikai ingerlékenysége folytán jön létre és abban áll, hogy a *n. facialis* közös pontjának a reflex kalapáccsal való megütésére az arcideg egész területén (Chvostek I.) vagy pedig csak az orrszárny és a szájzug izmaiban összehúzódás áll be (Chvostek II.), illetve még kisebb fokban való jelentkezés mellett csak a szájzug izmaiban látható az izomösszehúzódás. (Chvostek III., vagyis harmadfokú Chvostek tünet.) A tetaniára nézve feltétlen kórjelző értékűnek a *Chvostek*-féle tünetet nem vehetjük. Egyrészt ugyanis chronicus tetaniánál hiányozhat, másrészt pedig többé-kevésbbé kifejezetten más betegségeknél, mint epilepsiánál, tuberculosisnál, neuropathiás egyéneknél, sőt *Frankl—Hochwart* megfigyelései szerint egészséges egyéneknél is előfordulhat. Fontosnak bizonyult a *Chvostek I.* kiváltásánál az a módszerünk, hogy a vizsgáló hüvelykujjával a külső szemzúgtól kifelé leszorítja a bőrt és izmokat. Ennek elmulasztása mellett ugyanis a facialis törzsre való ütés hatása a bőr vongálása folytán a homlok és szemkörüli izomzatban is megrázkódást okozhat, amelyet tévesen *Chvostek I.* tünetnek is jelezhetnénk.

Az *Erb*-féle tünet a galvanos árammal való könnyebb ingerelhetőségen alapszik. A *n. ulnarisnál* pl. a *KZR* (kathód zárási rángás) a normalis 1.2—3.3 MA helyett már 0.1—0.7 MA mellett jelentkezhet és sokszor már 0.5 MA mellett kathod zárási tetanusba megy át. A Thiemich—Mann-féle tünet a kathod nyitási rángásnak gyenge áramokkal való kiválthatóságában áll. A normalis $KNyR = 8.22$MA érték helyett $KNyR = 1.22$ MA átlagérték szerepel *Mann* vizsgálatai szerint. Minden esetre a *KNyR* 5 MA alatt áll be. Az *Erb* és *Thiemich—Mann* tüneten kivül, amelyek a gyakorló orvos számára nem mindig könnyen elvégezhető vizsgálati eljárást kívánnak meg, a hyperhydrosis, a polyuria, a bőr és bőrfüggelék-szervek (haj, fogak, körmök) táplálkozási zavarai a tetaniának inkább nem állandó (ú. n. inconstans) tünetei közé tartoznak.

A tetania legfontosabb kórjelzője kétségtelenül a *Trousseau*-féle tünet. Hasonlóan az epilepsiás rohamkiváltó módszerekhez, ennél a tünetnél szintén a jellemző tetaniás görcsroham kiváltásáról van szó. Míg azonban epilepsiánál aránylag csak az esetek kisebb százalékszámában sikerül a rohamot kiváltani, addig tetania kifejezett eseteiben a *Trousseau*-tünet rendszerint előhívható. *Trousseau* a tünetre tulajdonképen véletlenül jött rá, még 1868-ban akkor, amikor egy betegénél érvágás miatt a felkarra a szokott érleszorító kötést alkalmazta és azt tapasztalta, hogy jellemző tetaniás görcsök léptek fel. A jelenség okát kutatta és rájött arra, hogy lappangó tetániában szenvedő betegeknél a felkar erős lekötése által a karnak jellemző tetaniás görcsét lehet kiváltani. Minél súlyosabb tetaniás betegről van szó, annál gyorsabban és élénkebben válthatjuk ki a *Trousseau*-tünetet. Néha elegendő a bicip. árokban ujjunkkal végzett erélyes nyomás ahhoz, hogy tetaniás görcsöt hívjunk elő. Egyes esetekben a karok felemelt helyzetben hosszabb ideig való tartása is kiválthatja a *Trousseau* tünetet, amint erre már *Jendrassik* is felhívta a figyelmet. A tünetet latens tetania oly eseteiben is kiválthatjuk, amelyeknél spontán tetaniás görcsöket egyáltalában nem észlelhetünk. Legegyszerűbb kiváltási technikája az, ha *Esmarch* pólyával, vagy az intravénás befecskendéseknél szokásos módon gummicsővel kötjük le a felkart. Kb. 2—3 percig szükséges a lekötést fenntartanunk. Ha ezután sem jelentkezik tetaniás görcs, akkor a *Trousseau*-tünet negativ. A tünet a különbözeti kórismézés szempontjából is a legbiztosabban felhasználható. Hasonló a *Trousseau*-tünethez a *Schlesinger*-féle „láztünet". Ezt úgy váltjuk ki, hogy a térdizületben feszített lábat a csipőizületben passive erélyesen hajlítjuk. Ilyenkor rövid idő mulva, legfeljebb két percen belül a térdizületben az alszár erős feszítő görcse és a lábfej szélső supinatiójc áll elő.

A *Trousseau*-tünet okának régebben az ütőeres vér odafolyásának megakasztását tartották. *Frankl—Hochwart* vizsgálataiból tudjuk, hogy a tünet inkább reflex-folyamat, amelyet a sulc. bicip.-ban az idegtörzsekre kifejtett nyomás idéz elő. Az ő kísérleteinél ugyanis a mesterségesen tetaniássá tett kutyáknál a sze-

baddá tett ideg legenyhébb érintése is kiváltotta a tetaniás rohamot, míg a véredények összenyomása semmiféle hatással nem járt. Egyébként tetaniás betegeknél az idegekre más helyen kifejtett nyomás is kiválthatja a rohamot. Igy a *n. femoralisra* gyakorolt nyomás, sőt esetleg a kéz *proc. styloideusára,* vagy valamely csigolya tövis nyújtványára alkalmazott ütögetés is felébresztheti a tetaniás görcsöket.

A tetaniás görcsöket tulajdonképen csak tünetnek foghatjuk fel, nem pedig sajátlagos betegségnek. A szervezet görcskészségének fokozódása képezi a tetaniás görcsöknek általános előfeltételét, amely görcsöknek sajátlagos formáját bizonyos chemiai változások és a belső elválasztású mirigyrendszer megszabott zavarai idézik elő. A parathyreoideáknak a tetaniánál való szerepét a tetania strumipriva esetei bizonyítják. Az élettani vizsgálatok szerint a mellékpajzsmirigyek hormonja a gerincvelő elülső szarvában lévő mozgató sejteknek ingerlékenységére gátló hatást fejt ki, míg az adrenalin, illetve a chromaffin-rendszer sejtjeinek működést serkentő hatásuk van. A parathyreoideák működése a guanidinnek (a kreatin constituense) felhalmozódását is gátolja, amely anyag tudvalevőleg szintén képes tetaniát okozni. A mész-anyagcserében beálló változások, a vér mésztartalmának csökkenése szintén elősegítőleg hat a tetaniás rohamokra. A vér alkalosisa is okozhat tetaniás görcsöket. Az epilepsiás rohamok kiváltására használt *Foerster*-féle hyperventilatiós kísérletek útján, amelyek szintén a vér enyhe alkalosisával járnak, tetaniás rohamokat is kiválthatunk. A debreceni klinikán a hyperventilatióval végzett vizsgálataink szerint enyhébb fokú epilepsiában szenvedő betegeknél is gyakran válthatunk ki, különösen hosszabb 15—20 perces hyperventilatio után a kézen kevésbbé kifejezett tetaniás görcsös tartásokat, illetve tetanoid jelenségeket.

Thurzó Jenő dr., egyet. magántanár. (Debrecen.)

Az appendicitis röntgendiagnostikája.

Röntgenvizsgálat természetesen csak chronicus appendicitisnél jöhet szóba.

Már a röntgenologia korai éveiben foglalkoztak a röntgenologusok az appendix és appendicitis vizsgálatával, azonban inkább csak indirect tünetek, a coecum elmozgathatósága, a nyomásérzékenységnek a coecum fenekére való localisálása stb. volt az, amit meg lehetett állapítani. Magát az appendixet meglátni inkább csak véletlenül sikerült, ha feltelődött kontrastanyaggal és olyan kedvezően feküdt, hogy a fölvételen, vagy az átvilágításoknál észre lehetett venni.

Ez a magyarázata annak, hogy hosszú éveken keresztül vita tárgyát képezte a kérdés, hogy maga a feltelődött, vagyis a röntgenologice látható appendix ép-, vagy kóros-e.

Nagy lépéssel vitték előre az appendicitis röntgendiagnostikáját *Henszelmann Aladár* vizsgálatai, aki feladatul tűzte ki, hogy a féregnyúlványt igyekezni kell minden esetben meglátni. E célból konstruált egy kis eszközt, a „konikus compressort", amivel be lehet nyomni a beteg hasát, vele a coecumot félretolni, felemelni, stb. és így az esetleg elfödötten fekvő appendixet meg lehet látni. Jól megfigyelhetjük a H.-féle eszközzel az appendix passiv elmozgathatóságát esetleg véletlenül mutatkozó activ mozgásait, nyomásérzékenységét stb. Végül ugyanebbe a kis eszközbe be lehet helyezni egy filmet és a legmegfelelőbb beállításban felvételt készíteni róla. Vagyis evvel a kis háború előtti eszközzel a legmodernebb úgynevezett „célzott fölvételek dosirozott compressióval" készíthetők.

H. kidolgozta a chr. app. röntgendiagnostikáját és több közleményében leírta a symptomatologiáját.

Hasonló eszközöket mások is konstruáltak és igyekeztek az appendix vizsgálatát mind tökéletesebbé tenni.

Ez a H.-féle symptomatologia annyira tökéletesnek volt mondható, hogy csak az utóbbi években tudott tovább fejlődni. Ugyanis *A. Czepa* (Wien, Holzknecht intézet, 1927.) tanulmányai és megfigyelései révén arra a meggyőződésre jutott, hogy az ép appendixnek minden esetben fel kell telődnie kontrastanyaggal. Ennek csak az lehet az akadálya, hogy a vizsgálat megkezdésekor, vagy folyamata alatt, nem ürült ki belőle egészen az előbbi bélsártartalom. Törekedni kell tehát arra, hogy az appendixet föltétlenül feltöltsük, ezért Cz. először is a kontrastanyaghoz hashajtót (keserűsót) adagol. Másodszor pedig, ha nem telődött föl az appendix, akkor 24 óra mulva újból, további eredménytelenség esetében harmadszor is megitat vele egy-egy keserűsós kontrastsuspensiót és megfelelő időközökben mindég újból átvilágítja, amikoris minden lehetőt elkövet (palpatios manöverek átvilágítás közben álló- és fekvőhelyzetben), hogy az appendixet megláthassa.

Cz. tapasztalatai szerint csakis akkor lehetünk feljogosítva kijelenteni, hogy az appendix nem telődött fel kontrastanyaggal, ha háromszor itattuk meg a beteggel a keserűsós kontrast-suspensiót. Viszont az a tény, hogy az appendix nem telődött föl, szerinte kórosnak tekintendő, mert az appendix lumenének elzáródását mutatja. A fel nem telődést azonban nem tekinti absolut appendicitis jelnek, hanem csak indirect tünetnek, amihez még egyéb direct tüneteket is keresnünk kell.

Ha feltelődött az appendix, akkor meg kell figyelnünk alakját, nagyságát, elhelyeződését, telődési jellegét, elmozgathatóságát, nyomásérzékenységét.

Cz.-nak műtéti lelettel kontrollált nagy anyagon tett megfigyelései a következőkben foglalhatók össze:

Chronicus appendicitisre mutat, ha az app. a röntgenképen túlrövid, különösen ha hirtelen éles vonallal végződik el, minthogyha levágták volna egy darabját, vagy pedig elvékonyodva, mert ezek a distalis rész lumenének elzáródására mutatnak. Az ép app. rendszerint kereken szokott elvégződni. Figyelembe veendő azonban, hogy léteznek, ritkán bár, veleszületetten rövid appendixek is.

A túlhosszú appendixek rendszerint disponáltak megbetegedésre (rossz a drainage-uk), ezért gyanusaknak tekintendők, de csak egyidejűleg fennálló más tünetekkel együttesen tekinthetők biztosan betegnek.

Ha az app. különböző időkben történő vizsgálatoknál mindég ugyanolyan fekvésben látható és palpatios manipulatiókkal nem lehet ezen helyzetből elmozdítani, ez összenövésekre mutat.

A nyomásérzékenység csakis egyéb tünetekkel együtt értékesíthető appendicitis mellett, egymagában kevésbbé.

A kontrastanyagnak túlhosszú ideig (nem obstipáló egyéneknél 3—4 nappal a coecum kiürülése után, obstipationál 8 nappal utána) az appendixben való időzése pathologiás.

A röntgenképen gyakran látható szöglettörések legtöbbször csak látszólagosak, más síkban nézve a belet a szöglettörés helyén rendszerint szelíd áthajlás észlelhető. Cz. szerint a valódi szöglettörés (Knickung) teljesen elzárja a lument, ilyenkor tehát túlrövid appendixet kapunk.

Magának az appendixnek a telődési képe egyáltalában nem kell, hogy homogen legyen, segmentatio (rózsafűzérszerű) látszólagos szűkebb részek rajta stb. physiologiásnak tekintendők. Ezzel szemben pathologiás az app.

képének állandó részleges kiszélesedése, ezt többnyire bélsárkő okozza. Utóbbiak rendszerint megláthatók, mint egy-egy „kiesés" a kontrastanyaggal kitöltött app. képében, hasonlóképen, mint az epekövek a kontrastanyaggal kitöltött epehólyag képében.

Ugyancsak pathologiásnak tekintendő, ha az app. egy bizonyos darabja állandóan feltöltetlenül marad. Minden valószínűség szerint az is kóros, ha az app. a töltést túlgyorsan üríti ki (10—12 órával post coenam zár üres).

Végül néha az utolsó ileumkacson és magán a coecumon is meg lehet bizonyos röntgen-symptomákat figyelni, melyek appendicitis indirect tüneténck tekinthetők.

Mint láthatjuk, a chr. appendicitist röntgenvizsgálattal a legtöbbször jól meg lehet állapítani.

Révész Vidor dr., röntgenszakorvos.

Ragtapasz jelentősége a sebész gyakorlatában.

Hazánk mai szomorú gazdasági helyzetében a magyar orvosnak a beteg érdekeinek szemmel tartása mellett tekintettel kell lenni arra is, hogy az általa legcélravezetőbbnek vélt gyógymódok közül azt válassza, amelyik a beteget anyagilag a legkevésbbé veszi igénybe. A ragtapasz, melyet a sebészetben eleinte mint kötést rögzítő szert használtak, ma több megbetegedésnél, mint therapiánk hathatós tényezője szerepel: főleg csonttöréseknél. Fontos szerepe van azonban ma is a kötések rögzítésénél; nem gennyedő sebeknél a kötésünk a sebet takaró gazeból és azt rögzítő ragtapasz csíkból áll, különben az elhasznált ragtapasznál drágább pólyát igényelne. Az ilyképen felragasztott kötés kényelmesebb, könnyebb s főleg meleg évszakokban elviselhetőbb. — Gennyedő sebeknél az alsó, a sebet közvetlenül takaró steril kötésrész elcsúszását akadályozza meg. Therapiás alkalmazása csonttöréseknél, főleg a végtagok csöves csontjainak töréseinél játszik fontos szerepet. Azelőtt a csonttörések souverain therapiája a tört végtag gipszkötés által való nyugalomba helyezése volt. Absolut nyugalomra törekedtek, amit a szomszédos ízületeknek a gipszkötésbe való vonásával el is értek; mégis sok esetben, mikor valamely általános megbetegedés (lues, diabetes, nephritis) nem magyarázta meg, késlekedett, vagy teljesen elmaradt a törvégeket összekötő callus képződése. Az így, esetleg egy-két újragipszelés után a kötésből hónapok mulva kikerült végtag súlyos inactivitási atrophiában szenvedett. A bőrön sokszor genyes szőrtüsző-gyulladások, decubitusok keletkeztek, melyek még a teljesen steril cautélák mellett is keresztül vitt kényes műtét idejét kitolják, vagy sikerét veszélyeztetik. A törés véres úton való ellátása egyenlő a törés steril körülmények között való nyilttá tételével, miért csak, mint ultimum refugium jöhet szóba. Amióta nyilvánvalóvá lett a törvégek közötti vérömleny, főleg a törvégek kisfokú mobilitásának jó hatása a callusképződésre, új irányelvek érvényesülnek a törések gyógykezelésénél.

Olyan rögzítő kötést kellett szerkeszteni, amely amellett, hogy a törvégek rögzítése mellett azok mozgását lehetővé teszi, a dislocatiót is képes megszüntetni Ezen óhajt majdnem egészen megvalósítja a csonttöréseknek nyújtással való kezelése. Az extensiós therapiának a merev gipszkötéssel szemben többféle előnye van; magas femur fracturáknál a medencegipszkötés a beteget csaknem teljes mozdulatlanságra kárhoztatja, a nyújtókötés pedig már az első 8—10 nap után, mikor a beteg fájdalmai megszüntek s a callusképződés megindult, sokkal több mozgást enged meg (felülés). Elsőrendű fontosságú ez azért, mert a combnyaktörések többnyire az előrehaladottabb életkorban fordulnak elő, amikor hosszabb fekvésnél könnyen fejlődik ki pneumonia. Az inactivitási atrophia is sokkal kisebb fokban vagy egyáltalában nem fejlődik ki. Az izületek sem rozsdásodnak be annyira. Az extensiós kezelés ezen felsorolt előnyei rövidítik meg a már gyógyult törések utókezelését vagy ami evvel egyértelmű, sokkal rövidebb idő alatt válik a beteg munkaképessé. Az extensiós kezelést a leggyakrabban a combcsont, ritkábban az alszár complicált, nagy dislocatióval járó töréseinél alkalmazzuk. Óriási előnye a gipszkötéssel szemben az állandó nyújtás, melyet a szükséghez képest a dislocatio foka szerint fokozhatunk vagy csökkenthetünk.

Alszár extensiónál a sarokcsontban rögzített ú. n. Schmerzklammert használjunk, mely így pontosan az alszár tengelyében húz. Ennek hátránya, hogy napokig igen fájdalmas.

Combcsont töréseknél a nyújtókészüléket a végtaggal ragtapasz köti össze. Mi e célra 10 cm. széles ragtapaszt használunk, mely nagy területen érintkezvén a szükséges megterhelést elbírja. Megelőzőleg a bőrt gondosan leborotváljuk, benzinnel zsírtalanítjuk s a ragtapaszt a végtag külső és belső oldalán, v. csak a töréstől distalisan vagy egész hosszában helyezzük el. Az így nyert ragtapasz hurokban elhelyezett falemezhez erősítjük a készülék súlyának zsinórját. Ezen eljárás előnye, hogy nem vagyunk kénytelenek a tört végtagot szorosan körülpólyázni és így az esetleges strangulatio veszélyének kitenni.

A törés kezelésre szolgáló nyújtókötéseket többen készítettek; *Steinmann* és *Volkmann* sín készüléke egyenrangú és a végtag hossztengelyében húz. Evvel a módszerrel a csontok hosszirányú eltolódását és kisebb fokú egyéb irányú dislocatiókat megtudunk szüntetni. Darabos, vagy nagy és több irányú dislocatióval járó töréseknél legcélszerűbben a *Ziegler* vagy *Bardenheuer* nyújtókészülékét használjuk. Itt a tört végtag egy lejtőn van elhelyezve, miáltal a végtag semiflexióba kerülvén az izmok dislocatiót okozó feszülése kikapcsolódik. Ezen készülékek többirányban képesek nyújtást végezni, amit adott esetben a dislocatio foka és iránya szerint veszünk igénybe.

Az extensiós kezelést kiterjedten használják a felső végtag töréseinél is, különösen humerus töréseknél, ahol a nyújtást felfelé függélyes irányban alkalmazzuk vagy a menyezetre vagy külön e célra készített állványra erősített csiga segélyével. Az ellennyújtást ebben az esetben a test súlya adja meg. Jó eredményeket értek el az extensiós kezeléssel a csecsemő és gyermek sebészetben. Itt a függélyes irányú nyújtást az alsó végtagon is alkalmazzák s amennyiben ellennyújtásra a test súlya nem elegenlő a beteget az ágyhoz rögzítik.

Ragtapasszal gyógyítható: a kulcscsonttörés, legcélszerűbben *Sayre* szerint.

Osztályunkon már évek óta az Egger gyár által forgalomba hozott „Eggoplast"-ot használjuk, mely minden tekintetben megfelel. Előnye más külföldi ragtapaszokkal szemben, hogy a bőrre a kivántnál jobban nem ragad, így használata óta nem tapasztaljuk a bőr felső rétegeinek laesióját. Sebkezelésnél, ha a bőr egyébként a sebváladéktól nem macerálódik, huzamosabb használata mellett sem tapasztaltunk semmi kellemetlenséget.

Harmos Árpád dr., a D. G. H. T. pécsbányatelepi kórházának igazgatója.

KÉRDÉS — FELELET.

Kérdés: Heine—Medinnél mennyi ideig tart a fertőzési idő? Mennyi ideig tartson a zárlat a betegnél?

Követünk e-el mulasztást, ha a beteg villanyozását 6 hétig mellőzzük, tekintettel a zárlat idejére?

Felelet: 1. Hogy a Heine—Medin megbetegedéseknél a fertőzőképesség mennyi ideig tart, pontosan megmondani nem lehet, általában 3 heti tartamra szokás a beteget elkülöníteni és ennek lejárta után a betegszoba, ágynemű és ruhanemü fertőtlenítését szoktuk ajánlani.

2. Az első három hétben ajánlatos a beteg teljes testi és szellemi nyugalmát elrendelni és nyújtott testtartásban fektetni; a villanyozás, még inkább az enyhe massage egy hónap leforgása után kezdendő. *Hainiss E.* prof.

Kérdés: Női betegemnél 1½ évvel ezelőtt fogkezelés után a szájüregben rendkívül fájdalmas borsó—lencsényi aphthaszerű elváltozások léptek fel, ami két gyerekére átterjedt. W.-negativ. Helyileg kezelve lett: arg nitr. Flavicid, salvarsan ecsetelésekkel, valamint: bismuth, yatrencasein, salvarsan injectiókkal, teljesen eredménytelenül. Legutóbb a szájüreg quarzzal történt besugárzása után három heti látszólagos gyógyulás, majd recidiva. Ez évben 11 kilót fogyott.

Kérdés: Mi lehet az oka és mit lehetne tenni?

Felelet: A leírás alapján leginkább a következő kórfolyamatokra lehet gondolni: herpes, pemphigus, erythema multiforme exsudativum. Nem szabad figyelmen kívül hagyni azt sem, hogy egyes gyógyszerek, pl. az antipyrin és phenacetin is okozhatnak az előbbi folyamatokhoz hasonló elváltozásokot.

A nyálkahártya ezen betegségei ritkán fordulnak elő s ezért célszerünek tartom, hogy az egyes kórformák aetiologiáját és a jellegzetes tüneteket néhány szóval vázoljam.

A *herpesre* jellemző, hogy a gombostü-lencsényi serosus váladékkal telt hólyagocskák csoportosan jelennek meg a mérsékelten gyulladt nyálkahártyán, különböző fertőző betegségek (pneumonia, meningitis, coryza), néha ideges, vagy vasomotoros zavarok kísérő tüneteként, mint pl. a herpes menstrualis. A hólyagocskák csakhamar megrepednek és ekkor lobos udvarral körülvett, részben epithellel borított kerek erosiók láthatók. Az elváltozásra jellegzetes, hogy nem terjeszkedik a környezet felé. A bántalom jóindulatú, mindazonáltal heves fájdalommal jár, ami különösen a táplálkozásnál jelentkezik. A betegség rendszerint néhány nap alatt lezajlik, azonban előfordulnak gyakran recidiváló, chronikus esetek is. Kezelése: szájöblítések H_2O_2-el; a fájdalmak enyhítésére anaesthesin, coryfin, cykloform befúvások. Füszermentes, pépes és hüvös ételek. Recidiváló esetekben az alapbaj gyógyitására kell törekedni.

A *pemphigusra* különösen jellegzetes a chronikus lefolyás. Aetiologiája ismeretlen. A hólyagocskák helyének megfelelően elszórta;n erosiók jelennek meg a nyálkahártyán és jellemző, hogy ezen elváltozások mellett a szomszédságban nincsenek lobos tünetek. A hámfosztott területek egyenetlen szélüek, vérzékenyek és igen fájdalmasak. A bántalom évekig fennállhat. Prognosisa minden esetben kétséges és a betegek rendszerint valamely intercurrens betegségben pusztulnak el. A kezelésre vonatkozólag a herpesnél elmondottak vannak érvényben; néha jó hatása van az 1%-os trypaflavin oldattal való ecseteléseknek. Nagyon fontos a beteg erőbeli állapotának fentartása.

Az *erythema multiforme exsudativum* szétszórtan elhelyezkedő lencsényi és ennél nagyobb hólyagocskák alakjában jelenik meg a nyálkahártyán. A hólyagocskák szétrepedése után kb. 1 mm-nyi széles, sötét vörös uvarral körülvett erosiók maradnak vissza. Az aetiologia nem egységes; vannak esetek, amelyek rheumára vezethetők vissza. Ujabb feltevések szerint más toxikus, valamint egyéb fertőzések, különösen a lues és tbc. is okozhatja és tarthatja fenn hosszabb időn keresztül. A gyógyulás rendszerint hamar szokott bekövetkezni, néha azonban hetekig is elhúzódik. A bántalomra jellemző, hogy recidivára igen hajlamos és hogy az egyes kiújulások között hónapok is elmulhatnak. Többnyire ősszel és tavasszal jelentkezik. A kezelés a kiváltó ok szerint igazodik, egyébként tüneti.

Hogy az adott esetekben melyik kórképpel állunk szemben, biztosan eldönteni nem lehet. A chronikus lefolyás, valamint az a körülmény, hogy a különböző kezelések hatástalanok maradtak, inkább pemphigusra enged következtetni. A bövebb anamnesis, a beteg általános megvizsgálása (bör, bel, nőgyógyászati) esetleg a vérkép vezethetnek a kórkép helyes megítéléséhez. *Campián Aladár dr.*

Kérdés: Két év előtt gonorrhea, orvos által kezelve. Most 8 hónap óta időnként — főleg alkohol fogyasztás után — a húgycsőből genyes, de gon. mentes váladék préselhető ki, ami öblítő, valamint diathermiás és prostata kezelés mellett is csak ideig, óráig gyógyul.

Kérdés: Mit lehetne tenni a váladék végleges megszüntetésére?

Felelet: Alkohol fogyasztás, tehát a provocatio egy faja után jelentkező genyes húgycsőváladék, majdnem mindig rejtett gonorrheás góc mellett szól. Ilyenkor nem elég sablonos gyógykezelést alkalmazni, hanem céltudatos és megismételt vizsgálatokkal a rejtett gócot localisalni kell. A további therapia csak ennek ismerete alapján határozható meg. Az ilyen rejtett gócok többnyire a prostata és ondóhólyagban székelnek s igy ilyen csökönyösebb esetekben nem elég egyedül csak a tapintási leletre támaszkodnunk, hanem fontos, hogy a kezelés alatt az ondóhólyag és prostata váladékot egymástól separáltan is vizsgáljuk. Ha az ilyen megismételt váladék vizsgálattal a prostata és ondóhólyagban jelenlevő gyulladásos góc jelenlétét kizárhatjuk, úgy a húgycsőmirigyekre kell gondolnunk. A húgycső elülső szakaszának systemás kiöblítése és gombos bougieval való tapintás útján az ott elrejtett gócokat rendesen sikerül felfedezni. A therapia célja mindkét esetben a rejtett góc kiürülési lehetőségének a megjavítása. Előbbi esetben ezért a prostata, ill. ondóhólyag massage tovább végzendő időnként Guyon instillatiókkal egybekötve, utóbbinál húgycsőtágítás és az infiltrált húgycsőmirigyek massage-ja áll előtérben. Utóbbi esetben azonban nem szabad e másik végletbe esnünk és túlságos tevékenységgel a gyulladásos góc állandó izgalmát előidéznünk. A kérdéses esetben tehát egy rejtett góc jelenléte valószínü, további kezelés, ill. gyógyulás csak annak kiderítése alapján eszközölhető. *Minder* dr.

Kérdés: 26 éves nő betegnél 2 év előtt tbc. renis miatt jobboldali nephrectomia. Utána 7 hónapos javulás, majd 39.3-ig terjedő állandósult temperaturával mindkét tüdőben desseminalt, valamint a meglevő bal vesében tbc-s elváltozások, amire symptomatikus, diaetás, valamint Aurophos, Tebecin. sajátvérsavó, Calcium kezelést kapott quarz besugárzásokkal. Jelenleg láztalan, de 13 kilót fogyott, köhög, köpete Koch negativ. Erős vulvoanalis viszketésről panaszkodik, mely már két ízben *csak* röntgen therapiára csillapult. Vizeletben; D: ++++. Legutóbb megejtett malacoltás tbc-s elváltozást nem eredményezett. Ajánlatos lenne-e, főleg a vese területére bevezetni a röntgen therapiát, van-e újabb kezelés, melytől több eredményt remélhetnénk?

Felelet: Tekintettel arra, hogy *minden* gyógyszeres kezelés kimeríttetett,; a vese területének rendkívül óvatos röntgenbesugárzása megkísérelhető. Maximálisan 1/10 HED, de inkább 1/20; HED, 3 Al. vagy 0.5 Cu szürön át 8—10 napos időközben kétszer-háromszor adagolható.

A tüdők besugárzását disseminált folyamatnál nem ajánlom. *Ratkóczi Nándor.*

Kérdés: Egyik paciensemet egy általa alig ismert nő, gyerektartásért beperelte. Kérelme: vércsoport vizsgálat.

Kérdés: Hol eszközölhető, személyes jelenlét szükséges-e, vagy elég mindkét vér — mennyi? — felküldése.

Felelet: Bernstein öröklési elmélete szerint — amelyet von *Dungern* és *Hirszfeld* theoriájával szemben ma már a szakemberek túlnyomó többsége elfogadott — valamely AB csoporthoz tartozó egyén semmi körülmények között sem lehet O csoporthoz tartozó gyermek szülője (apja vagy anyja) és vice versa, valamely O csoporthoz tartozó szülőnek a gyermeke semmi körülmények között sem tartozhat az AB csoporthoz. Az apaság kérdéséhez vércsoport vizsgálat alapján hozzászólni, illetve az apaságot kizárni tehát csak akkor lehet, ha a gyermek az O csoporthoz, az apa pedig az AB csoporthoz, — illetve, ha a gyermek az AB csoporthoz, az apa pedig az O csoporthoz tartozik. *Wiener, Lederer* és *Polayes* nagyobb anyagon végzett vizsgálatai szerint ez a helyzet az esetek 14—18%-ában fordul elő, következésképen az apaság kérdéséhez vércsoport vizsgálat alapján hozzászólni átlagosan csak minden 5.5—7-ik esetben lehet.

A vércsoport vizsgálat bárhol megejthető, ahol a szükséges serumok és kontrollképen szereplő biztos vértypusok rendelkezésre állanak — igy egyebek között a budapesti Egyetemi Bakteriológiai Intézetben is. A vizsgálat megejtéséhez *fölöttébb kívánatos* a vizsgálandó egyének — jelen esetben a gyermek és a kérdéses apa — személyes jelenléte. Ha ez valamely oknál fogva lehetetlen, akkor célszerü a lehető legrövidebb úton 1—2 ccm steril defibrinált vért küldeni a vizsgálatot végző laboratóriumba. *Went István* dr.