

ORVOSI HETILAP

Alapította **MARKUSOVSKY LAJOS** 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VÁMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA
POÓR FERENC

GORKA SÁNDOR
REUTER KAMILLÓ

HÜTTL TIVADAR
ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

TARTALOM:

Zechmeister László és Tuzson Pál: Újabb vizsgálatok a lipochromról. (115—116. oldal)
Molnár István és Gruber Zoltán: A konyhasóforgalom agyvélő-eredetű zavarairól. (116—121. oldal)
Baumann Jenő: A Frey-féle fájáásszámolás értékéről. (121—123. oldal)
Király József: A serumdiastase viselkedése kísérleti pancreas-necrosis kapcsán. (124—125. oldal)
Fazakas Sándor: Az alsó könnycsövecske sporotrichosisa. (125—126. oldal)
Nagy Mihály: A liquor cerebrospinalis siloco-wolf-amsav reakciója. (126—127. oldal)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (17—20. oldal)
Petres József: Koponyaalapi törés miatti kétoldali látóideg-sérülés. (128. oldal)
Lapszemle: Belorvóstan. — Sebészet. — Szülészet. — Szemészet. — Urologia. — Bőrgyógyászat. (128—131. oldal)
Könyvismertetés (131—132. oldal).
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei (132—134. oldal).
Vámossy Zoltán: Szabályos receptet! (134—136. oldal)
Rausch Zoltán: Gondolatok Budapest-Fürdőváros fejlesztése körül. (136—138. oldal)
Vegyes hírek (138—139. és borítólapp 3. oldalán).

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Újabb vizsgálatok a lipochromról.

Írták: *Zechmeister László dr. és Tuzson Pál dr.*

Régi, közismert megfigyelés, hogy a magasabbrendű állatok és az ember zsírja korántsem mindig színtelen, hanem számos esetben élénken sárga, sőt narancssárga árnyalatot mutat. Az ilyen zsír pigmentációját egészen csekély mennyiségű festék okozza, amelyet 53 évvel ezelőtt *Krukenberg lipochrom*nak nevezett el, a nélkül, hogy annak vegyi alkotását szabatosan körül lehetett volna írni. Ma tudjuk, hogy a lipochromot egy vagy több carotinoid (*carotin*-szerű) festék alkotja s hogy maga a carotin is előfordul benne. A természetes festékeknek ebbe az újabban felderített osztályába egyrészt szénhidrogének tartoznak (pl. a sárgarépa, illetve a paradicsom főfestékei, a *carotin* C₄₀ H₅₆ s a *lycopin* C₄₀ H₅₆), másfelől pedig oxigentartalmú vegyületek, mint a minden zöld növényrészben a chlorophyllt és carotint kísérő *xanthophyll* C₄₀ H₅₆ O₂, vagy a vörös paprika főpigmentje, a *capsanthin* C₄₀ H₅₈ O₃.

Szinte magától értendő, hogy e festékek említett előfordulása nem alapulhat véletlenül, mert hiszen valamely szervezetre jutott vegyület útját, sőt sorsát főképp az oldhatósági viszonyok szabják meg. A carotin-szerű festékek a vízben való oldhatatlanság jellemző, ellenben zsírok és zsíros olajok elég könnyen felveszik őket; így nagy esély van arra, hogy eljussanak a bőr alatti zsírszövetekig.

Az ember s általában a gerinces állat nem képes színtelen anyagokból lipochromot készíteni, hanem — közvetve vagy közvetlenül — *növényi* eredetű táplálékokból meríti zsírfestékeit (*Palmer*). Minthogy ily módon a növény és az állat festékforgalma évmilliók alatt összehangolódott, eleve fel kellett tételezni, hogy a lipochrom sem áll szerep nélkül az anyagcserében.

A táplálékkal bevitt carotinoidok nehezen égnek el és nagyrészt a faecessel távoznak normális körülmények között. Másrészt a vérpályába és a májba kerül, ahol a carotin egy töredéke átalakul az életfontos *A-vitaminná*.* A növekvésnek eme, lipid-oldható vitaminja, *Karrer*, *Euler* és munkatársaik szerint, a carotin-molekula hydrolytikus félbehasítása útján jön a májban létre és azonos a csukamájolaj A-vitaminjával. Az emberi testbe jutott carotinnak további kis töredékeit egyes szervek selective felhalmozzák és pedig oly mértékben, hogy *Willstätter* és *Escher* a corpus luteumból, *Bailly* és *Netter* a mellékveséből tiszta carotint állított elő.

Teljesen hiányoztak azonban praeparatív vizsgálatok a *depotzsír*rt illetőleg. Mint említettük, egészen kevés lipochrom van elosztva a zsír és a cholesterolin óriási tömegében s bizonyára a kedvezőtlen arány okozta kísérleti nehézségek riasztották eddig vissza a kutatókat. Pedig élettani szempontból fontos kérdés, vajjon a zsírkészletek tényleg a sértetlen festéket tartalmazzák-e s így (a carotint illetőleg) esetleg provitamin-A-tartalécul is szolgálhatnak, vagy pedig az éveken át gyűjtött lipochrom változáson ment-e keresztül, vegyi hatásoknak esve áldozatul?

Kísérleteinket *tehén- és lózsírral* kezdtük meg és mindkét esetben sikerült is, részben a *Tswett*-féle chromatographia segítségével, analysis-tiszta *carotint* kinyerni. Ugyancsak elkülönítettük a *tyúkszírral* lipochromját, mely azonban, sajátos módon, carotinmentes és tiszta *xanthophyll*nak bizonyult. Tájékoztatásul szolgálhatnak a következő adatok: 1 kg tehénzsírban volt 11 mg carotin, 1 kg lózsírban 6 mg carotin, 1 kg olvasztott tyúkszírrban 5 mg xanthophyll. E mennyiségeknek 20—40%-a kristályosodott ki.

A vázolt eredmények alapján azt reméltük, hogy az *emberi lipochrom* feldolgozása is síma lefolyású lesz, azonban itt, a következő okokból, sokkal nagyobb kísérleti nehézségek mutatkoztak: 1. az emberi zsír legtöbbször gyengén (vagy egyáltalán nem) pigmentált, ami a prosecturák anya-

* A többi carotinoid physiologiai rendeltetése még homályos.

gából ismeretes és 2. a lipochrom bonyolult összetételű, úgy, hogy carotin, lycopin, xanthophyll, capsanthin egyaránt előfordul benne, kismennyiségű ismeretlen festék kíséretében. Csak hosszabb kísérletezés árán értünk itt célhoz: a hozam 2 mg analysis-tiszta carotin és $\frac{3}{4}$ mg tiszta, kristályos lycopin, 18 kg comb- és hastáji bőralatti zsírszövetből, vagyis a colorimetrikusan mért mennyiség 20 %-a. 1 kg zsír 0.5 mg carotint tartalmazott, az A-provitamin tehát mindössze 1 : 2,000.000 concentratióban fordult elő, bár gondosan kiválasztott, erősebben színes nyersanyaggal dolgoztunk.

Az emberi zsír, kísérleteink szerint, *ugyanoly vegyi állapotban* tartalmazza a lipochromot, mint a növény, mely a festéket termelte. Az egyébként vegyileg annyira érzékeny, mert rendkívül telítetlen festéknek még kristályosodási képessége sem veszett el a magasan differentiált szervezet bonyolult útjain. Szabatos megerősítést nyert továbbá az a felfogás, mely szerint a táplálékkal felvett festék depónálását az egyes állatfajták qualitative különbözően végzik: A marha és a ló carotint raktároz el, de az oxigen-tartalmú pigmenteket visszautasítja, a tyúk éppen ellentétesen viselkedik, mert csak xanthophyllt juttat a zsírba, sőt a tojásba is; a disznó visszautasítja mindkét típust és rendszerint szintelen szalonnát termel, míg az ember válogatás nélkül felhalmozza zsírában az összes lipochromokat. Világos, hogy itt szabályozó mechanizmus működik, amelynek lényege még teljes homályban van.

Az *egyéni ingadozásokat* illetően szintén tágak a keretek és éppen e ponton mutatkozik kilátás *klinikai* vizsgálatok számára. Kétségtelen ugyanis, hogy a keringő, valamint a fixált lipochrom mennyiségét és az egyes szervek közti megoszlását bizonyos kóros állapotoknak befolyásolniok kell, sőt szórványos, idevágó adatokkal máris találkozunk. Ismeretes, hogy diabetikusok zsírja gyakran erősebben pigmentált, alcoholistáké rendszerint szintelen. Tudjuk, hogy a zsírmennyiség agkori csökkenése lipochrom-felhalmozódáshoz vezethet; *Aschoff* legújabb közlése szerint, uraemiával végződő chronikus nephritis, továbbá valószínűleg a máj-cirrhosis esetében is, e szerv carotin-tartalma lényegesen megváltozik.

A vizsgálatokat az a körülmény nehezíti, hogy az exogen eredetű lipochrom-mennyiséget, esetleges kóros elváltozásokon kívül, a diaeta is befolyásolja, sőt esetleg túl is fedheti az előbbi tényező hatását. Csak arra gondoljunk, hogy igen nagy sárgarépa-, tök- vagy paprikafogyasztás az egészséges ember bőrén is, főképp a végtagokon, élénk pigmentációt okozhat (*xanthosis, carotinodermia*), melyet a regionalis eloszlás alapján könnyű az icterustól elkülöníteni.

Az emberi lipochrom vizsgálata még sok érdekes eredményt ígér, főleg a zsír- és a provitamin-forgalom normális és pathologikus vonatkozásaiban.

Végül köszönetet mondunk a kísérleti anyag szíves átengedéséért mindazon kartárs uraknak és hölgyeknek, akik evvel munkánkban segítségünkre voltak.

Irodalom: L. Zechmeister — P. Tuzson, Zur Kenntnis der tierischen Fettfarbstoffe, Ber. d. deutschen chemischen Ges. 67, 154 (1934); *ugyanazok*: Isolierung des Lipochroms aus Hühner- und Pferdefett. Einige Beobachtungen an menschlichem Fett, Zeitschr. f. physiol. Chemie 225, 189 (1934); *ugyanazok*: Beitrag zum Lipochrom-Stoffwechsel des Pferdes, Zeitschr. f. physiol. Chem. 226, 255 (1934); *ugyanazok*: Isolierung von Komponenten des menschlichen Lipochroms. Zeitschr. f. physiol. Chem. (nyomás alatt). L. Zechmeister, Les caroténoïdes, leurs rapports avec d'autres composés naturels, leur importance biologique, Bulletin soc. chimie biol. 16, 993 (1934). Összefoglaló munka: L. Zechmeister, Die Carotinoide. Ein biochemischer Bericht über pflanzliche und tierische Polyfarbstoffe. Berlin, J. Springer, XII, 338 old. (1934).

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

A konyhasóforgalom agyvelő-eredetű zavarairól.*

Írták: Molnár István dr. és Gruber Zoltán dr.

Az utóbbi évek kutatásai a vegetatív életfolyamatokra vonatkozó ismereteinket nagy mértékben bővítették. A belső secretiós mirigyek szoros kapcsolatán alapuló pluriglandularis megbetegedésekhez hasonlóan *Leschke* (1) a plurivegetatív zavarok fogalmát teremtette meg s ezzel a belső secretiós rendszer analogjaként a vegetatív regulatív zavarok összefüggő sorozatát (»Vitalreihenketten«) akarja jellemezni. Az endokrin és a neuro-vegetatív rendszer mint a legfontosabb életfolyamatok szabályozói szerves egységgé kapcsolódnak össze. *Leschke* szerint a vegetatív idegrendszer két legjellemzőbb tulajdonságának a befolyása alatt álló functióknak (vércukor, hőmérsék, stb.) egy bizonyos szintre beállítása, valamint alkalmazkodási képessége tekinthető.

Lewy és *Dresel* (2) vizsgálatai szerint az összanyagcserét a striatumban és a köztiagyban levő központok irányítják, míg a másodfokú, bizonyos önállósággal rendelkező központok minden valószínűség szerint a közép-, nyúlt- és gerincagyban vannak.

Míg a vegetatív idegrendszer behatása alatt álló folyamatok közül a hőmérsék, vérnyomás, vércukor, vízforgalom stb. szabályozására vonatkozó vizsgálatok az agy, főképpen azonban a hypophysis-köziagyrendszer betegségeiben meglehetősen bő irodalommal rendelkeznek, addig a sóanyagforgalomra vonatkozó ilyirányú rendszeres kutatások — az egyedüli diabetes insipidust kivéve, anélkül azonban, hogy e kérdést véglegesen tisztázták volna — csak gyéren történtek.

Élettani kísérletek alapján izolált konyhasóforgalomzavar a IV. agykamra fenekének, vagy a III. agykamra környékének sértése által, feltételesen izolált zavar pedig a víz- és sópíqürrel idézhető elő, melyben a formatio reticularisban fekvő és a dorsalis vagusmaghoz tartozó sejtcsoportok sérülnek, melyek hasonló, a corpus mamillareban, a nucleus periventricularisban és a regio subthalamicaiban levő sejtcsoportokkal vannak összeköttetésben. E hely sértésekor a polyurián kívül absolut és relativ vizelet NaCl szaporodás jön létre, máskor azonban a polyuria és a polychloruria független egymástól. *Leschke* és *Veil* szerint a köztiagyiszúrás hyper-, az oblongataszúrás pedig hypochloraeimiához vezet. A víz- és sóforgalom extrarenalis úton szenved változást, melyet a vese csak passive követ. *Reynolds* és *Spiegel* kísérleteit kibővítve *Tokay* (3) nyulak nucleus caudatusának fejét megszúrva a hőmérsék emelkedésén kívül a víz- és konyhasókiválasztás fokozódását észlelte. A corpus striatum tehát a víz- és sóforgalmat szabályozó centrális mechanizmusba be van iktatva, anélkül, hogy benne körülírt, e functiókat szabályozó központok felvételére jogosultak volnánk. A sóforgalom hormonalis szabályozásában elsősorban a hypophysist kell említenünk, melyet *Biedel* a köztiagycentrumok hormonmirigyének nevez. *Pohl* (4), valamint *Jungmann* és *Bernhardt* (5) béka-kísérletei szerint a hypophysis eltávolítása után polyuria és testsúlynövekedés jön létre, melyet még látható vizenyők is kísérhetnek: a hatás a neurohypophysis eltávolításának a következménye. Hogy a zsigeri idegrendszer sympathicus csoportjába tartozó thyreoida, mellékvese és ovarium milyen befolyással bír a sóforgalom hormonalis szabályo-

* Az 1934. évi orvosi nagyhéten tartott előadás alapján.

zásában, azt teljesen tisztázni pontos klinikai és élettani vizsgálatok volnának hivatva.

Acutan keletkező cerebrális megbetegedésekben, különösen a III. agykamra és környékén történt laesioja esetén, a centralnervosus regulációs berendezés sérülése következtében az általa szabályozott életfolyamatok nagymérvű elváltozása figyelhető meg; így Hoff (6) öt-hatszorosára terjedő fehérvérsejtemelkedésről, többmillió vörsvértestszaporulatáról, az előzőleg rendes vérnyomás és vércukorszintnek a kétszeresére növekedéséről és 42·0 C⁰-ig terjedő hyperpyrexiairól számol be. Az említettekhez csatlakozik még az alkálitartalék eltolódása acidosis irányába és a Ca, K és cholesterinszint megváltozása; utóbb említettek szabályosságát azonban nem mutatnak. Ugyanez figyelhető meg emberen és állaton az agykamráknak levegővel töltése után is.

A vérkonyhasószintnek ilymódú vizsgálata tudtunk szerint nem történt, miért is a következő kísérletet végeztük: Házinyulakon az éhgyomri vérkonyhasóérték meghatározása után levegőt fújtunk az agykamrákba, ezzel az agynyomást hirtelen fokoztuk. A nyulakon könnyen végezhető cysternapunctio dacára nyugtalanságuk következtében több ízben előfordult, hogy a nyultagyat megszártuk és az állat elpusztult. A további kísérleteket e miatt urethanos narcosisban, illetve könnyű bódulatban végeztük, az állatnak testsúlykilogrammonként 0·80—1·20 gr urethan adva sondán át. Ellenőrzőkísérletekben meggyőződünk arról, hogy az urethanos altatás a nyulak vérkonyhasószintjére semminemű befolyással nincs.

A cysternapunctio után 0·5 ccm liquort szívtunk le és 1·0, 1·5, illetve 4·5 ccm levegőt fújtunk be; a levegőnek a kamrákba való jutását röntgenfelvétellel ellenőriztük. Ezek után óránként végeztünk vérkonyhasómeghatározást. A gyakori vérvétellel előidézhető hyperchloraemiát úgy igyekeztünk elkerülni, hogy az egyes meghatározásokhoz csak 0·5 ccm plasmát használtunk, az eredményeket azonban esetenként ellenőriztük. A kontrollnyulakkal egyezően azt láttuk, hogy a vérkonyhasószint kivétel nélkül emelkedett; az emelkedés a kísérlet kezdetétől számítva 2—5 órán belül érte el a tetőfokát s átlag 7—8 óra múlva visszatért a kiindulási értékre, vagy kissé ez alá süllyedt. Az emelkedés 25—35 mg % s csak egy, még pedig kontroll esetünkben volt 78 mg %, ami azonban a 600 mg % körül éhgyomri értéket tekintve károsnak még nem mondható. A vérkonyhasószint a legmagasabb értékét a késő délelőtti, ill. a déli órákban érte el, emelkedését tehát magyarázhatja az az éhező embereken tett megfigyelés, hogy a táplálékfelvétel hiányának dacára a vérkonyhasónak ugyanazon típusú napi ingadozása látszik, mely a szokott táplálékfelvételnek felel meg, azaz az étkezés után éri el a csúcspontját s utána visszatér a kiinduló pontra. Egészséges ember vér NaCl amplitudója kereken 13·0—27·0 % (7). Nyulakon végzett ilyirányú kísérletekről tudomásunk nincs. Egy nyúlnak a cysternapunctio után 3·0 ccm physiologiás konyhasót fecskendeztünk az agykamráiba anélkül, hogy előzőleg liquort szívtunk volna le. A vérkonyhasószint kóros változását az agynyomásnak ilymódon való fokozásakor sem észleltük, megfigyelésünk tehát egyezik azon ténnyel, hogy a vér és a liquor konyhasótartalma meglehetősen független egymástól (8). Kísérleteinkből tehát arra következtethetünk, hogy a házinyúl vérkonyhasószint szabályozó berendezése igen állandó és legalább is az agynyomás hirtelen fokozásával nem változtatható meg. Hogy az agynyomás acut fokozása által a vizelettel ürített konyhasómennyiség mily módon változik meg, erre nézve kísérletünk felvilágosítást nem ad.

Az idegrendszereredetű konyhasóforgalomzavar klinikai megjelenésére és felismerésének nagy fontosságára a terapia szempontjából először 1922-ben Jungmann (9)

hívta fel a figyelmet. Betegén suprasellaris hypophysis-tumor következtében nagyfokú bőr- és általános vizenyő támadt, teljesen ép szív és vesék mellett. Jungmann közlése óta több hasonló esetről számoltak be az irodalomban, nem egy esetben a kóros sóretentióhoz társuló vizenyőket szív, ill. veseeredetűnek tartották, minek következtében a foganatosított therapia (digitalis, diureticumok) természetesen csődöt mondott s csak a baj helyes felismerése vezetett a helyes gyógyszereléshez is.

Saját vizsgálataink tárgya a kóros idegrendszeri szabályozás által támadt konyhasóforgalomzavar volt, de nem a már kifejlődött kórkép kapcsán, hanem azon esetekben, mikor physicalis vizsgálattal kimutatható eltérés, így anasarca, folyadékgyülem a savós üregekben stb. még nem fejlődött ki. Beteganyagunk agy, főképpen azonban köztiagybetegtekből került ki, kikben a konyhasóforgalom kóros megváltozása a legvalószínűbb volt. Nem kívánunk e helyen bővebben foglalkozni az epileptikusok konyhasóforgalmával, kiket régebbi szerzők adataival egyezően újabb vizsgálatokban Proescher és Thomas (10) is konyhasóretentióra hajlamosnak talált, anélkül, hogy ez másodlagos vízvisszatartáshoz vezetne. A retineált konyhasó valószínűleg a bőrben tárolódik. Az epileptikus roham és a NaCl retentio között párhuzamot nincsen, a roham azonban néha nagyobb adag konyhasóval előidézhető. Wuth roham alatt a vérben chlorszaporodást talált.

Hogy valakinek a konyhasóforgalmáról ítéletet mondassunk, arra csak hosszabb megfigyelés alapján vagyunk jogosítva. A vizsgálat helyességének alapfeltétele egy standard diaeta, melynek konyhasótartalmát pontosan ismerjük. A megterhelés a standardétrendhez pontosan lemért konyhasó hozzáadásával történik. A vizsgálatnak feltétlenül hosszabb időre kell nyúlnia, mert habár a szerzők egyező nézete szerint az egészséges ember egy bizonyos sötöbbséget 24 óra alatt választ ki, ez a rendes kiválasztás 52 órára is elhúzódhat. A megterhelést leghelyesebb több napon át végezni, mint ezt vesebajosokkal Pasteur-Vallery-Radot csinálta.

Saját vizsgálatainkban a konyhasómegterhelési kísérlet három, teljesen egészséges szívű, veséjű és idegrendszerű és láztalan emberen a következőképp folyt le: 4—6 napig tartó sószegény, napi 2·5—3·0 gr konyhasót tartalmazó étrend fogyasztása alatt a vizelettel kiürített konyhasó a bevitt mennyiségnek felelt meg, ill. kevéssel ez alatt maradt. E csekély deficit az extrarenalis sóleadás rovására írható, mely a székletben a táplálék sóbősége szerint napi 0·20—0·70 gr-nak, az izzadással távozó folyadékban maximuman 1·0 gr konyhasónak felel meg (11). Nagyobb mennyiségű sófogyasztáskor tehát az extrarenalis sókiválasztás, csekély voltát tekintve, nyugodtan elhanyagolható. E sószegény étrend után 3—6 napi sómegterhelés következett: ekkor a sószegény standardétrendhez naponta 10·0 gr konyhasót adtunk, melyet a beteg tetszés szerint használt fel a sólanul készített ételek sózására, ill. a maradékot ostyában fogyasztotta el. A megterheléskor az 1. sz. kontrollbetegünk az első két napon átlag napi 9·30 gr, a 2. és 3. számú csak az első napon retineált 8·0, ill. 8·5 gr, a 2. napon 2·0—4·0 gr konyhasót. Végeredményben az 1. számú beteg 4 napi konyhasómegterhelés alatt 18·0—20·0, a 2. számú 10·0—12·0, a 3. számú 11·0—13·0 gr sót retineált. Mindhárom esetben azonban a megterhelés 3. napjától kezdve a konyhasókiválasztás már megfelelt a teljes bevitt sómennyiségnek, napi 12·10—14·50 gr-ot téve ki.

A testsúly, vizeletmennyiség és a vizelet konyhasóconcentrációjának megfigyelése, valamint a vér konyhasó-, víz- és fehérjetartalmának és a vörsvértestszámának ellenőrzése a következőkben összegezhető: A sószegény étrend ideje alatt az 1. számú beteg testsúlya 1·30 kg-mal csökkent,

a 2. és 3. számú változatlan maradt. Sómegterhelésre az első visszanyeri eredeti testsúlyát, a második testsúlya változatlan marad, a harmadik 10 kg-ot hízik, ezt a súlyát azonban az újabb sószegény étrend alatt is megtartja, tehát nem zárható ki, hogy testsúlygyarapodása életstandardjának a klinikai tartózkodás alatti javulásával függ össze. A fokozott konyhasó kiválasztás mindannyiszor a diuresis és a vizelet konyhasó koncentrációjának párhuzamos növekedésével ment végbe. A sószegény étrend alatt a napi vizeletmennyiség átlag 500 ccm, sómegterhelésre 1000 ccm-re emelkedik; a vizelet sötömnysége ezalatt a megfigyelt legkisebb értékről: 0,31 gr %-ról maximalisan 1,48 gr %-ra emelkedett. A vérkonyhasószint igen állandó: a vérplasmában történt meghatározások szélső ingadozásai, a kiindulási értéket véve tekintetbe, a sószegény időszak alatt lefelé 23 mg %, a sómegterhelésre fölfelé 28 mg %. A vér víztartalma sószegény étrendre jellemző elváltozást nem mutatott, a konyhasó megterhelés után a kiindulási értékhez viszonyítva 0,94—3,10 %-kal emelkedett. A vér fehérjetartalma a kísérlet első szakaszában 0,11—0,57 %-kal lett nagyobb, a második szak végén mindannyiszor kisebb a kiindulási értéknél, maximalisan 0,58 %-kal. A vörösvértestszám a physiologiai ingadozásokat és a számolási hibahatárokat nem tekintve, értékelhető eltérést nem adott.

Betegeink egy része a konyhasó megterhelés előtt sószegény, napi 2,5—3,0 gr, a másik része azonban 7,5—8,0 gr NaCl-t tartalmazó standardétrenden volt. E második csoport étrendje egyezett az elsővel, de naponta 5,0 gr sót kaptak kézhez az ételek utánsózására. Mivel vizsgálataink főcélja a konyhasóforgalom tanulmányozása volt, alábbiakban részletesen csak erről akarunk beszámolni, a többi adatot pedig csak különös eltérés esetén jelezzük. A betegek megfigyelése 7—23 napig tartott, a rövidség kedvéért azonban csak a végeredményt ismertjük. Előrebocsátjuk, hogy betegeink ép szívűek és veséjük voltak.

I. *Status post encephalitiidem*: 29 éves nő. Négy napig sószegény étrend után ugyanezen étrend mellett naponta 10,0 gr peroralisan adott konyhasóval terheljük meg. Eredmény: *négy nap alatt 22,0—24,0 gr sóretentio*. A sókiürítés egy napon sem éri el a teljes bevitt mennyiséget, a sókiürítés tehát nemcsak mennyiségileg csökkent, hanem időbelileg is elhúzódik. A megterhelés alatt a diuresis csak jelentéktelenül fokozódik, míg a vizelet sókoncentrációja 1,69 gr %-ot ér el. A vérkonyhasószint a kísérlet végén kissé a rendes fölé, 628 mg %-ra emelkedett. Testsúlyváltozás: a sótlan szak alatt 2,0 kg-ot fogy, sómegterhelésre visszanyeri eredeti testsúlyát.

II. *Akromegalia*: 46 éves férfi. Sószegény étrend mellett is polyuriás (1500—1700 ccm). Hatnapig sószegény étrend után ugyanezen étrend mellett naponta 10,0 gr szájon át adott konyhasóval terheljük meg. Eredmény: *négy nap alatt 20,0—22,0 gr sóvisszatartás, a retentio még a megterhelés 3. és 4. napján is kimutatható*. A csökkent konyhasó kiválasztás alatt a vizeletkonyhasó-koncentráció az alacsony értékű 0,56 %-kal kulminál, míg a diuresis az első napon a felére csökken s utána a sószegény étrend idejének diuresiséhez viszonyítva 400—500 ccm-rel emelkedik. A beteg vérfehérjetartalma 6,0 % körül ingadozik. Testsúlya a kísérlet alatt nem változik, a vérkonyhasószint a sómegterhelés után is a kiindulási érték alatt maradt.

III. *Akromegalia. Diabetes mellitus*. 53 éves nő. Kétnapi rendes sótartalmú étrend után három napon át napi 10,0 gr konyhasóval peroralisan megterhelve a sötöbbletet a második naptól kezdve a diuresis és a vizelet sötömnységének arányos emelkedése mellett nyomban kiválasztja.

IV. *Tumor cerebri*, agygyomámos tünetekkel, hányás nélkül, (boncolás: diónyi fibroma a kisagy-hídszögletben), 37 éves nő. Négy napig szokott sótartalmú étrend után

három napon át napi 10,0 gr konyhasóval peroralisan megterhelve, az első két napon összesen 10,0—11,0 gr sót tart vissza, a harmadik naptól kezdve a konyhasó-egyensúly helyreáll; a csekély visszatartott sómennyiséget már a megterhelést követő sószegény étrend első napján kiválasztja. Eltérés a rendestől annyiban van, hogy a vizelet legmagasabb sókoncentrációja 1,01 gr %, a sókiválasztás inkább a diuresis növekedése által történik. A megterhelés alatt a vérkonyhasószint 608 mg-ról 655 mg-ra emelkedik. A beteg testsúlya a kísérlet alatt nem változik.

V. *Tumor cerebri*. Emlőrák áttétele az agyban és a hypophysiben. 35 éves. Betegsége óta hasban és csípőben hízott, míg egyébként soványodott. Megelőző bővizelése (napi 3—4 liter) három nap óta megszűnt; ezen idő óta hány, fejfájása fokozódott. Amenorrhoea. Az elégtelen táplálékfelvételre és aluszékony állapotára való tekintettel peroralisan nem terhelhető meg, de érbe adott 2,0, ill. 4,0 gr konyhasót nyomban kiválaszt, mialatt a diuresis hatalmasan növekszik, a vizelet konyhasókoncentrációja azonban 0,44 gr % fölé nem emelkedik. Megemlítenő a hiányos táplálékfelvétel dacára talált magas vérkonyhasóérték: 632 mg %, a sómegterhelés előtt.

VI. *Tumor cerebri*, agygyomámos tünetekkel, hányás nélkül. 34 éves nő. Betegsége óta 16 kg hízás, oligomenorrhoea. Háromnapig 7,5—8,0 gr sótartalmú étrend után napi 10,0 gr konyhasóval peroralisan megterhelve, a terhelés alatt 25,0—26,0 gr sót tart vissza; a retentio még a megterhelés 3. napján is kifejezett. A visszatartott konyhasót a megterhelést követő négy napig sószegény étrend ideje alatt sem üríti ki. Testsúlya megterhelés alatt nem változik, a vizeletmennyiség megfelel a felvett folyadékmennyiségnek, a maximális vizelet-konyhasókoncentráció 1,01 gr %. A vérkonyhasószint a sómegterhelés előtt is magas, 632 mg %.

VII. *Akromegalia. Tumor hypophyseos*. 35 éves nő. Öt év óta fejfájás, fél év óta terhesség alatt kezdődő látásromlás, végtagnövekedés, 17 kg testsúlycsökkenés. Kétnapi 7,5—8,0 gr sótartalmú étrend után három napon át napi 10,0 gr konyhasóval peroralisan megterhelve, három nap alatt 21,0—22,0 gr konyhasót tart vissza. A konyhasómérleg még a megterhelés 3. napján is negatív. A retinaált konyhasót a megterhelést követő sószegény étrend első három napja alatt választja ki, a vizeletkonyhasó koncentrációjának 0,33 gr %-ra való csökkenése és a diuresisnek 2600 ccm-re fokozódása mellett. Megterhelés alatt a vizelet konyhasótöménysége 1,70 gr %-ra emelkedik, a diuresis jelentősen nem változik, a beteg testsúlya 1,80 kg-mal gyarapszik. A vizsgálat elején a vérkonyhasószint 620 mg %-kal a rendes felső határán van, megterhelés után 644 mg %, négy napig sószegény étrend után még mindig 632 mg %.

VIII. *Nanosomia pituitaria. Infantilismus*. 18 éves férfi. Oliguriáról nem tud. Háromnapig 7,5—8,0 gr konyhasó tartalmú étrend ideje alatt feltűnő az oliguria (350 ccm) és a vizelet konyhasókoncentrációjának alacsony volta: 0,04—0,31 gr %. Ezen idő alatt 18,5 gr konyhasót tart vissza. A következő három napon standardétrendjéhez napi 10,0 gr konyhasót adva a diuresis maximalisan 750 ccm-re, a vizelet konyhasókoncentrációja 1,01 gr %-ra emelkedik s újabb 25 gr sót retinál; a megterhelés 2. és 3. napján általános rosszulétről panaszkodik. A retinaált konyhasót a következő három sószegény étrendű nap alatt is teljesen visszatartja. A kísérlet alatti legnagyobb testsúlykülönbség 1,50 kg, a vérkonyhasószint 589 mg %-ról 679 mg %-ra emelkedett. A vér fehérjetartalma 5,58—6,12 %.

E nyolc vizsgált beteg közül tehát ötön mutatható ki konyhasó megterhelés után káros sóvisszatartás, mely egy akromegaliás beteg (II.) jelentékeny, egy agyalapi tünettékkel járó tumor cerebri (IV.) mérsékelt sókoncentráció-

gyengeséggel jár. A status post encephalitidem és hypophysistumorral társult akromegáliában a vizelet magas só-töménysége mellett, de a diuresisnek csak csekély növekedésével történik a sóvisszatartás, míg utána az akromegáliás beteg a megterhelés alatt retienált sót csekély sóconcentrációjú bő vizeletmennyiséggel üríti ki. A hypophysaer törpe már rendes sótartalmú étrend mellett is oliguriás és a vizeletének sóconcentrációja alacsony s ugyanez, habár kisebb mértékben, figyelhető meg a konyhasómegterhelés alatt is. A bővizezés nélküli chlorionconcentrálóképesség gyengeségét Lichtwitz diabetes insipidus latensnek nevezi.

Tökéletes sókiürítés a megterhelés alatt három betegünkön látható, két tumor cerebris beteg (IV. és V. sz.) sófoglalomzavara azonban a vizelet alacsony sóconcentrációjában jut kifejezésre, a sókiválasztás csak a kompensáló polyuria segítségével tud létesülni.

Mint láttuk, betegeink közül egyesek a visszatartott sót elhúzódva választották ki, másik részük sóretentiója a megfigyelés alatt mindig fennállott. Konyhasóretentio a szervezetben vagy a vérben, vagy a szövetekben létesülhet. Utóbbiak közül elsősorban a bőr, utána pedig az izom és a vese jön tekintetbe. A szövetek sóvisszatartása kétféle lehet: a vízretentióval együttjáró sóvisszatartás közismert; a vesebajosokon észlelt anhydriás sóvisszatartás, melyet a sóretentióval szemben historetentiónak is neveznek, a francia irodalomban pedig retention sèche elnevezés alatt szerepel, sokkal ritkábban fordul elő. Agybetegségekben,

mint ezt előzőleg említettük, a vízvisszatartással járó sóretentiót először Jungmann írta le. Saját vizsgálataink közben egy különösen jellemzetes száraz sóretentio esetét is láttuk, melyet bőseges konyhasóürítés időszakában volt alkalmunk megfigyelni.

IX. *Tumor hypophyscos* (extrasellaris?). 37 éves nő. Kétéves panaszai öt hónap óta fokozódtak, ez idő óta menstruatioja megszűnt, 20,0 kg-ot hízott. Konyhasóforgalmának vizsgálatakor a standard étrend megkezdése előtt egy napon át vegyes étrenden figyelve meg a vizelettel ürített napi konyhasó mennyiséget, feltűnik, hogy ez szokatlanul nagy, napi 16,09 gr. A következő naptól kezdve 21 napon keresztül pontosan ismert konyhasótartalmú standardétrenden volt. Ez idő alatt végzett vizsgálatainkat az alábbi táblázatban ismertetjük.

Mint látható, az extrarenalis sóleadást számításán kívül hagyva, nyolc nap alatt napi 5,0 gr, ill. a nyolcadik nap csak napi 2,5 gr sófelvétel mellett 34,52 gr konyhasóval többet ürít, mint a felvett mennyiség. Ezután a beteget hat napon keresztül sószegény standardétrend mellett naponta 10,0 gr peroralisan adott NaCl-dal terheljük meg. Mivel egy napon, rajtuk kívül eső okból, a konyhasóürítés meghatározása elmaradt, pontos konyhasó-mérleg ezen időszakra nem állítható fel, de a többi öt napon végzett meghatározásokat véve tekintetbe, a beteg most kb. konyhasóegyensúlyban van. A további hét napon, mely alatt 2,5—3,0 gr konyhasótartalmú sószegény étren-

Datum	Testsúly kg	Vizelet ccm-ben	Vizelet NaCl		Plasma NaCl mgr %	Vér		Vörös vs.	Étrend
			gr %	napi ürített gr		H ₂ O %	Albumen %		
VIII. 28.		1870	0,86	16,08					Ismeretlen konyhasótartalmú vegyes étrend
29.	80,60	1850	0,94	17,39	620	78,89	7,84	4,400,000	5 gr konyhasót tartalmazó étrend
30.	80,30	850	0,67	5,69					
31.	80,00	1450	0,61	8,84					
IX. 1.	79,60	1520	0,57	8,66					
2.	79,60	900	0,93	8,37					2,5—3,0 gr konyhasót tart. étrend
3.	80,10	850	1,16	9,86					
4.	80,00	1020	1,08	11,01					Sószegény, napi 2,5—3,0 gr konyhasótartalmú étrend + napi 10,0 gr NaCl per os
5.	80,00	600	1,03	6,18	579				
6.	79,50	915	1,18	10,80	526	78,83	8,49	4,340,000	
7.	80,10	1120	1,38	15,45					
8.	79,60	1000	1,67	16,70					
9.	80,00	600	1,68	9,98					
10.	80,40	—	—	—					
11.	80,00	840	1,71	14,28					
12.	80,50	1130	1,07	12,09	642	79,49	8,11	4,200,000	
13.	80,30	1200	0,68	8,16					
14.	80,50	1300	0,58	7,54					
15.		1100	0,67	7,41					
16.	80,20	700	0,64	4,48					
17.	80,60	1000	0,64	6,40					
18.		940	0,63	6,82					
19.					585				

det kapott, újra 31·90—35·40 gr konyhasóval többet ürít, mint a táplálékkal felvett mennyiség. Feltűnő, hogy a kísérlet alatt a beteg napi *vizeletmennyisége* nem mutat olyan nagy ingadozásokat, mint ez rendszeren a sóbő és sószegény étrend hatására megfigyelhető, sőt a *táplálék só-tartalmától meglehetősen független*. Chlorionconcentrálóképessége ép, a vizelet konyhasóconcentrációja állandóan magas, a sószegény idő alatt 0·58—1·07 gr %. A testsúlyingadozás csekély, a legnagyobb kilengés 1·0 kg. Az eredetileg magas vérkonyhasószint sószegény étrendre 620 mg %-ról 526 mg %-ra csökken, konyhasómegeterhelésre 642 mg %-ra emelkedik. *Trendelenburg* szerint (12) a hypophysis hátsó lebenye antidiuretikus substantiájának parenchymalis bevitel oliguriához és konyhasókiáramláshoz vezet. Esetünkben az oliguria hiánya folytán a fokozott konyhasókiválasztás magyarázatául ez a hatásmechanizmus nem fogadható el. Legvalószínűbbnek látszik az a feltevés, hogy a szervezet, mint ezt előző eseteinkben láttuk, egy bizonyos határig visszatartja a bevitt konyhasót, melytől aztán, egy meghatározott maximumot érve el, egy periodikus, fokozott sókiürítés útján igyekszik megszabadulni. Kóros esetekben a szervek Cl tartalma a kétszeresére, sőt a bőré — mely már eleve is magas (204—243 mg %) — a háromszorosára is megnöhet. A száraz chlorretentióban a szervek 1·0—3·0 %-nyi vízszaporodása semmiképpen sem áll arányban a sószaporodással; az ember szerveiben 100·0—120·0 gr konyhasóval több lehet, mint a rendes, még akkor is, ha a vér NaCl-t, ill. ennek szaporodását nem is vesszük számításba. (13).

Röviden még két beteg kórtörténetét szeretnénk ismertetni, kiknek a konyhasókiürítése messze meghaladja a felvett mennyiséget.

X. *Polyuria* (nervosa?). 35 éves férfi, ki az elmúlt három hónap alatt 20·0 kg-ot fogyott. A klinikán lumbago diagnosissal fekszik, midőn egyik napról a másikra hirtelen erős polydipsiája és hatalmas, napi 5600 ccm-t elérő polyuriája támad. Ismeretlen sótartalmú vegyes étrend mellett a megfigyelés első napján 14·0 gr, a második napon 13·52 gr konyhasót ürít a vizelettel. A következő öt nap alatt, átlag 5·0—6·0 gr sót tartalmazó étrend mellett kerekén 20·5—23·0 gr sóval többet ürít, mint a bevitt mennyiség. A diuresis fokozatosan 3600—3900 ccm napi mennyiségre csökken, a vizelet chlorionconcentrációja a hét napig tartó megfigyelés ideje alatt majdnem változatlan, 0·22 és 0·26 gr % között ingadozik. A beteg testsúlya nem csökkent. Négyórai szomjazás után a vizelet fajsúlya 1004. Bejövetelekor a polydipsiás és polyuriás szak előtt mért vizelet fajsúlya 1008. Vérfonyhasószint 573 mgr %. A beteg részletes megvizsgálása külső okokból, sajnos, nem történt meg, de az irodalomban *Silbermann* (14) ismerteti egy beteg kórtörténetét, kinél egy látszólagos psychés okokra támadó polydipsia és polyuria valódi diabetes insipidusba ment át, amit a corticalis és endokrin gátló mechanizmusok kiesésével magyaráz.

XI. Traumás eredetű *diabetes insipidus*, melyhez baloldali *hemiparkinsonismus* társult. 23 éves férfi. Ötnapi sószegény táplálék mellett az első két napon 1·14, ill. 2·79 gr, a további három napon 7·32—10·74 gr sót ürít, a vizelettel ürített sómennyiség tehát 15·20—17·75 gr-mal több a bevitt mennyiségnél. További öt sószegény étrendű nap alatt, mely idő alatt a szomjaztatási kísérlet napjának kivételével háromszor 0·5 ccm, ill. kétszer 0·5 ccm. pituitrint kapott bőr alá s vizeletmennyisége kevesebb lett, a konyhasókiválasztás is csökken és már csak 5·55—8·05 gr-mal haladja meg a bevitt sómennyiséget. A pituitrin-injectiókat folytatva, ill. hypophysis hátsó lebenyének porított kivonatát orron át belélegeztetve, a beteg négy napon át 10·0 gr peroralisan adott konyhasóval terheljük meg. Eredmény: az extrarenalis sóleadást számításon

kívül hagyva 6·0—9·0 gr konyhasót retineal. A megfigyelés ideje alatt a chlorionconcentratio a vizeletben 0·01 gr % és 0·19 gr % között változik. A *konyhasókiválasztás* a táplálék sótartalmától meglehetősen független, azonban bizonyos fokig párhuzamot mutat a beteg vízkiválasztásával, mely pituitrinnel aránylag jól befolyásolható. A beteg testsúlya a fokozott sóirítás ideje alatt nem csökkent sőt 2·30 kg-ot növekszik. Vérchlorja a sószegény étrend hatása alatt 620 mg %-ról 521 mg %-ra száll le.

Vizsgálataink összefoglalásakor elsősorban arra a már előbb hangsúlyozott megállapításra kell visszatérnünk, hogy helyes következtetéseket csak pontos standardétrend és hosszabb megfigyelés alapján vonhatunk le. Téves eredményeket kapunk, ha ismeretlen sótartalmú étrend mellett *egynapi* konyhasómegeterhelés mérlegéből akarunk következtetni, mint ezt igen sok irodalmi adatról láthatjuk.

A kóros idegrendszeri szabályozás által támadt konyhasóforgalomzavar csak ritkán okoz klinikai tüneteket, annál gyakoribb azonban *rejtett alakja*, mely klinikai tüneteket ugyan nem okoz, a konyhasómegeterhelési kísérlettel azonban biztosan kimutatható. Saját 11 megfigyelt agybetegünk közül csak egyben (diabetes mellitusszal társult acromegalia) láttuk a konyhasóforgalom teljesen ép voltát. A sóforgalomzavar két főmegjelenési formában nyilvánulhat, mégpedig *sóretentióban és fokozott sóirításban*. Látszólag rendes konyhasóforgalom létesülhet, ha a szervezet csökkent chlorionconcentrálóképessége által létrejövő sóvisszatartást kiegyenlítő polyuria ellensúlyozza. A sóretentio vagy a szervezet *chlorionconcentráló-gyengesége* vagy abszolút, ill. reletív *oliguria* vagy *mindkettő együttes* előfordulása folytán jön létre. Kóros sóretentio jó chlorionconcentrálóképesség és vizeletválasztás esetén is létesülhet, mint ezt VII. sz. (Akromegalia, tumor hypophyseos) betegünkön láthatjuk, kinél a sóretentio oka a sómegeterhelés alatti testsúlyszaporodással járó oliguria, melyet azonban a vízszártartott konyhasó ürítésekör polyuria vált fel. Konyhasóretentió betegekben egyöntetűen azt látjuk, hogy a retentio leghatározottabb a megeterhelés 1. és 2. napján, azonban még a 3. és 4. napon is fennáll; a konyhasókiválasztás tehát nemcsak mennyiségileg csökken, hanem időbelileg is elhúzódik. 11 esetünk közül háromban a vérfonyhasószint már a sómegeterhelés előtt is 620 mg %, azaz a rendes felső határán van, két esetben 632 mg %. Száraz sóretentio azon betegeken látható, kikben a sóvisszatartás testsúlynövekedés nélkül, a fokozott sóleadás pedig testsúlycsökkenés nélkül történt. A visszatartott konyhasó egy része a vérben, túlnyomó nagy része azonban a szövetekben retineálódik. A konyhasóforgalomzavar ténye nem jogosít fel bennünket arra, hogy a laesio helyére vonjunk le következtetéseket, mert mind a striatum, mind a hypophysis látszólag elszigetelt betegségeiben is előfordulhat, utóbbiról azonban klinikailag biztosan kimutatni nem tudjuk, hogy mennyire terjed át a szomszédos agyalapra, illetőleg mennyire változik a hypophysisnek az agyalapi központokra gyakorolt hormonhatása.

A sóretentio folytán két kérdés merül fel, melyre egyelőre biztosan megfelelni nem tudunk. Az első kérdés az, hogy az agybetegségekben oly gyakran megfigyelhető oliguria, legalább is részben, nem kóros sóretentio következménye-e, mert a praedemás szakban hat kg víz is retineálódhatik anélkül, hogy tapintható vizenyő jelentkezne. A központi eredetű sóforgalomzavarral természetesen primaer központi eredetű vízforgalomzavar is társulhat. A második nyílt kérdés az marad, hogy agybeteg erős fejfájását részben nem okozza-e az agyállományban létrejövő kóros sóvisszatartás, melyhez másodlagos vízretentio társul. E feltevés ellen szól az a tapasztalati tény, hogy agybetegségekhez társuló fejfájások legjobban hypertoniás konyhasó, valamint hypertoniás dextroseoldatok

befecskendezésével csökkenthetők, annak ellenére, hogy utóbbi hatására a NaCl kiválasztás igen késve következhetik be. Mindkét kérdésre csak agybetegségekben elhaltak agyvelejének konyhasóra és víztartalomra végzendő együttes vizsgálata adna némiképp helytálló feleletet.

Irodalom: 1. Med. Klin. I. k. 535, 1929. — 2. Geiger: Orvosképzés 1926. — 3. Ref. Zbl. ges. Neur. und Psych. 62. k. 724, 1932. — 4. Pflügers Arch. 182. 1920. — 5. Ztschr. klin. Med. 99. k. 1924. — 6. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für innere Med. 45. Kongress Wiesbaden. — 7. Globulow: Ref. Zbl. ges. Neur. und Psych. 52. k. 1929. — 8. Tschilow és Sapranoff: Ztschr. exper. Med. 82. k. 252, 1932. — 9. Klin. Wschr. 31. sz. 1922. — 10. Ref. Zbl. ges. Neur. und Psych. 3. k. 59, 1932. — 11. Oppenheimer: Handbuch der Biochemie des Menschen und der Tiere, 4. k. 289. — 12. Kongress für inn. Med. 1930. — 13. Leva: Med. Klin. 36. sz. 1913. és Ztschr. klin. Med. 87. k. 1916. — 14. Ref. Zbl. Neur. und Psych. 53. k. 529, 1929.

A budapesti m. kir. Bábaképző-Intézet közleménye (igazgató: Burger Károly c. rk. tanár).

A Frey-féle fájásszámolás értékéről*

Irta: Baumann Jenő dr. tanársegéd.

A szülés egyik legfontosabb tényezőjének, a méh-tevékenységnek fájásszámolás segítségével megkísérelt ellenőrzése, illetve megítélése nem új eljárás. Schatz már 1880-ban számolt fájásokat. Jóval később (1905) Walthard is bevezette a rendszeres fájásszámolást a klinikai észlelésbe s bár tapasztalatai alapján melegen ajánlotta, követője csak elvétve akadt. Sokkal nagyobb visszhangra találtak újabban a Frey által hangoztatott és azóta sokat vitatott tanok, amelyeknek kétségtelen érdeme, hogy a fájások számolása a szülészet actualis kérdései közé került. A rendkívüli érdeklődésnek oka nyilván abban rejlik, hogy Frey szerint a fájásszámolásnak nemcsak elméleti érdekessége, hanem gyakorlati jelentősége is van. Tekintélyes számú és pontosan észlelt eseteinek számadatai arról győzték meg, hogy míg burokrepedés előtt a fájások száma tág határok között ingadozik, addig burokrepedés után a szülésnek, illetve a szülés egyes szakainak bizonyos általa meghatározott, ú. n. legnagyobb fájásszámon belül kell befejeződnie. Ha rendszeres szülőtevékenység esetén a fájások száma ezt a legmagasabb értéket meghaladja, akkor szerinte »olyan kóros állapotról van szó, amely a spontán szülést a biztossággal határos valószínűséggel kizárja«. Ez más szóval annyit jelent, hogy a legmagasabb fájásszám átlépése után, mivel önkéntes szülés nem várható, az adott esetben megfelelő szülészeti beavatkozásokhoz kell folyamodnunk, illetve a szülést olyan időpontban is be kell fejeznünk, mikor még classikus szülészeti javallat sem az anya, sem a magzat érdekében a beavatkozást, illetve a szülést befejező műtétet nem követeli meg. A legmagasabb fájásszám Frey értelmezése szerint tehát nemcsak határkövet jelent a spontán lefolyó és kóros szülések között, hanem egyes esetekben egymaga is javallhat súlyos műtéti beavatkozásokat. Mivel a szülészeti javallatok terén ez a valóban meglepő újítás rendkívül nagy jelentőségű lenne, ha tényleg minden esetben beválna, természetesen, hogy számos utánvizsgálásra és vitára adott alkalmat.

A budapesti bábaképző intézetben az elmúlt esztendő folyamán minden szülő nő fájásainak számát pontosan jegyeztük. Hogy a legnagyobb fájásszámok értékéről tárgyilagos véleményt alkothassunk szülészeti javallataink felállításában és beavatkozásainkban, továbbra is eddigi

* Vázlatosan előadta a Magyar Nőorvos Társaság 1934 június 1-i nagygyűlésén.

elveink szerint jártunk el. Az így nyert eredményeket utólag, tehát minden befolyástól mentesen összehasonlítottuk a fájások számával, illetve a Frey-féle legmagasabb értékekkel s ennek alapján igyekeztünk magunknak a kérdésről világos képet alkotni. Az összegyűjtött anyagból összehasonlításra csak azon eseteket használtuk fel, amelyekben a burokrepedéstől kezdve jelentkező összes fájásokat az intézetben magunk észleltük.

A fájások számának standard középértékei eseteinkben a tágulási szakban nagyobbak, mint a Frey-féle középértékek, aminek oka valószínűleg az, hogy a gyógyszeresen befolyásolt szüléseket később ismertető felfogásunk miatt ugyancsak eseteink közé soroztuk. A kitolási szak fájásainak középértékeiben főleg az először szülők közt kevés különbség mutatkozik.

A fájások átlagos középértékei:

Idő előtti burokrepedés után (69 eset)	I. P.	Tágulási szak: 121 (71)* Kitolási szak: 24·6 (21)
	M. P.	Tágulási szak: 75 (44) Kitolási szak: 14·5 (6·3)
Korai burokrepedés után (84 eset)	I. P.	Tágulási szak: 67 (43) Kitolási szak: 21·6 (19)
	M. P.	Tágulási szak: 38·6 (19) Kitolási szak: 10·4 (6)

Hogy a szüléseknek túlnyomóan nagy része mélyen a Frey által megadott legmagasabb fájásszámok alatt folyik le, azt a mi anyagunk is bizonyítja. Ez különösen a kitolási szak fájásszámaira vonatkozik, amelynek legfelső értékeit Frey ugyancsak magasan szabta meg. Már e helyen is hangsúlyozzuk, hogy még a fájásgyengéses és gyógyszeresen befolyásolt vagy valamely okból megindított szülések legnagyobb része sem éri el a megfelelő legmagasabb fájásszámokat. Ez a megfigyelés, melyet Winter, valamint Schultze adatai is támogatnak, azért is érdekes, mert Frey nyomán sok szerző a fájásgyengéséggel járó szüléseket meglehetősen önkényesen nem tartja alkalmasnak a fájásszámolásra. Adataink szerint a legmagasabb fájásszámok a szülések legnagyobb részében (90·2%) kétségtelenül olyan határt jelentenek, amelyet még a fájásgyengéses gyógyszeresen kezelt esetei is csak elvétve lépnek át.

Egészen más képet nyerünk azonban a legmagasabb fájásszámok jelentőségéről, ha azon eseteket vizsgáljuk, amelyekben a fájások száma lényegesen meghaladta az említett legnagyobb értékeket.

Burokrepedés	Szülő nő	A legnagyobb fájásszámokat meghaladó esetek száma	Spontán szült	Műtéttel fejeztetett be
Idő előtti	I. P.	6 = 11·5 %	5	1
	M. P.	2 = 11·2 %	1	1
Korai	I. P.	5 = 9·5 %	2	3
	M. P.	2 = 6·3 %	2	0
Összesen		15 = 9·8 %	10 = 6·5 %	5 = 3·3 %

153 pontosan megfigyelt szülés között 15 esetben, azaz 9·8%-ban láttunk a megfelelő legmagasabb fájásszámot jóval meghaladó értékeket a tágulási szak burokrepedést követő részében. A szülő nők közül 104 szült először, míg 49 ismételt szülő nő volt. Téraránytalan-ság ez esetekben természetesen nem volt.

* Zárójelben a Frey által közölt középértékek vannak feltüntetve.

A 104 először szülő nő közül 52-ben repedt időelőtt a burok, míg a további 52 esetben korai burokrepedést észleltünk. Időelőtti burokrepedés hat esetében láttunk a tágulási szakban az előirt legmagasabb értéknél (151—200) jóval nagyobb fájászámot (227, 298, 315, 333, 430, 435). Ezek közül öt szülés símán folyt le s csak egy esetben voltunk kénytelenek a valódi köldökzsinór csomó miatt rosszabbodó szívhangokra tekintettel kimeneti fogóműtétet végezni. Korai burokrepedés után a legmagasabb fájászámot (101—150) a tágulási szakban öt esetünk haladta meg (165, 167, 252, 298, 420). Két szülés közülök símán folyt le, míg három alkalommal rosszabbodó szívhangok miatt a kitolási szakban fogóműtétet fejeztük be a szülést.

Negyvenkilenc többször szülő nő szülése közül 17 időelőtti és 32 korai burokrepedést észleltünk. Időelőtti burokrepedés után két szülés fájátszáma volt magasabb (205, 295) az előirt 151—175 fájásnál. Egy magzat spontán született meg, egyet pedig a rosszabbodó szívhangok miatt a kitolási szakban fogóműtétet kellett világra hozni. Korai burokrepedés esetében kétízben 169, illetve 388 fájás után fejeződött be a tágulási szak s mindkét magzat magától született meg.

Amint rövid összefoglalásunk mutatja, 104 először szülő nő közül 11, 49 többször szülő nő közül négy esetben, összesen 15 szülés alkalmával (9,8%) láttunk a tágulási szakban a legmagasabb fájátszámnál legtöbbször jóval nagyobb értékeket. Ezen szülésekből 10, tehát pontosan az esetek $\frac{2}{3}$ -a, dacára a legmagasabb fájátszám állapésének spontán folyt le és csak öt alkalommal volt szükség rosszabbodó szívhangok miatt a kitolási szakban, a magzat megmentése érdekében a szülés fogóműtétés befejezésére.

Rátérve már most az esetekből önként kínákozó tanulságra, elsősorban meg kell állapítanunk azt, hogy rendes térvizonyok esetén a Frey által megadott legmagasabb fájátszámok átlépése távolról sem jelent olyan szülési akadályt, amely miatt a szülés önkéntes befejeződése lehetetlen. Mivel idevágó eseteinknek pontosan $\frac{2}{3}$ -ában az anya és a magzat legkisebb veszélyeztetése nélkül a szülés magától folyt le, nem csatlakozhatunk Frey azon felfogásához, hogy a legmagasabb fájátszám átlépése olyan kóros állapotra vall, amely a spontán szülést a bizonyossággal határos valószínűséggel kizárja. Frey a fájásgyengeséggel járó eseteket nem veszi be összeállításába. Ha mi is követnők e téren és négy, gyógyszeresen befolyásolt esetünket, melyek a legmagasabb fájátszámot meghaladták, nem tekintenők mérvadónak, még mindig fennmarad 11 olyan szülés, melynél a méhszáj lassú tágulásának oka a lágyrészek merevségében, illetve kisebb tágulékonyságában keresendő. Bár a lágyrészek ellenállása nem egyszer megnehezíti a szülést és komoly megfontolásokra, valamint beavatkozásokra kényszeríti a szülést, mint eseteink mutatják, mégsem tekinthető olyan kóros állapotnak, amely a szülés önként befejeződését lehetetlenné tenné.

Amint már említettem szülészeti javallataink felállításában a legmagasabb fájátszámok nem befolyásoltak bennünket. Ennek a körülménynek köszönhető, hogy minden esetben megvártuk a kitolási szakot, illetve a szülés spontán lefolyását, még akkor is, ha a fájások száma a legnagyobb értékeket messze meghaladta. Ha a legmagasabb fájátszámot fogadtuk volna el javallataink alapjának, akkor legkevesebb 10 alkalommal, tehát az esetek kétharmadában a tágulási szakban kellett volna beavatkoznunk, ami végeredményben minden esetben polypragmasiát, nem egyszer pedig súlyos műtétet jelentett volna. Éppen ezért úgy véljük, hogy minden szüléskor, hol anatómiai akadályok vagy téraránytalanság nincsenek és a tágulási szak elhúzódásának oka jó szülőtevékenység esetén a lágyrészek fokozott ellenállásá-

ban, illetve gyógyszeresen befolyásolt esetekben a fájásgyengeségben rejlik: ha a szülés befejezése anyai vagy magzati javallatból egyébként nem szükséges, meg kell várni a kitolási szakot, tekintet nélkül a legmagasabb fájátszámok túllépésére. A fej lejjebb jutását igen merev lágyrészek esetén kivételesen kisebb beavatkozásokkal (ujjal tágitás, méhszájbe-metszés, kézzel forgatás, stb.) elősegíthetjük, nagyobb műtési beavatkozásnak azonban csupán a legmagasabb fájátszámok átlépése miatt a tágulási szakban helye nincsen. Mivel eseteinkben a legmagasabb fájátszám túllépésén kívül egyéb okunk a szülés befejezésére nem lett volna, mindenkor megvártuk és mint eseteink bizonyítják jogosan meg is várhattuk a méhszáj eltűnését, a fej lejjebb szállását, azaz a szülés befejezésének jóval kedvezőbb feltételeit.

Bármennyire is nem osztjuk Frey felfogását a legmagasabb fájátszámok gyakorlati jelentőségét illetőleg, mégis el kell ismernünk, hogy a legnagyobb fájátszámok túllépése után a műtési frequentia rendkívül magas. Tizenöt szülésből 5 esetben (33,3%) kellett a szülést rosszabbodó magzati szívhangok miatt fogóműtétet befejezni. A legmagasabb fájátszám túllépése tehát fokozott veszedelmet jelent, amely azonban eseteinkben nem annyira az anyát, mint inkább a magzatot fenyegette. Teljesen nyílt marad ezek után még az a kérdés, vajjon a fájátszámok átlépésének Frey-féle értelmezése esetén szülészeti eredményeink ugyanolyan jók lennének-e. A klasszikus szülészeti javallatokra támaszkodva felsorolt eseteinkben az anyákat semmi hátrány nem érte s egyetlen magzatot sem veszítettünk el. Nagyon kérdéses, hogy már a tágulási szakban végzett különféle beavatkozások, vagy aránytalanul nehezebb szülést befejező műtétek után ugyanilyen eredményeket tudnánk felmutatni. Tapasztalataink alapján úgy véljük, hogy addig, míg az anya vagy a magzat érdeke nem kívánja feltétlenül a beavatkozást, várni kell, mert aránytalanul nagy különbséget jelent, hogy súlyos műtétet vagy könnyebb beavatkozással oldható meg a szülés. Mindezek szerint a tágulási szak legmagasabb fájátszámait nem tekinthetjük olyan abszolút értékeknek amelyek szülészeti javallatok alapját képezhetnék s legfeljebb értékes segéd-eszköznek tekinthetők melyeknek révén a szülés egyik fontos tényezőjének, a méhtevékenységnek munkájába több betekintést nyerhetünk.

A kitolási szak Frey által megadott legmagasabb fájátszámait 153 esetünkből összesen csak 5 eset fájásai haladták meg kevéssel. Beavatkozásra egyetlen esetben sem került sor. Különben is a legnagyobb fájátszám átlépése a kitolási szakban beavatkozás javallatát csak igen ritkán képezhetné, hiszen a magzati szívhangok rosszabbodása, vagy valamely anyai javallat esetén a szülés úgyszólván befejeződő tekintet nélkül a fájások számára. Rendes térvizonyok esetén pedig — főleg gyógyszeresen már nem befolyásolható fájásgyengeség esetén — a kitolási szak elhúzódása miatt rendszeren olyankor kerül a szülés befejezésére sor, mikor a legmagasabb fájátszámot a vajúdo még el sem érte. Anyagunkban különösképpen egyetlen esetben sem került sor beavatkozásra, amikor a fájások száma meghaladta a legmagasabb fájátszámot, ezzel szemben jóval kisebb fájátszám esetén nem egyszer volt szükséges a szülés befejezése. Mindebből az következik, hogy a kitolási szakban még annyira sem képezi a legmagasabb fájátszám az anyát és magzatot fenyegető veszedelmek határát, mint a tágulási szakban, hiszen jóval kisebb fájátszámok esetén nem egyszer kell beavatkozni, míg magas fájátszámok mellett önkéntes szülés nem tartozik a ritkaságok közé. Gyakorlati szempontból tehát a kitolási szak legmagasabb fájátszámait sem értékesíthetjük Frey elgondolása szerint s annyit fogadhatunk el kétségbevonhatatlan igazságnak, hogy a kitolási szak ritka kivétellel majdnem mindig a megadott legmagasabb értékeken alul fejeződik vagy fejeztetik be.

Aránylag legtöbb gyakorlati haszna a fájázzámolásnak úgylátszik a szűkmedencés szülések megítélésében van. Eseteink száma egyelőre kevés ahhoz, hogy erről a fontos kérdésre végleges véleményt alkothassunk. Eddigi tapasztalataink azonban azt mutatják, hogy a legmagasabb fájázzámok átlépése után úgyszólván mindig császármetszéshez kellett folyamodnunk. Szűk medence mellett önként lefolyó szüléseink között (10 eset) csak egy 45 óráig vajdó harmadszor szülő nő fájázzáma volt jóval magasabb (403+11 fájás), mint a Frey által megadott határérték. A tolófájások száma egyszer sem érte el a megadott legmagasabb fájázzámokat.

Olyan esetekben, hol a téraránytalanság miatt a szülés nem haladt előbbre és császármetszéssel kellett a szülést befejezni, a fájások száma mindig jóval meghaladta a legmagasabb értékeket. Mint már fentebb említettük, a téraránytalanság mellett lefolyó szülések megítélésében és a császármetszés javallásában nem befolyásolt bennünket a fájázzámolás. Éppen ezért tartjuk figyelemreméltónak az ilyen irányú további észleléseket, mert a szűkmedencés szülések kórjósolatának sokszor nehéz megállapításában az eddig használatos vizsgálo eljárások mellett a fájázzámolás úgylátszik hasznos segédeszköz lehet.

Eseteink közé felvettük a gyógyszeresen befolyásolt szüléseket is, bár Frey nyomán nem egy szerző a fájásgyengességgel járó szüléseket kihagyja összeállításából. Tettük ezt annál is inkább, mert az ilyen szülések legnagyobb része kevés kivétellel (4 eset) ugyancsak a legmagasabb fájázzámokon belül fejeződött be. Ennek oka pedig úgylátszik az, hogy a határozottan renyhe fájások ritkák is és ha gyógyszeresen befolyásolásra sűrűbben jelentkeznek, akkor egyúttal erőteljesebbek is lesznek. Egyedül az a körülmény, hogy ilyenkor talán többször fogunk a legmagasabb fájázzámot meghaladó értékeket találni, véleményünk szerint nem teszi indokolttá a gyógyszeresen befolyásolt szülések mellőzését. A szülést és gyakorlóorvost elsősorban olyan vizsgálo eljárások és segédeszközök érdeklik, melyek a szövődményes, elhúzódó szülések megítélésére alkalmasak. Míg a szülés élettani keretek között folyik le, a fájázzámolásnak csak elméleti érdekessége van s arra tulajdonképpen nem is volna szükség. A téraránytalanságot és anatómiai akadályokat nem tekintve a fájásgyengességgel járó és gyógyszeresen kezelt, vagy a lágyrészek ellenállása miatt elhúzódó szülések megítélése bír gyakorlati fontossággal. Ha a fájázzámolás éppen a fájások rendellenességei esetén nem használható, akkor alkalmazási köre szűkre szabott s máris sokat veszít értékéből. Emellett a gyógyszeresen befolyásolt esetek mellőzése, mint azt többen is hangoztatják, ellenkezne Frey eredeti, a fájások jelentőségéről vallott felfogásával. Szerinte a szülés haladása szempontjából rendszeres szülőtevékenység esetén, csupán csak a fájások száma és nem a minősége fontos. Ha pedig ez a vitatható nézet helytálló, akkor *semmi okunk sincs, hogy a gyógyszeresen befolyásolással rendezett fájások számadatait összeállításunkban figyelmen kívül hagyjuk.*

A szülés idejének feljegyzése és a szülésnek az időtartam alapján történő elbírálása Frey szerint hasznos eljárás, de nem alkalmas kóros szövődmények felismerésére. Véleményünk szerint azonban nem egyszer a burokrepedéstől kezdett fájázzámolás sem oldja meg ezt a feladatot tökéletesen. Ha ugyanis nem tekintjük a fájázzámolás gyakorlati értékét s tisztán mint elméletileg érdekes észlelést vesszük szemügyre, nem ritkán azt látjuk, hogy a burokrepedéstől számított fájások nem adnak hű képet az egész szülés lefolyásáról és annak nehézségeiről. Hogy csak a legkirívóbb példákat említsem egyik esetünkben I. fokban szűk lapos medence esetén a szülés 48 óra 40 perc alatt folyt le a burokrepedésig jelentkező 503 fájással, míg a burokrepedéstől a magzat megszületéséig csupán 15 fájásra

volt szükség. Másik esetben I. fokban egyaránt szűk medence mellett 34 óras vajdás után a burokrepedéstől számított két fájás elegendő volt a magzat megszületéséhez. Mint e két példa mutatja, a burokrepedéstől számított 15, illetve két fájás egyáltalában nem világít rá a téraránytalanság jelenlétére és a szülés nehézségeire. Éppen ezen ok miatt kórlapjainkon a burokrepedés előtt észlelt fájásokat is mindig feltüntetjük, annak ellenére, hogy Frey szerint ezeknek állítólag gyakorlati jelentősége nincsen.

Ami pedig végül a fájázzámolásnak kötelező bevezetését a szülészeti gyakorlatba illeti, az a véleményünk, hogy különbséget kell tenni a bába és az orvos között. *A bábagyakorlatban az eljárás bizonyára jól beválik*, mert a legmagasabb fájázzámok átlépése figyelmeztető jel lehet arra, hogy a bába idejében orvost hívjon, ha nincs is még valamely rendellenesség jelen. Tapasztalatunk szerint ugyanis a spontán lefolyó szülések igen nagy számában a legmagasabb értékek túllépése után műtéti beavatkozásra lesz szükség. Ha pedig határozott téraránytalanság van jelen, melyet a bába kellő ismeretek híján nem vett észre, a fájázzámolás hívhatja fel figyelmét a fenyegető veszedelmre. Egészen más a helyzet az orvos szempontjából. Míg a bába hatásköre szövődményes szülés esetén korlátok közé szorított és legtöbbször csak a szülés észlelésére terjed ki, addig az orvosnak nemcsak joga, de kötelessége is a kellő időpontban végzendő beavatkozás. Attól tartunk, hogy a fájázzámolás a *kellő szülési tapasztalattal és ítélőképességgel nem rendelkező orvost*, aki mereven ragaszkodik a legmagasabb fájázzámokhoz, félrevezetheti s főleg a tágulási szakban könnyen olyan beavatkozásokra indíthatja, amelyek vézetestek lehetnek úgy az anyára, mint a magzatra. *A fájázzámolás tehát csak képzett szakember kezében lehet egyes esetekben értékes segédeszköz*, mely a javallatok felállításában bizonyos mértékben irányításul szolgálhat.

Osszefoglalás :

1. A legmagasabb fájázzámok a szülések legnagyobb részében olyan határt jelentenek, melyet még a fájásgyengesség gyógyszeresen kezelt esetei is csak ritkán lépnek át.
2. A legmagasabb fájázzámok átlépése rendes térvizonyok esetén nem jelent olyan szülési akadályt, amely miatt a szülés magától be nem fejeződhetnék.
3. Nagyobb műtéti beavatkozásnak rendes térvizonyok között csupán a legmagasabb fájázzám túllépése miatt a tágulási szakban helye nincsen.
4. Olyan szülések esetében, melyekben a fájások száma a legnagyobb értékeket meghaladta, a magzat érdekében a kitolási szakban végzett műtétek gyakorisága tetemes.
5. A kitolási szakban a vajdók csak ritkán érik el a megadott legmagasabb fájázzámokat, melyek azonban ilyenkor sem képezhetik egyedül beavatkozás javallatát.
6. Szűk medence mellett lefolyó szülések kórjósolatának megállapítására a legmagasabb fájázzámok úgylátszik bizonyos mértékben segédeszközként felhasználhatók.
7. A fájázzámolás mellőzése gyógyszeresen befolyásolt szülésekben nem indokolt.
8. A burokrepedés utáni fájázzám nem ad mindig hű képet a szülésről és annak nehézségeiről.
9. A fájázzámolás a bábagyakorlatban valószínűleg jól beválik. Kellő tapasztalatokkal nem rendelkező orvost félrevezethet és veszedelmes beavatkozásokra indíthat, a fájázzámolás tehát csak képzett szakembernek lehet bizonyos mértékben irányítója.

Irodalom: Frey: Biologie und Pathologie des Weibes (Halban—Seitz, 1929). — Schultze: Zentralblatt für Gynäologie 1934. 15. szám.

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

A serumdiastase viselkedése kísérleti pancreasnecrosis kapcsán

Irta: Király József dr.

A hasnyálmirigy heveny gyulladásos megbetegedéseinek kórisméjében a klinikai tünetek mellett általánosan használtak a laboratóriumi fermentértékmeghatározások. A trypsin és a lipase mellett a diastase az az alkotórésze a pancreasnedvnek, melynek kiválasztási fiziológiája a legérzékenyebb és amely mennyiségi ingadozásaiiban leginkább visszatükrözi a pancreas acut gyulladásos állapotát. Pancreatitis kapcsán a diastase meghatározása a legelterjedtebb, melyet *Wohlgemuth* szerint szoktak végezni.

Nagy általánosságban a diastase-meghatározásokat a vizeletből végzik és csak alig találunk az irodalomban oly vizsgálatokat, melyek a serumdiastase viselkedésének megfigyelésére vonatkoznának. Pedig ha pontos mennyiségi adatokat akarunk keresni, a serumértékek sokkal megbízhatóbbak, mert a vizeletértékek szorosan függnek a vesék kiválasztotta folyadékmennyiségtől és azoknak esetleges hígítási és koncentrálóképesség zavaraitól, míg a serum-meghatározások alkalmával ezen hibaforrások tekintetbe nem jöhetnek. Mivel azonban a klinikusoknak nem a pontos mennyiségi adatokra, hanem az értékeknek csak bizonyos határok fölé való emelkedésére van szüksége, így többnyire beérik a vizeletből kapható értékek meghatározásával. Fontosnak kell mindazonáltal tartanunk a vizelet-diastase meghatározások mellett a serumdiastase megfigyelését is, mint amely adatok könnyen belátható okokból pontosabb értékeket adnak, mint az előbbiek.

Igy *Popper* és *Selinger* végeztek serumdiastase vizsgálatokat pancreas-megbetegedésekkel kapcsolatban. *Grassberger* enyhe kísérleti pancreasnecrosis-sal kapcsolatban foglalkozott e kérdéssel. Paquelin-nel megérintette a kutyák pancreasát, mely után igen erős diastase-emelkedést látott a serumban, mely emelkedések azonban csak néhány órán át tartottak. A következő napokon látott ugyan még néhány értékelemelkedést, de azután rendszerre szálltak az értékek alá.

Kísérletsorozatunkban tíz halálos pancreatitis serumdiastase viselkedését figyeltük meg. Vizsgálataink célja az volt, hogy így pontosan megfigyelve az értékek műtét előtti és utáni kialakulását, a biztosan halállal végződő, kísérleti úton előidézett pancreatitisek folyamán azokból esetleges következtetéseket vonjunk le a gyakorlat, az emberi kórban, illetőleg a kórhatározástan számára.

Kínálkozó ugyanis az a gondolat, hogy a súlyos toxikus pancreasnecrosisok kapcsán a felszívódó fehérjeméreg megromlva a veseparenchymát, a vizelet mennyisége megcsökkenik s így a belőle nyerhető értékek magasabbak lesznek, mint a serumban találhatóak. Vizsgálataink igazolták is föltevésünket. Általában azt figyelhettük meg, hogy oly esetekben, mikor a betegség gyorsabban halállal végződött, igen súlyos boncolási kép mellett, a diastase-értékek alacsonyabbak voltak, mint azokban az esetekben, mikor mintegy jobban ideje volt a kórképnek kifejlődni és az esetek nem lévén oly súlyosan toxikus lefolyásúak, később állt a halál be. Ilyenkor a hasi elváltozások, amiket boncoláson találtunk, nem voltak oly súlyosak és nagymérvűek, jöllehet a vizeletből való meghatározások alapján a szerzők a diastase-értékek magasságából a folyamat súlyosságára is szoktak következtetni. Valószínű, hogy ezen látszólagos ellentmondásnak az oka a toxikus oliguriában található meg: a kevés, tömény vizeletben a kiválasztott diastase aránylagos mennyisége sokkal magasabb, mint

annak rendes veseműködéskor, illetőleg vérnyomásviszonyok közt lennie kellene.

Vizsgálatainkról, melyeket a budapesti 2. sz. sebészeti klinika állatkísérleti intézetében végeztünk, a következőkben számolhatunk be: Kísérletsorozatunkban tíz kutyát használtunk fel. Median laparotomia után a sterilitás teljes megőrzése mellett a májat luxálva, az epehólyagból 5 cm epét szívtunk ki injekciós tűvel. A beszúrás helyét dohányzacskóvarrattal süllyesztve elzártuk. A boncoláskor ezen varratok mindig jól tartottak még. Ezután a patkóbelet rögzítve, a pancreas egész kiterjedésén elénk tárul. Az epehólyagból kiszívott epét több helyen vékony injecciós tűvel hosszirányban mélyen beszúrva a pancreas testébe, annak állományába fecskendeztük úgyhogy lehetőleg elkerüljük, hogy az injecciós tű okozta nyíláson át az epe a hasüregbe visszafolyjék. Majd a pancreas testét ércsípővel több helyen enyhén megzúztuk, úgyhogy nagyobb vérzés egy esetben sem támadt. Ezután anélkül, hogy a kivetető csatornát vagy a szervet alákötöttük volna, a hasfalat három rétegben szabályosan zártuk. A vért, melyet kontrol célra műtét előtt és a műtét után a táblázat szerint megjelölt időben vizsgáltunk, a kutyák fülének megsebzése útján nyertük. A vért jégsekrénybe helyezve, egy óra mulva centrifugáltuk és a kivált savót *Wohlgemuth* szerint hígítva vizsgáltuk.

Állataink a műtét után igen súlyosan megbetegedtek, alig vagy egyáltalán nem táplálkoztak, a többiek közül visszahúzódva, fekvé maradtak. A műtét után tíz közül négy negyvennyolc óra mulva, kettő negyven és négy harminchat óra mulva hullott el.

Boncoláskor a has megnyitása után minden esetben nagytömögű, híg, haemolizált vért tartalmazó húslészerű folyadékot találtunk a hasüregben. A pancreas teste hatalmasan duzzadt, véresen átívódott, szürkésvörös volt, telve világos, sárgás elhalt területekkel. A duodenum és a felső vékonybélkacsok tájékán a mesenterium, azonkívül a cseplesz és általában az egész hasüreg filléresnyi, pengősnyi éles határu világossárgás foltokkal volt behintve, melyek egyes helyeken nagyobb területekké olvadtak össze. Hasonló elváltozásokat találtunk a hashártya sebzési vonalán, a belső felületen is. A máj minden esetben sötétebb és világosabb foltokkal tarkított volt, sőt egyes esetekben a hasüregi zsírnecrosisokhoz teljesen hasonló, körülírt, világossárga elhalásos területeket is találtunk rajta, melyek mikroskóp alatt teljes máj-necrosisoknak bizonyultak, mint azt kísérletileg a pancreasfermenteket tartalmazó folyadékoknak a májba való juttatása után szoktuk látni. A májszerkezet teljes megtartása mellett megfestés e területekben egyáltalán nem látszott. Találtunk zsírelhalásos területeket ezenkívül a veseköri zsírszövetben, egy esetben a mediastinum anteriusban és egy esetben a visceralis szív-burok alatti zsírszövetben is. A has bőrére rávágva, több helyen találtunk hasonló elváltozásokat a bőr alatti zsírpárnában is.

Vizsgált eseteink tehát valamennyien súlyos lefolyású, halálos kimenetelű pancreatitisek voltak, mit a fentebb leírt igen egyszerű módszer segítségével értünk el. A pancreas testének eszközzel való megzúzása feltétlenül durva beavatkozás, de azért folyamodtunk e módszerhez, mert célunk az volt, hogy a halálos kimenetelhez szükséges pancreas-elváltozásokat minden esetben megkaphassuk s így vizsgálataink szolgálatába állíthassuk.

A talált serumdiastase értékeket a tuloldali táblázat szemlélteti:

A serumon kívül minden esetben megvizsgáltuk a hasüregi húslészerű folyadékot is centrifugálás után diastasára. Eredményül a 3. sz. állaton kívül, ahol az érték 256 volt, minden esetben 1000-en felüli számokat kaptunk, a legnagyobb érték 2048 volt.

Diastaseérték órák szerint.								
		Műtét előtt :	Műtét után :					
			16	20	28	36	40	48
1	IV. 25	32	128	256	512	+		
2	IV. 28	64	256	512	512	1024	1024	+
3	IV. 30	64	64	64	64	128	+	
4	V. 3	32	128	256	256	+		
5	V. 4	32	256	512	512	2048	+	
6	V. 6	16	128	256	512	1024	1024	+
7	V. 9	64	64	256	1024	+		
8	V. 11	32	128	128	256	1024	2048	+
9	V. 13	32	128	256	256	+		
10	V. 14	64	256	512	512	2048	2048	+

Röviden összefoglalva, kísérletünkben a következő tanulságot meríthetjük :

Míg a klinikai vizsgálatokra támaszkodó szerzők a vizeletdiastase érték nagyságából többnyire következtetéseket vonnak le a folyamat súlyosságára, addig az állatkísérletek ezt nem minden esetben igazolják. Így a 3. számú kutyánk egészen szokatlan súlyos pancreatitis, hatalmas, az egész hasüregre kiterjedő necrosisok mellett, serumdiastase csak 128-ig emelkedett, épp így 4. számú kutyánk legmagasabb diastaseértéke 256 volt, hasonlóképpen 9. számú kísérletünkben is csak 256-os értéket kaptunk, holott a többinél jóval enyhébb elváltozások mellett a *Wohlgemuth*-értékek sokkal magasabbak voltak. Ezen értékek aránylag alacsony voltának jelentősége ott van, hogy ezen kísérletek minden esetben halálos kimenetelűek voltak.

Gyakran tapasztaltuk betegeken is korábbi vizsgálatunk folyamán, melyek kapcsán 100 betegen 397 diastasevizsgálatot végeztünk vizeletből; ezt az ellentmondást a laboratóriumi értékek és az objektív tünetek között. Így klinikai, boncolati és kísérleti észleléseink alapján azt kell mondanunk, hogy a diastasepróba értékes jel a pancreas heveny megbetegedéseinek körjelzésében, de a diastaseértékek emelkedése egymagában nem jelent mindig oly pancreas-elváltozást, mely azonnali sebészi beavatkozást javall, máskor meg még a halálos esetekben sem kifejezett az értékemelkedés. Azonkívül, mivel az irodalomból kb. 20%-ra tehető a klinikusok által észlelt hibaforrás nagysága és mivel sem a serum-, sem a vizeletdiastase-nak nincs biztos fiziológiai és pathológiai határértéke, azt kell mondanunk, hogy a *Wohlgemuth*-próbának csak a negativitás esetén tulajdoníthatunk abszolút elkülönítő értéket, mégpedig oly esetekben, hol a klinikai jelek alapján pancreatitisre gyanakszunk. Így tehát csak kizáró értéket vehetjük biztosan tekintetbe a diagnózisában.

Irodalom : Cohn : Arch. f. Verd. 1925. 39. — Grassberger : Zentr. Blatt f. Chir. 55. 2. 125. 1928. — Popper : Deutsche Z. f. Chir. 236. 124. 1932. — Popper—Selinger : Wien. klin. Wochschr. 41. 6. 199. 1928.

A debreceni Tisza István Tudományegyetem bőr- és nemibeteg-klinikájának (igazgató : Neuber Ede ny. r. tanár) és a debreceni M. Kir. 6. sz. Honvéd és Közrendészeti Helyőrségi Kórház szemészeti osztályának közleménye.

Az alsó könnycsövecske sporotrichosisa.

Irta : Fazakas Sándor dr. egyet. magántanár.

A sporotrichosist 1898 óta ismerjük. Ekkor írta le ugyanis az amerikai *Schenck* az első ilyen esetet, mely az alkaron a nyirokereknél megfelelően bőralatti tályogok alakjában nyilvánult meg.

Európában az első sporotrichosist Franciaországban figyelték meg 1903-ban (*de Beurmann* és *Ramond*). Ugyancsak a franciáknak köszönhető e mykosis pathológiájának és serológiájának kidolgozása is.

E betegség az összes európai államokban előfordul. Leggyakrabban a bőrön jelentkezik, kiindulhat azonban a nyálkahártyákról és a szemről is. E két utóbbi alakja azonban már ritkaság. Akárhon jelentkezik is, rendkívül változatos tünetekben nyilvánul meg, ezért nehéz felismerni. A syphilitól és a tuberculosistól sokszor klinikailag el sem különíthető, ilyen esetekben csak a gomba kitenyésztése és a serologiai reactio positiv eredménye biztosítja a kórismét. A betegség általánossá is válhatik, amikor a csontokat, herét, tüdőt, májat, vesét, szemet és nyálkahártyákat is megtámadhatja.

A szem sporotrichosisa egyrészt az általánosult sporotrichosis részjelensége, másrészt — bár nagyon ritkán — elsőslegesen megbetegedés is lehet.

Az alábbiakban egy elsőslegesen canaliculus sporotrichosis-esetet ismertetek, mely amint a következőkben látni fogjuk, a maga nemében egyedülálló. A sporotrichon különböző törzseinek a könnyutak betegségével kapcsolatos szerepéről az irodalomban még nagyon kevés adat található.

Morax (akinek döntő szerepe volt a szemészeti sporotrichosis kiépítésében) volt az első, aki 1911-ben írt le egy sporotrichosisos könnytömlőgyulladást, mellyel kapcsolatban a fül előtti mirigyek is meg voltak duzzadva. Kiemeli, hogy ez a könnytömlőgyulladás jóval körülirtabb volt, tehát nem volt annyira diffus, mint pl. a streptococcusos peridacryocystitis szokott lenni. Két évvel későbbi (1913-as) esete már csak ú. n. praelacimalis sporotrichosis volt, de véleménye szerint a sporotrichonok ebben az esetben is minden valószínűség szerint először a saccus lacimalisba kerültek és innen vándoroltak a mucosán át a bőr alatti kötőszövetbe.

H. Gifford három hasonló esete már csak fenntartással értékelhető, mivel sporotrichont kimutatnia nem sikerült.

Ezzel szemben *S. R. Gifford* 1914-ben leírt praelacimalis esetét positiv gombalettel és agglutinációs próbával is igazolta. A praelacimalis sporotrichosis előállítását *Morax*hoz teljesen hasonló módon fogja fel, amennyiben szerinte is a saccuson keresztül vezet az út a betegség kifejlődéséhez, de anélkül is bekövetkezhet a fertőződés, hogy a tömlőn kóros elváltozás jönne létre.

S. R. Gifford 1922-ben leírt újabb esetében már egyenest a tömlő sporotrichosisaról van szó, amikor a folyamat az elülső rostasejtekre is áterjedt (sporotrichon *Schencki*). E gombával végzett endoperitonealis oltásra a fehér egér hét nap alatt elpusztult. Ha pedig a nyúl elülső csarnokába ojtotta a gombát, csomók fejlődtek ki az irisen és a corneában.

Rocher esete, melyet *Fava* írt le, a saccus lacimalis újabb sporotrichosisa.

Katona beteg hozzátartozója előadja, hogy kilenc évvel ezelőtt könnycsövecskéfelhasításon, későbbben könnytömlőkiirtáson esett át. Egy év óta újra könnyezik s fél éve a kiirtott tömlő tájának nyomkodására újból könnyben úszó geny jelentkezik. A panasz alapján rosszul sikerült tömlőkiirtásra lehetett gondolni. A vizsgálat azonban rögtön helyes irányba terelte a figyelmet. A belső szemzűg táján ugyanis az alsó könnycsövecskének megfelelően, tehát nagyjában vízszintesen álló, hosszanti, halvány, fájdalommentes, kötegszerű duzzanatot találtam, mely a csak részben felhasított könnycsövecske falának és az azt övező szöveteknek gyulladása következtében jött létre.

A tömör kötegen kis borsónyi kidudorodások voltak érezhetőek, melyeknek egy része hullámozott. A duzzanat nyomására sajátságos törmelékenyes geny ürült, de csak alul

a könnyhasadékon keresztül, a felső könnyponton soha. A csövecské fel nem hasított része is nagymértékben ki volt tágulva, az előbb említett dudorok egy részének a canaliculus felőli felszíne ki volt fekélyesedve és összeálló, törmelékes gennyel volt fedve. A dudorok többi részén a canaliculus mucosája teljesen ép volt, de belsejükből punctióval a fentebb említetthez hasonló összeálló, törmelékes gennyet kaptam. A canaliculus orr felőli része diverticulum-szerű tágulat után hirtelen összeállt, ebben az összeszűkülés részben egy erősen összeálló, barnássárga, tömör, jól záró concrementumszerű dugó volt, mely oly erősen tapadt a csövecské falához, hogy csak részben sikerült eltávolítanom.

Esetemben tehát minden kétséget kizáróan egy dacryocanaliculitistről, illetve peridacryocanaliculitistről volt szó, melyhez a fül előtti mirigyek fájdalommentes duzzanata is csatlakozott.

A canaliculust elzáró dugóból, a fekélyek alapját borító törmelékből és a dudorok belsejéből származó gennyből: sporotrichon *Couclmannit* sikerült kitenyésztenem. A gomba tenyésztete fekete, szélei bőrszerűek, közepe bolyhos. Fonalai két μ vastagságúak, szabályos távolságokban rekeszettek. A fonalak végén csupán egy nagy, színtelen, hosszúság, 4–5 μ hosszú conidium ül, mely ha megérik, a fonalról leválik, kikerekedik, miközben belsejében gazdag pigmentálódás keletkezik: a fokozott pigmentképződés következménye, hogy az idősebb tenyészetek felszíne megfeketedik. Lateralis conidiumai nincsenek. Állatkísérleteim, melyeket nyúl corneáján és kötőhártyáján végeztem, pozitív eredménnyel jártak. A gomba emulsiójával a nyúl corneájának előzetesen felszántott részét bekenve, az oltási korong középső részén mély keratitis fejlődött ki, mely lassanként teljesen köralakot öltött és ilyen formában is terjedt tovább mindaddig, míg a hetedik napon köröskörül el nem érte a szaruhártya ép, fel nem szántott részét. A steril élettani konyhasó-oldattal kezelt ú. n. controll cornea 24 óra múlva tökéletesen behámosodott.

A nyúl kötőhártyája még akkor is diffus conjunctivitisszel reagált, ha a gombából készült emulsiót egyszerűen, minden trauma nélkül felkentem a kötőhártyára, ha pedig hámtól fosztott helyekre vittem azt, búzaszemnyi, tömör, szürkésárgás göbök keletkeztek, melyeknek egy része lassan, minden további nélkül visszafejlődött, másik része azonban felpuhult és kifekélyesedett, miközben genyszerű váladék ürült, melyben finom törmelékek voltak. Visszaoltás úgy ebből a genyből, mint a diffus kötőhártya hurut váladékából, valamint a szaruhártya oltott részéről vett kaparékából is pozitív eredménnyel járt.

Ebből és az előbb említett néhány esetből nagyon kevés következtetés vonható le a könnyút sporotrichosisára nézve.

Én azonban az eddig ismertetett esetek csekély számából nem azt a következtetést vonnám le, mint egyesek, hogy a tömlő nem megfelelő talaj a sporotrichonok részére, hanem inkább azt, hogy éppen úgy, mint a többi gomba, a sporotrichon se részesül a szemészetben megérdemelt figyelemben. A legtöbbször eszünkbe se jut, hogy gombás eredetre is gondolhatnánk. Különben minden bizonnyal jóval gyakrabban találkozunk vele. Meggyőződésem, hogy a gomba mint közvetlen kórokozó, nem is olyan ritka a szemészetben, mint ahogy azt általában hiszik. Emellett, ha önálló kórképet nem is hoz létre, elváltoztatja e betegségek jellegzetes klinikai képét, megkönnyítheti azoknak kifejlődését, illetőleg igen fontos tényező lehet szembetegségek lezajlásának meghosszabbításában és súlyosbításában.

A saccus lacrymalis sporotrichosisának az ú. n. prae-lacrymalis sporotrichosistól elkülönítése nem ütközik külö-

nösebb nehézségbe. Utóbbi esetben ugyanis a könnyút teljesen szabad s a terimenagyobbodás nyomkodására nem jön a könnypontból genny.

Ami most már a saccus lacrymalis sporotrichosisának a heveny könnytömlőgyulladásától elkülönítését illeti, máris kiemelhetünk annyit, hogy az előbbi nem annyira heveny, nem fájdalmas, lezajlása sokkal lassúbb s mindig adenopathia kíséri.

Gümős, syphilitis és aktinomycosis elváltozásoktól azonban már csakis a laboratoriumban lehet elkülöníteni (cultura és agglutinatio).

Ami most már a sporotrichonoknak a canaliculusokhoz való viszonyát illeti, hangsúlyozhatjuk, hogy ezideig egyetlen esetben szerepelt csak sporotrichon a könny-csővecskében (*Bedell 1916*) s akkor is csak egy sporotrichosisos conjunctivitisszel kapcsolatban, amikor is a canaliculusban és saccusban több barnásszínű könnykövecské volt, melyből ki lehetett tenyészteni, azonban hangsúlyozom, hogy sem a canaliculusban, sem a saccusban semminemű elváltozás nem volt mellette.

Ilyen módon esetem, ahol jól kifejezett dacryocanaliculitist és peridacryocanaliculitist hozott létre e gomba, a canaliculus első sporotrichosisának tekintendő az irodalomban.

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

A liquor cerebrospinalis silicowolframsav reakciója.

Irta: Nagy Mihály dr. klinikai tanársegéd.

A gerincvelőfolyadék vizsgálatának egyik legfontosabb részét a globulin-reakciók teszik. A liquordiagnostikában a globulin-reakcióknak elősorban azért van nagy jelentőségük, mert velük egyszerű módon kimutatható bizonyos kóros folyamat. Az eredményt a kórismézésben hasznosíthatjuk.

A reakciók kivételében a főtörekvés arra irányul, hogy a liquorban csak a globulin-fractions kicsapódása következék be, ami azonban a különböző reakciókban nem egyenlő mértékben érhető el; ez viszont az eredmények közötti eltérésekben mutatkozik meg.

Kísérleteimben a globulin-kicsapást »silicowolframsavval« végeztem. Az 1%-os silicowolframsavval (= S. W.) végzett új liquorglobulin-reakcióról a következőkben számoltam be:

A S. W. fehér kristályos vegyület, vízben maradék nélkül oldódik; 1%-os oldata a különféle globulinreagensekkel összehozva változatlan marad. Kísérleteimben a globulin-kicsapást először 20-szorosan hígított lószérumban végeztem 0.1%, 1% és 5%-os S. W.-oldattal annak megállapítása végett, hogy a globulin milyen töménységű oldattal csapható ki a legnagyobb mennyiségben. A vizsgálatot a jelzett töménységű oldatokkal három sorozatban végeztem el, mégpedig tiszta, 0.1% sósavat tartalmazó és 1/10 natronlúggal közömbösített S. W.-oldatokkal. A kicsapott globulinmennyiséget *Nissl*-csőben öt perc centrifugálás után (3500 fordulatszám) olvastam le.

Valamennyi kísérleti sorozatban 1 cm³ lóvérsavóhoz 1 cm³ S. W.-oldatot adtam. Az I. sorozatban (tiszta S. W.-oldattal) a kicsapódott globulin 0.1%-os S. W.-oldattal 0.5, 1%-ossal 4 és 5%-ossal ugyancsak 4 osztásrészt foglalt el. A globulincsapadék mennyisége további 1 cm³ reagens hozzáadására sem növekedett. A II. soro-

zatban (0.1% sósavat tartalmazó S. W.-oldattal) a 0.1%-os S. W.-oldat 2, az 1%-os 4, az 5%-os ugyancsak 4 osztásrésznyi globulinszapadékot adott. A III. sorozatban (n/10 nátronlúggal közömbösített S. W.-oldattal) 0.1%-os S. W.-oldattal 0.5, 1%-os oldattal 1, 5%-os oldattal ugyancsak 1 osztásrésznyi globulinszapadékot kaptam. Növekedést további S. W.-oldat hozzáadásával szintén nem tapasztaltam.

A további vizsgálatokat gerincvelőfolyadékkal végeztem. Erre a célra egy dem. pp.-ben szenvedő beteg liquorát használtam fel. A n/10 nátronlúggal közömbösített S. W.-oldattal a liquor-globulin kicsapódása: 0.1% = 1, 1% = 1, 5% = 1; a 0.1% sósavat tartalmazó S. W.-oldattal: 0.5% = 1.5, 1% = 2, 5% = 2 osztásrésznyi volt. Ha a tiszta S. W.-oldatból 1 cm³ liquorhoz 0.5 cm³-t adunk, akkor a 0.1%-os S. W.-oldat 0.5, az 1%-os oldat 1, az 5%-os oldat 1 osztásrésznyi kicsapódást idéz elő; további 0.5 cm³ reagens hozzáadása és ismételt centrifugálás után a globulin csapadékmennyisége növekedést nem mutatott.

Az üledék feletti víztiszta folyadékban globulinpróbákat végeztem, amikor is Pándy r. negatív, Weichbrodt r.: negatív, ellenben a sulfosalicylsavpróba erősen pozitív volt. A globulin-reactiók azonnal pozitívek lettek, ha az üledékből minimális mennyiség csak nyomokban is az oldatba került.

A debreceni tudományegyetemi orvosi vegytani intézetben végzett vizsgálat szerint a S. W.-val leválasztott globulinszapadék vízzel való alapos kimosása után is tartalmaz S. W.-at, miből következik, hogy a globulin a S. W.-val fizikai vagy kémiai kötésbe lép, amikor kicsapódik.

Kísérleteim annak megállapítását eredményezték, hogy:

1. a globulinkiválasztás a legnagyobb fokban 1%-os S. W.-oldattal érhető el.

2. Az 1%-os S. W.-oldat quantitativ kicsapja a globulint, úgy, hogy az oldat globulinmentesnek tekinthető.

Miután a kísérletekből kitűnt, hogy 1 cm³ liquorban a globulinok kicsapódása 0.5 cm³ S. W.-oldat hozzáadására teljes mértékben bekövetkezik, ezért a sorozatos liquorvizsgálatokban is megtartottam ezt az arányt. Megemlítem, hogy a S. W.-reactio 0.5 cm³ liquorral (0.25 cm³ S. W.-oldat) végezve is teljesen megbízható eredményt ad.

A S. W.-reactio kivitele ezek szerint úgy történik, hogy 0.5 cm³ liquorhoz 0.25 cm³ 1%-os S. W.-oldatot adunk és azt enyhén összerázzuk. Az eredmény azonnal leolvasható, amelyet célszerű a szokásos módon sötét lap előtt vagy globulinoskopban végezni. A globulinkicsapódás fokozata az egész halvány opalescálástól a felhőszerű zavarosodásig jól elkülöníthető. A kicsapódás fokozatát + -től ++++ -es erősségekben állapítottam meg. A normális liquor víztiszta, a pozitív liquornak enyhe kékes színezete van a kicsapódás után. Megfigyelésem szerint az erősen pozitív paralytic liquorban keletkező felhőszerű csapadék kb. 15–30 perc alatt fátyszerű gomolyagban a kémcső alján ülepedik le, míg felette víztiszta folyadék réteg marad. Ha ezt a folyadékot óvatosan leszívjuk és abban a globulinpróbákat elvégezzük, azt találjuk, hogy a Pándy- és Weichbrodt-reactio, amely egyébként ugyanebben a liquorban erősen pozitív volt, most negatív eredményt mutat, a sulfosalicylsavpróba pedig pozitív eredményt tüntet fel, mindezek arra mutatnak, hogy a S. W. csak a globulinokat csapta ki teljesen. A Pándy- és Weichbrodt-r. nyomban pozitívvá válik, amint a csapadékot is az oldatba juttatjuk.

A debreceni ideg-elmegyógyászati klinikán a S. W.-

reactiót 135 liquorban végeztem el. A betegségek megoszlását az alábbi csoportosítás tünteti fel:

Dem. paral. progr.	17	Arteriosclerosis cerebri	11
Taboparalysis	2	Hemiplegia	3
Tabes dors.	16	Amyotr. lat. scler.	1
Lues cerebri	5	Lyssa	1
Lues latens	7	Schizophrenia	5
Tumor cerebri	9	Maniaco-depr.	3
Sclerosis multiplex	7	Amentia	1
Enceph. chron.	6	Paranoia	1
Epilepsia	9	Imbecillitas	2
Myelitis	3	Alcoholismus chr.	2
Chorea minor	5	Egyéb neurosis	19
Összesen	135		

Az ideglues különféle fajaiban és azokban az esetekben, amelyekben a betegségek folyamata a liquor-globulinfractióknak quantitativ változását idézte elő, a S. W.-reactio mindig pozitív volt, hasonlóan a többi globulinpróbával együtt (Pándy- Nonne-Apell-, Weichbrodt-r.). Az eredmény összehasonlításánál csupán a kicsapódás erősségének fokozatában találtam különbséget és megállapításom szerint a S. W. globulin-reactio érzékenység tekintetében középhelyet foglal el a legérzékenyebb Pándy- és Weichbrodt-reactiók között.

A S. W. reactio főleg a neuroliches betegségek folyamata körjelzésében tűnik ki. Tartós gyógykezelésben részesült két tabes dors. esetében a liquorjavulás annyira előrehaladt, hogy a globulin-reactiók közül csak a S. W.-reactio jelzett + -es kicsapódást, míg a Pándy, Nonne-Apell, Weichbrodt-r. negatív eredményű volt; az egyik esetben a liquor WaR ++, a másikban ++++, a Schellack-reactio ++ és ++++ volt. A kisebb bontással járó (ú. n. »kleineren Abbaukrankheiten«) idegrendszeri betegségekben (sclerosis multiplex, tumor, encephalitis chronica, myelitis) a reactio a többi globulinpróbával megegyezően enyhe fokú opalescálást mutatott. A neurosisokra, valamint a schizopreniás és maniás elmebetegségekre a reactio negativitása jellemző.

A globulin-reactiók elméletére vonatkozóan Kafka megállapításaira utalok, amely szerint határozottan kimutatni nem lehet, hogy a Pándy-reactióban milyen fehérjetestek kicsapódása jön létre, mivel a reactio eredményben változások mutatkoznak. Mindenesetre feltehetőnek látszik, hogy a karbolsav az albuminoknak egy kis részét is kicsapja. A Weichbrodt-reactióban keletkező fehérjekicsapódás a kolloid-chemiai törvényeknek megfelelően történik és valószínű az a feltevés, hogy csak az eu-, pseudo- és fibrinoglobulinok csapódnak ki. A globulinfractiók pontos meghatározását ammoniumsulfat kizósással nyerjük, amelynél a pseudo globulinok 40%-os, az euglobulinok 33%-os, a fibrinoglobulinok 28%-os ammoniumsulfat oldattal csapathatók ki. Bár ezek a reactiók gyakorlatilag jól értékesíthetők, mégis más globulinpróbáknak egyidejű elvégzése nem felesleges, mert egyrészt a normális liquor élesebb elhatárolása könnyebb lesz, másrészt luesszel szemben is nagyobb specificitást mutatnak, mint az ammoniumsulfat-reactio. Ennélfogva a liquor-diagnostikában jól értékesíthető eredménnyel tűnik ki, mint új globulin-reactio a S. W.-reactio is, amely a vizsgálat eredménye szerint a különféle globulinfractiókat teljesen kicsapja. A reactiót a könnyű elkészítmódja és megbízható eredményei érdemessé teszik arra, hogy a globulin-reactiók sorában helyet foglaljon.

A budapesti Országos Társadalombiztosító Intézet közleménye.

Koponyaalapi törés miatti kétoldali látóidegsérülés.

Irta: *Petres József dr.* szemész-főorvos.

Ismertes, hogy az agyalapi törésekhez társult elsőleges nervus opticus sérülés, akár zúzódás az, akár szakadás, a legtöbbször féloldali vaksággal jár. Ennek, amint tudjuk, az a magyarázata, hogy bármilyen súlyos trauma érje is a koponyát, pl. fejre mért erős ütés vagy magasból történt fejre, talpra esés, ez agyalapi csontrepedést, esetleg törést okozhat, ez azonban ritkán sérti közvetett vagy közvetlen úton mind a kétoldali nervus opticus. Bár az is kétségtelen, hogy a súlyos agyalapi törések rendszerint olyan általános következményekkel járnak, hogy a nervus opticus sérülése ezekkel szemben háttérbe szorul vagy a balesetet szenvedett beteg meghal, mielőtt eszméletét visszanyerte volna. Emiatt az agyalapi törésekhez társult nervus opticus sérülés módját nem minden esetben tudjuk elbírálni.

Nem régen az agyalapi törések szokásos következményeitől eltérően keletkezett kétoldali nervus opticus sérülést észleltem.

A. M. 21 éves gyári munkás 1933 október 29-én szüreti mulatságon vett részt. A beteget beszállító hozzátartozók elmondása szerint a beteg leesett a lováról és leesése után a ló fejbe is rúgta.

Nyugtalan, zavart viselkedése és a jobb füléből történt vérzés miatt vették fel az OTI központi kórházának baleseti osztályára. A felvételkor készített kórlapi feljegyzés szerint a beteg korának megfelelő fejlettségű és jól táplált, akin sem szervi, sem idegrendszeri elváltozást nem találtak. Az összes reflexek kiválthatók, csupán a fejtetőn lévő mintegy 2½ cm-nyi összefekvő zúzott szélű seb volt említésreméltó.

A balesetosztály vezetőjének, *Hedri Endre dr.*-nak a kérésére a beteget a sérülés után kilenc nappal megvizsgáltam: már akkor öntudatlan volt, kérdésekre értelmesen válaszolt, de magára a balesetre nem emlékezett vissza.

Külsőleg mindkét szem ép, a cornea reflexek jók. A jobb bulbus jobbra nézéskor korlátozott. Mindkét pupilla maximálisan tág és sem fényre, sem alkalmazkodásra nem reagál. A töröközegek tisztán átvilágíthatók, a bal papilla határa kissé elmosódott, de egyébként mindkét szemfenék ép. *Fényérzés egyik szemén sincs.* 1933 november 23-án, tehát az első vizsgálat után 14 nappal később a jobb papilla már decolorált. Ez év január közepén már mindkét papilla atrophisált volt.

Az elmondottakból azt látjuk, hogy a beteg vagy a lóról leesésekor, vagy a ló rúgására agyalapi csonttörést szenvedett és ez egészen szokatlanul mindkét nervus opticusát megsértette. Tudjuk, hogy a primaer opticus sérülés helye agyalapi törésekben legtöbbször a canalis opticus, de ez rendszerint féloldali szokott lenni. Az, hogy a szemfenéken az első napokban semmiféle objectiv elváltozás nem volt látható, bizonyossá teszi az opticusnak az erek betérése mögötti részén történt sérülését. A kétoldali primaer opticus sérülések helyét rendszerint két helyen találhatjuk meg, ha agyalapi törés az okozója, a sellán vagy a canalis opticus feletti részen. A rendelkezésekre bocsátott latero-lateralis röntgenfelvételen sellatörés nem mutatható ki és néha az ilyenkor jelentkező diabetes insipidus sem volt észlelhető a betegen. Azonban az os occipitalistól kiinduló és az os temporalison előre és lefelé haladó repedés irányvonala azt mutatja, hogy a sérülés mechanizmusa áttevődhetett a canalis opticus feletti részre.

Nem szándékom, hogy az eset kapcsán felsoroljam az irodalom számtalan esetét, azonban meg kell említenem *Pelláthy* esetét, mely annyiban volt hasonló a most ismertettel, hogy az ő esetében sem járt súlyos következményekkel az agyalapi törés, de ott a nervus opticus bántalmat a canalis opticus repedése által kiváltott dura-vérzés

okozta, ez azonban féloldali volt és a látás is megjavult.

Említettem, hogy az olyan agyalapi törések, amelyek kétoldali azonnali vakságot okoznak, rendszerint más súlyos elváltozásokkal járnak együtt. Szabadjon csak megemlítenem a *Bieling* és *Wagenmann* által leírtakat, ahol a súlyos csonteltolódások teljes szemgolyó luxatiót is okoztak. Ebben az esetben aránylag enyhe csontrepedés mindkét nervus opticusát megsértette, anélkül, hogy az ilyenkor gyakran előforduló más elváltozást is okozott volna.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Digilanid-dal szerzett tapasztalatok. *Bertheau.* (Deutsche Med. Wschr. 1934. 40. szám.)

A gyűszűvirág csoportjából gyógyszerhatástani jelentősége a legutóbbi időkig csak a digitalis purpureának volt; legújabban fordult a figyelem a főleg Magyarországon termő digitalis lanata felé. *Stoll* és *Kreis* «Digilanid» név alatt isolt egy anyagot, mely az összes hatásos glykosidait tartalmazza.

A digilanid hatása strophantinhoz hasonló, anélkül, hogy az utóbbival járó veszélyektől kellene félni. Húgyhajtó hatása felette áll az összes többi digitalis-készítményeknek, annyira, hogy mellette húgyhajtót nem is kell rendelni.

Leghatásosabb az intravenás alkalmazás. 1 cm³ 0.2 mgr hatóanyagot tartalmaz. A tablettákban ¼ mgr, a kúpban ½ mgr, oldatában 30 cseppben ½ mgr a hatóanyag.

Kleimer György dr.

Vegetatív tünetcsoport és keze lése. *Wichmann.* (Deutsche Med. Wschr. 1934. 40. szám.)

A »vegetatív stigmatizáltak« gyűjtőnévvel összefoglalt kórképből elkülöníthető azon tünetcsoport, melynek jellemzője fejfájás, szédülés, a gyomor-bélcsatorna secretió és motilitási zavara, hyperhidrosis, különböző fokú urticaria, változó érverés, fokozott izomizgalom és a végtagok reszketése.

Gyógyításában a megnyugtató és tüneti szerekek távolról sem érhetünk el annyit, mint oki kezeléssel, ha t. i. olyan szert alkalmazunk, mely egyszerre csökkenti a parasymphathikus, a sympathikus és az agytörzs fokozott érzékenységét. Ilyen szernek bizonyult a *bellergal*, mely bellafolin, gynergen és phenylaethylbarbitursav összetétele. Adagja kezdetben 4—5 tabletta, később három tabletta naponta. Néhány hét alatt hat. 84 eset közül több mint kétharmad részben teljesen jó eredményt adott.

Kleiner György dr.

A jódzott tojás hatásáról. *J. Lustig és J. Straub.* (Aerztl. Rundschau. 1934. 20.)

A szerzők azt találták, hogy bizonyos golyvák esetében, ahol szervesetlenül kötött jód hatástalan volt, jódos tojással eredményt lehetett elérni. A kezelés gazdasági szempontból is előnyös, mivel otthon végbe vihető és nincs szükség klinikai ellenőrzésre. A betegnek heteken át naponta 2—3 jód-tojást kell fogyasztania.

Buday dr.

Thrombopeniás purpura Sedormid hatására. *F. E. Loewy.* (Lance t. 1934. 16. szám.)

Szerző három esetben észlelte, hogy túlérzékeny betegeken a sedormid vérzékenységet okozott. A vérlemezkék száma erősen csökkent. A szer kihagyására a tünetek minden kezelés nélkül elmúltak.

Buday dr.

Az idült hörghurut kreosot-kezelése. *Prof. Brauer.* (Med. Welt. 1934. 47. szám.)

A hörghurut és tuberculosis kreosot-kezelése a hibás adagolás folytán hitelét veszítette. Nem szabad kreosot-ot cseppekben, vagy más »hatásos« formában (gelatina-capsulában sem) rendelni, mert a szervezet ilyenkor hirtelen kap szűkségtelenül nagy mennyiséget és a szer a gyomorbél-nyálkahártyát is izgatja. A kellemetlen mellékhatások nem engedik érvényesülni a gyógyító hatást. Szerző a Jasper-pilulát ajánlja, mégpedig lehetőleg a régi, állott készítményeket, amelyek a bélben csak lassan oldódnak. A pilulák két évtized előtt azért is mentek ki a divatból, mert megfigyelték, hogy egyes szemek félig emésztett állapotban távoztak a bélből. Gyógyítóhatás szempontjából azonban ez a kívánatos, kis mennyiségeknek, (melyek a gyomorbél-nyálkahártyát nem izgatják), állandó, lassú felszívódása. A hamburgi klinika vizsgálatai szerint ennek egy része egész kis mennyiségben kiválasztódik a légutakban. A kreosot-kezelésben az elv tehát: keveset sokáig, nem pedig rövid ideig sokat.

Buday dr.

A Pelger-Huet-féle familiaris leukocytá-eltváltozásról. *J. Leitner és J. van Leeuwen.* (Klin. Wschr. 1935. 1. szám.)

Két holland szerző, a belgyógyász *Pelger* és a tuberculosis- orvos *Huet* írták le először a fehér-vérképnek egy anomaliáját, mely familiaris előfordulást mutat. Az ú. n. »pseudodegeneratív vérkép« ez, melyre jellemző, hogy a pálcikamagvú leukocyták erősen megszaporodnak a segmentálmagvúak rovására. Emellett a leukocyták magstructurája megváltozott, amennyiben chromatinja a normalisnál sötétebb és nucleolusokat tartalmaz. Az anomalia öröklődik. A szerzők leírják egy családot, melynek három generációjában hét tag esetében találták meg a »pseudodegeneratív fehérvérkép«-t. Nagyon valószínű, hogy a »pseudodegeneratív factorok« szerepelnek az anomalia létrejöttében. Ezen feltevés mellett szól, hogy a család más tagjai asthmában, illetőleg szénalázban szenvedtek. Az anomalia ismerete azért fontos, mert a balratolódás és a mageltváltozások diagnosztikus tévedésekre adhatnak alkalmat, ha nem ismerjük őket fel, mint a »degeneratív vérkép« részjelenségeit. *Czoniczew dr.*

Sebészet.

A műtési prognosiról kövér és sovány betegek esetében. *Seifert.* (Münchn. Med. Wschr. 1934. 50. sz.)

A wüzburgi sebészeti klinika anyagán és kórtörténetek adatai alapján számszerűleg megerősíti ama közismert tény, hogy kövér betegekben végzett műtétek prognosisa rosszabb. A hasi műtéteket dolgozván fel, úgy találja, hogy appendectomia esetén a műtét után meghalt a soványak közül 2%, a kövérek közül 10%, ulcus ventriculi esetén 8%, illetve 17%; cholecystitis miatt operáltak 6%, illetve 23%; Cc. ventriculi esetén 16%, illetve 23%. Mind a négy okból végzett beavatkozás esetén a kövérek nagyobb halandóságát a náluk igen nagy számban előforduló keringési elégtelenség okozta, míg a többi műtési complicatiók esetében megközelítőleg egyformán fordultak elő a kövérek és soványak. A kövér ember szöveteinek zsírban dús volta, főleg a máj és keringési szervek functiója terén okoz oly elváltozásokat, mellyel ezek műtét utáni halálózása három-négyszer nagyobb, mint a soványaké és ezért természetesen a kövér egyénekben végzendő műtétek prognosisa lényegesen rosszabb. *Binder dr.*

Altatás nagynyomású aethergázzal. *N. Tiegel.* Trier. (Zentralbl. f. Chir. 1934. 40. sz.)

Szerző új altatókészüléket mutat be és ismerteti annak használati lehetőségeit és előnyeit. A módszer technikai alapja nagy nyomáson a forráspontja fölé hevített aethergáz előállítás. A készüléknek három főrésze van: csepegtető, gázosító, elektromos fűtés, ehhez járul egy, a levegő számára szeleppel bíró maszk és a kilégtetett gázkeverék elvezetésére szolgáló berendezés.

A készülékkel úgy hosszú, mély narcosist, mint rövid bódulatot lehet végezni. Az elalvás — mint azt a szerző saját magán kipróbálta — minden kellemetlenség nélkül és az izgalmi szak teljes kimaradásával következik be. Az altató a cseppszámat és a hőmérsékletet állandóan szabályozza és így az altatás egész tartama alatt pontosan ismeri az adagolt mennyiséget; az ébredés teljesen reactionmentes. Rövid bódításkor előnye az eljárásnak, hogy veszélytelen és szükség esetén a narcotikum változtatása nélkül átvihető hosszabb altatásba. Megemlíti még a készülék könnyen kezelhetőségét és az anyaggal való takarékoskodást is. *Ladányi József dr.*

A combfej epiphysisének elhalása. *Henning.* Waldenström. (Acta Chirurgica Scandinavica. 1934. 75. 3. sz.)

A combfej epiphysiolysise miatt végzett műtétek alkalmával *Waldenström* megfigyelte, hogy a minden összeköttetését elvesztett caput femoris a collumnál épen marad, illetve begyógyul, többi része azonban necrotizál. Ha a lig. teres megmarad, a legtöbb esetben életben marad a combcsont feje. Epiphysiolysis esetén végzett repositio után az elhalás oka vagy a lig. teres szakadása, vagy esetleg a lig.-ban futó erek hiányos fejlődése lehet. Medialis collumfractura után az elhalás oka mindig a lig. teres ereinek sérülése, vagy hypoplasiája következtében jön létre. *Winternitz Sándor dr.*

Alkohol-meghatározás sérülés esetén. *James Hindmarsh és Paul Linde.* (Acta Chirurgica Scandinavica. 1934. 75. 3. sz.)

Szerzők Stockholm egyik kórházának sebészeti osztályán egy éven át minden friss sérüléssel beszállított felnőtt korú beteg (utcai, ipari stb. sérülések, valamint sebészeti kezelésre szoruló öngyilkosok) vérében meghatározták az alkohol mennyiségét *Wildmark* eljárása szerint. Összesen 386 vizsgálatot végeztek (283 férfi és 103 nő), ezek közül 126 esetben tudták

az alkoholt kimutatni (115 férfi, 41% és 10 nő, 10%). Ezek közül 28 kétségtelenül józan volt, 75 biztosan ittas, a többi kétes. Az ittas sérültek száma hétköznap kisebb, mint ünnepeken (kedden 8, vasárnap 33). A közlekedési balesetek következtében létrejött sérülések közül a villamosról leugrás és autógázolás áldozatai között igen soknak volt vérében alkohol. (29 autó által elgázolt gyalogjáró közül tizenötnek volt vérében alkohol). Szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy utcai balesetek alkalmával úgy a járművezetőt, mint a sérültet is meg kell vizsgálni, hogy nem ittas-e.

Winternitz Sándor dr.

A vér változásai gyomorresectio után. *Jens Dedichen.* (Acta Chirurgica Scandinavica 1934. 75. 3. sz.)

Castle kísérletei kimutatták, hogy a normalis erithropoesishez a gyomorfal egy eddigi részletesebben nem ismert működésére multhatatlanul szükség van. Kiderül továbbá, hogy az anaemia perniciosaiban szenvedő betegekben kimutatható achylia rendszerint sok évvel előzi meg a többi tünet keletkezését. Állatkísérletekben kiirtva a gyomrot, az állat anaemiássá válik és vérképe gyakran anaemia perniciosaiban észlelhető elváltozásokat mutat. *Bohmanssohn* sebési indicatio miatt végzett gyomorresectiók után vizsgálta nagyobb beteganyagban a vér változásait. Az eseteknek mintegy felében anaemiát talált, mely rendszerint secundær, néhány esetben azonban perniciosa characterű volt. Különösen sok észlelhető, ha a resectiót *Pólya* szerint végzik. (93 férfi közül 25, 71 nő közül 58). Azért a szerző szerint a műtét nemének megválasztásakor mindig gondolnunk kell a postoperatív anaemia lehetőségére is.

Winternitz Sándor dr.

Szülészeti.

Nephropathia gravidarum és eklampsia mellett a hypophysis hátulsó lebeny fokozott működésének kórcsonctani alapja. *Anselmino-Hoffmann.* (Zbl. f. Gyn. 1934. 40. sz.)

Szerzők már 1931-ben felállították elméletüket, mely szerint a nephropathia grav. és eklampsianak oka belső secretiós zavar, nevezetesen a hypophysis hátulsó lebeny hormonjának fokozott termelődése. Ezen toxicosok klinikai tünetei összefüggésbe hozhatók a hypophysis hátulsó lebeny hormonjának antidiuretikus és vasopressoros hatásával, ami állatkísérletekkel bizonyítható. *Cushing* eklampsiasókat boncolva azt találta, hogy a hypophysis hátulsó lebenyében sok basophilsejt van, a lebeny közti nyaláb pedig nagytömegű hyalintestet tartalmaz, mint a basophilsejtek productumát. Szerzők ezt a kórcsonctani leletet összefüggésbe hozzák elméletükkel és megállapítják, hogy a basophilsejtinvasio a hypophysis hátulsó lebeny hormonjának fokozott termelődéséhez vezet, ami a nephropathia grav. és eklampsia ismert klinikai tüneteit idézi elő. Több régi és újabb vizsgálat is az ő elméletüket támasztja alá. Végül megállapítják, hogy az eklampsia már nem a theoriák betegsége, mert az ő megállapításuk minden kétséget kizárva tisztázza az eklampsia mibenlétét. *Horváth Zoltán dr.*

Coutard-eljárással befolyásolt inoperabilis petefészekrákról. *Gengenbach.* (Zbl. f. Gyn. 1934. 40. sz.)

Werner sikeres kezelésén felbuzdulva, végeztek kísérleteket a Coutard-eljárással. Werner ugyanis 18 éves, petefészekrák miatt operált nőbeteget sugárzott be műtét után három évvel, recidiva miatt. Több recidiva volt a legkülönbözőbb helyeken, melyeket öt ízben vetett alá intensiv röntgenkezelésnek. Az utolsó kezelést két évvel a műtét után adta, és öt évvel a műtét után is panasz- és tünetmentes volt a beteg. Szerző nyolc inoperabilis ovarialis carcinomás beteget kezelte 32 egymást követő napon, két hasi és két háti mezőben, egyenként 30 percig, mezőnként és esetenként 250 r-t adva, ami összesen 8000 r-nek felel meg. A kezelés mellékhatásai: hányás, hasmenés, cystitis, fluor, helyi bőrreactio, amik azonban maradék nélkül gyógyultak. Eredményképpen a betegek egy része lényeges, más része jelentéktelen javulást mutatott, és voltak eredménytelen esetek. Kezelés után legkésőbb 14 hónappal látták a betegeket. Még kérdés, hogy milyen eredményes lesz az intensiv besugárzás későbbi megismétlése. Az újabb esetek kezelését már most is reducálja a Coutard-eljárás költséges és sok időt (napi 10 óra) igénylő volta miatt, továbbá azért, mert az eredménnyel arányban nem állnak a betegre kiható és egyéb mellékhatalmak. *Horváth Zoltán dr.*

Tapasztalatok 1000 kystoma ovarii kapcsán. *Randasso.* (Zbl. f. Gyn. 1934. 40. sz.)

Az irodalmi adatok is alátámasztják azt a tankönyvekben megtalálható tapasztalati tény, hogy az ovarialis cysták

leggyakrabban jobboldali, ritkább a baloldali és még kevesebb a mindkétoldali. Kérdés, hogy ez véletlen-e vagy összefügg-e a jobb ovarium fokozott működésével. Az idevonatkozó vizsgálatok szerint a jobb és bal ovariumok között a functiós arányszám: 53:65:46:35%. A jobb ovarium súlyban is fölülmúlja a bal ovariumot. Más vizsgálatok szerint a jobb ovarium functiós túlsúlya 30 éves korig tart, majd csökken és 40 éven felül a bal ovarium veszi át a vezető szerepet. Szerző statistikája szerint kystoma ovarii leggyakoribb 26—35 év között, legritkább 20 év alatt és kevés 60 éven túl. Az oldalt illetőleg adatai egyeznek az irodalmi adatokkal. Az életkort illetőleg 40 éves korig gyakoribb a jobboldali, 40—50 év között közel egyforma és 50 éven felül gyakoribb a baloldali. A kystomások 32%-a steril volt, viszont volt egy XX. P. és két XIX. P. Bár szerző adatai sem tisztázzák a kystoma ovarii aetiologiájának kérdését, mégis adatot szolgáltat azzal, hogy megállapítja, miszerint a kystoma ovarii elhelyezkedése összefügg a jobb-, illetőleg baloldali petefészek fokozottabb működésével, és háttérbe szorul az ovarium súlyának kérdése.

Horváth Zoltán dr.

Szemészet.

Gyermekek sötétségi szemregzése. G. Brockmeyer. (Zeitschr. f. Augenh. 1935. január.)

15 esetet közöl, nyolc fiú- és hét leánybeteget. Mindegyik esetében 5—27 hónapos korukban nystagmus volt található, és pedig feltűnően a téli hónapokban. A gyerekek sötét lakásban éltek. A szemregzés oscillatorikus volt és több esetben fejregzéssel, a fej ferde tartásával kapcsolódott. Részen emmetropia, részben hypermetropia volt jelen. A bántalom aetiologiájában a vestibularis mag kórosan fokozott érzékenységet tételezi fel, amelyre a sötétség valamilyen hatással van.

Weinstein Pál dr.

Phlyctaena és tuberculinallergia. M. Vannas. (Klin. Monschr. f. Augenh. 1935. január.)

Az irodalom adatai szerint a phlyctaenás szemgyulladás tuberculotikus egyéneknek támad. Ha a tuberculin-reactio positiv, ez a jel a két betegség összefüggése mellett szól. Negatív reactio esetén az összefüggés nem zárható ki teljesen. Szerző két esetében a tuberculin-reactio negatív volt; a reactio elvégzése után fél-, illetve egy év múlva a betegek phlyctaenás szemgyulladást kaptak és ekkor már pozitívan reagáltak. Ranke felosztása szerint a phlyctaena a második stadiumba esik. A phlyctaena megjelenése összefüggésben áll a tuberculinallergia fókával. Hogy mi az oka annak, hogy egyik esetben a tuberculosus csak a szem külső részén, más esetben pedig a szem belső részén is gyulladást okoz, másszóval, hogy egyik esetben a szem külső része, más esetben a szem belseje lesz allergiássá, azt nem tudjuk.

Weinstein Pál dr.

Diphtheriás kötőhártyahurut. Francois. (Brit. Journ. of. Ophthalm. 1935. január.)

Öt eset kapcsán ismerteti a Löffler-bacillus okozta nem álhártyás, catarrhális kötőhártyagyulladást, mely főleg újszülötteken észlelhető és az ophthalmia neonatorum csoportjába sorolandó. Mucopulens hurut alakjában zajlik le, különösebb kórjelző tünet nélkül; néha szaruhártyafekéllyel szövődik (pneumococcus társfertőzés). A szokásos kezeléssel (ezüst, tej) dacol, de antitoxicus savóra hamar meggyógyul. Gyakran praeauricularis mirigy kíséri. Fontos a genyes nyákos rhinitis, barna varokkal az ornyílások körül. A betegek környezetében (családtagok, baba) gyakran kimutatható a diphtheriás fertőzés. A Löffler-bacillus néha egyedül, néha egyéb kórokozókkal együtt mutatható ki (pneumo- és staphylococcus esetén jobb- és baloldali, mint streptococcus jelenlétében). A virulencia csökkent voltának tulajdonítható, hogy álhártyák helyett csak genyes hurut keletkezik. A prognosis korai diagnosis és kezelés esetén jó. Szerző szerint két napon kétszer 5000 egység elegendő. Mind az öt esetben tenyésztés és állatkísérlet is történt. A kórkép megfelel álhártyát nem képző diphtheriás torok- és orrfolyamatoknak; éppen ezek fontosak a diphtheriagazda szempontjából.

Grósz István dr.

Símaizomingerlőanyag glaucomások serumában. S. Iwata. (Acta Soc. Ophthalm. Japon. 1934 november.)

Megerősíti azt a felfogást, hogy a primaer glaucomások acut rohamát histaminszerű érre ható toxikus anyagnak a felhalmozódása idézi elő. Vizsgálta acut glaucomások serumát és azt találta, hogy az izgatja a síma izmokat és fokozza a capillarások permeabilitását. Kérdés, hogy ez az anyag primaer módon van-e a vérben jelen vagy a szemfeszülés emelkedésekor secundaer módon keletkezik. E kérdés eldöntése végett nyulakon kísérletileg glaucomát idézett elő az

elülső ciliaris vénák lekötésével és különböző oldatok szembe-fecskendezésével. A serum összetétele nem változott, de a csarnokvíz két órával az erek lekötsése után tartalmazott histamint és így ennek jelentőséget tulajdonít a glaucomás roham keletkezésében.

Weinstein Pál dr.

Agranulocytosis szemelváltozások. E. Hossmann. (Zeitschr. f. Augenh. 1935. jan.)

Az agranulocytosis újabban mind gyakrabban előforduló kórkép, melyet általános súlyos tüneteken kívül a fehér-versejtek nagymérvű csökkenése és a granulált leucocytták teljes eltűnése jellemez. Néhány esetet közöl, melyekben a kötőhártya elhalása mutatkozott, hasonlóan az agranulocytosis száj- és garatnyálkahártya elváltozásokhoz, továbbá a szemhéjakon ekzema látszott. Valamennyi esetben agranulocytosis volt. Felhívja a figyelmet, hogy ismeretlen eredetű kötőhártya álhártyás gyulladás és ekzema eseteiben vizsgáljuk meg a vérvépet.

Weinstein Pál dr.

Urologia.

Az urológiai therapia aktuális problémái. W. Blum. (Zeitschr. Urolog. Chir. 39. kötet, 3—4. füzet.)

Az urológiai megbetegedésekben nem ajánlja az alcaloidák azonnali alkalmazását. A morphium elnyomhatja a differential-diagnostikai jeleket, bélatoniát és hányást okozhat. A tapasztalat azt mutatja, hogy az ureter contractiók is ritkulnak, atóniások lesznek a síma izomelemek és így a kő esetleges távozása késik. Használja a parperant és pituitrint, Wosiczky ajánlatára camphorolajjal kombinálva. Igen jó csillapítószernek találja a cibalgint, oktint, atophanylt. A fájdalmas vizeleti ingerek és hólyaggörcsök ellen veramont, allonalt, optalidont ad, valamint anaesthesines mandulaolaj becsöppentést. Operatív úton is végez fájdalomcsillapítást igen jó eredménnyel. Így veseneuralgia és nephritis dolorosa esetén a vese idegtelenítését, vesekölklikánál a paravertebrális anaesthesiát, a hólyag igen fájdalmas megbetegedéseinek esetleg a nervus praesacralis resectióját. Húgycső- és hólyagbeavatkozásoknál a nyálkahártyát érzésteleníti. Nagyobb műtéteket epidural érzéstelenítésben végzi. E mellett használja a paravertebralis és localis érzéstelenítést is. Dogliotti és legújabban Lichtenberg ajánlotta periduralis érzéstelenítéstől nem látott különösebb előnyt.

Infectio leküzdésére hólyagöblítéseket végez bőrvízzel, argentum nitricummal, vagy ezüst fehérje preparátumokkal. Külön megemlíkezik a penetrinról. Tapasztalata szerint ez a húgycső-nyálkahártyán erős égést, fájdalmat okoz és a penetrans büze miatt sem használhatja.

Intravenásan urotropint, cytotropint és amphotropint adja. Az utóbbitől különös jó eredményeket látott lázas pyelonephritiseknél. Coccusfertőzéseknel (strepto, staphylo, gonococcus), a neosalvarsan gyorsan és meglepően hat. Szereti adni a spirocydot is, melynek nagy bakteriumölő hatását észlelte. Megemlíkezik még azon tapasztalatáról is, hogy az intravenásan adott uroselectan és perabrodil néha szintén desinficiensként hat.

30 év előtt a nem prostata eredetű vizeletretentiók (szűkületek, gerincelváltozások) legalább a fele számát tették az összes retentióknak. Ma más a helyzet, a nem prostata eredetű retentiók megkevesbedtek, hála a fejlődött gonorrhoea- és stricturakezeléseknek, valamint a metaluetikus elváltozások aránylagos megritkulásának.

Genuin eredetű záróizomgörcsöknél többízben léteztek eredményel sphincterdiscisiót. Egy esetben életveszélyes vérzést kapott, melyet sectio alta útján csillapított.

Beszámol az endovesicalis prostata műtétekről és azok jelenlegi állásáról. Elegendő saját tapasztalata még nincs, így véleményét nem tud adni.

A kétoldali vesetuberculosis eseteiben jelenleg a franciák által dícsért Vaudremer vaccinával folytat kísérletet. Methylenkék és alcali egyidejű adagolásától jó eredményeket látott. Egyes esetekben sikerült a kínzó vizeleti ingereket rövidhullámú sugarakkal csillapítani.

Kétoldali kömegetedéseknel a szerző régóta kétoldali egyidejű műtétet ajánl. A kőrecidiva szempontjából fontosnak tartja a műtét után a vesemedence bakteriummentesítését. Prostata carcinománál Figchera-féle szövettanvizsgálattal kísérletezik. Inoperábilis esetekben vérzésnél 60%-os cukoroldatot fecskendez a hólyagba.

Szold Endre dr.

A veseköri tályog peritonealis szövődményei. L. Strauss. (Zeitschr. Urolog. Chir. 39. kötet, 3—4. füzet.)

Két esetet közöl, hol a pyelonephrosisból kiinduló paranephritikus tályog a hasüregbe tört. Mindkét esetben a tályog praerenalisán feküdt, a kórlefolysá letalis volt. Az esetek érdekességét differentialis diagnostikai nehézségei adják. Az irodalomban 30 peritonitis renalis ismeretes, össz mortalitys 50%.

Szold Endre dr.

A hypernephroma röntgen symptomatológiájáról. I. *Palugyay.* (Zeitsch. Urolog. Chir. 39. kötet, 3—4. füzet.)

Az urológiai tankönyvekben és röntgen-munkákban kevés szó esik arról, hogy a hypernephroma röntgen-árnyékában elmeszesedéseket látni. A szerző 52 hypernephroma esetéből négyben látott meszes árnyékot. Az elmeszesedés rácszerűen, sapkaalakban mutatkozik. A vese mézárnyékai a környezettől aránylag könnyen elkülöníthetők. A vesemedence kövei nem mutatnak rácszerű structurát. Az elmeszesedett tbc inkább csillagalakú. A vesecysta elmeszesedése mutat ugyan sapkaalakot, de az inkább foltos és nem rácszerű. Az igen ritkán előforduló vesetokszöveteknek elmeszesedése téveszthető össze a hypernephroma meszesedési képével.

Szold Endre dr.

Bőrgyógyászat.

Sarkoidkérdés. *Nicolas és J. Gaté.* (Bulletin de dermat. et de syph. 1934. 6. sz.)

A sarkoid elnevezés csak annyit mond, hogy egy sarkomához hasonló képletről van szó és általában ugyanazon elnevezés alá különböző elváltozásokat sorolnak, így: a *Boeck-féle* sarkoid mellett a *Besnier-féle* lupus perniot, továbbá a *Schaumann-féle* lymphogranulomatosis benignát. A szerző az elavult elnevezések helyesbítése érdekében foglal állást. A lupoid miliaris disseminatus a szöveti kép és a tengeri malacokon végzett pozitív ojtási eredmények alapján *Schaumann* és *Pautrier*-al a bőrtuberculososok közé sorolja. A lymphogranulomatosis benigna okául szintén a Koch-bacillust, még pedig annak bovin típusát tartja. A granuloma annulare *Dittrich* megállapításai szerint a humorális reakciók és a szöveti kép alapján a tuberculidok csoportjába sorozandó. A *Darier-Russy-féle* hypodermális sarkoid és az erythema induratum Basin között analógiát tételnek fel. Mindkettő egymás mellett is előfordulhat s így valószínű, hogy mindkettőt ugyanazon vírus okozza.

Az atypikus tuberculidok száma mindinkább növekszik, éppen ezért a szerzők szerint korai lenne ebben a kérdésben végleges állást foglalni. Végül megjegyzi, hogy más kórokok is, mint a Leishmaniosis, syphilis, lepra, idegen test, olaj, vaselin, paraffin is hozhatnak létre a tuberculidokhoz hasonló elváltozásokat. Természetesen a gyógykezelés az előidéző okok szerint különböző.

Arokháty Vilmos dr.

Adat a bromid vegetans kórképéhez. *Spielmann és Watrin.* (Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Nr. 9. 1934.)

Szerzők beszámolnak hathónapos betegükről, kinek 3 hónap óta fennálló, különböző nagyságú daganatyszerű elváltozásai voltak mindkét arcfélen, nyakon, karokon és combon. Az elváltozások élesen elhatároltak, az egészséges bőrtől élénkvrös, gyulladással szegélyel elhatároltak. Az elváltozás színe élénkvrös, felülete barnás pörkkel fődött, puha tapintatú, egyes helyeken szemölcsös kinézésű. Felülete száraz, váladékot nem ürít. Sem nyomásra, sem spontán nem fájdalmas. A beteg fejlődésében nem gátolta. Az anya kikérdezésekor kitűnt, hogy egy antiepilepticus port szedett, melyet analízis, a brómot sikerült belőle kimutatni. A bróm jelenléte kimutatható volt az anya vizeletében és tejében is. A szerzők az elváltozás létrejöttében constitutionális érzékenységet vesznek fel.

Arokháty Vilmos dr.

A psoriasis járóbeteg kezelése »psorimed« készítménnyel. *E. Bruck,* Altona. (Münch. med. Wschr. Nr. 45. 1934.)

A psorimed nevű készítményt a Chemische Fabrik, Dr. August Wolff, Bielefeld cég állítja elő; kén és kátrány összetételből áll, erősen savanyú, zsírmintes alpanyagba ágyazva, dioxylanthalol kombinációval, olyan összetételben, hogy a legkisebb koncentráció mellett a legmagasabb gyógyító hatást eredményezi. A készítmény hatásossága a köszénkátrány, elemi kén, salicylsav és dioxylanthalol összetételeiből adódik. A készítmény borostyánkőszíntű, a bőrön elkenve színtelen, nagyon könnyen kenhető, alig feltűnő szagú, rendkívül olcsó és gazdaságosan használható. Alkalmazása előtt a hámló pikkelyeket kefével, szappanos melegvízben eltávolítjuk, majd az I. számú erősségű psorimed készítménnyel a foltokat fogkefe segítségével erősen bedörzsöljük. A kezelést kisebbfokú bőrpír jelentéssel folytatjuk. Ezután pár napon át indifferens kenőcsöket alkalmazunk. A reakciók gyulladás lezajlása után a psorimed-kezelést tovább folytatjuk. Azokban az esetekben, amelyekben az I. számú erősségű kenőcstől eredmény nem mutatkozik, a II. számú erősségű készítményt alkalmazhatjuk. A psorimed jó hatása minden valószínűség szerint savanyú vegyhatásában és zsírmintes jellegében rejlik.

Németh Pál dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die Krankheiten der Nasenrachenhöhlen und des Ohres im Röntgenbild. *R. Mittermaier.* (Georg Thieme, Leipzig. Ára 25.—RM.)

Az orrmelléküregek és a sziklacsont röntgendiagnostikája, a komplikált topographiai viszonyok miatt, különleges felvételi technika igényel és a röntgenleletek helyes értelmezéséhez nélkülözhetetlen a rhino-otologus klinikai tapasztalata. Az e téren eddig elért eredményeket kivétel nélkül a klinikus és a röntgenológus közös munkája hozta létre.

A könyv szerzője alaposan képzett klinikus, aki egyúttal az oto-rhinologia terén nagy tapasztalatokkal bíró röntgenológus és így személyében a kétirányú tudás szerencsésen egyesül. Munkájában nem a ritkán előforduló és vitás kérdésekre helyez súlyt, hanem a gyakrabban előforduló kórképeket, különböző megnyilvánulási formában mutatja be és ismerteti a gyakorlatban legjobban bevált röntgenologia vizsgálati technikát.

A könyv I. részében a koponya-felvételekhez szükséges berendezést és eljárást, a melléküregeknek rövid topographiáját és a röntgenfelvételek irányát: az occipito-frontalis, az axialis, az occipito-nasalis és -dentalis, az oldalsó és ferdeirányú felvételek értékét a fennforgó szükség szempontjai szerint tárgyalja; megállapítja, a rhinológusok által valószínűleg osztatlanul vallott tényt, hogy a melléküregekről a legjobb áttekintést az occipito-frontalis irányban készült röntgenfelvétel nyújtja. A II. és III. részben a melléküregek és a halántéksont kóros elváltozásait igen szép és jellegzetes képeken mutatja be. Kiterjeszkedik azokra az esetekre is, ahol a körisme nagyobb nehézségekkel jár, vagy pedig szükség van a nyálkahártya finomabb elváltozásainak a felderítésére és útbiztosítást nyújt arra, hogy ilyenkor a vizsgálatokat miként lehet a legcélszerűbb módon elvégezni.

A könyv úgy a röntgenszakértőnek, mint az orr- és fül-specialistának sok tanulságosat nyújt a kórképek diagnosztikájára nézve és megmutatja, hogy mily módon lehet a gyakorlat követelményeinek a röntgenvizsgálatokkal a legjobban megfelelni. A szép atlas értékes anyaggyűjtemény, amely ezenkívül ösztönzésül szolgálhat a módszereknek további, önálló fejlesztésére.

Lénárt Zoltán prof.

Az álomfejtés. *Sigmund Freud.* Fordította *Hollós István.* (Somló Béla kiadása, Budapest. 476 lap. Ára 10 P.)

Harmincöt év előtt jelent meg először Freud álomfejtése és mint dogma ma is sziklaszilárdan, változatlanul áll a hívők előtt. Megsemmisítő kritikák érték, de ő a dogmán nem változtatott, meggyőzhetetlen maradt. Ez Freudnak talán leggyöngébb munkája, de legjellemzőbb is, mert sehol sincs oly tág tere a belemagyarázásnak, a rakoncátlan képzeteknek, mint az álomfejtésben. Csodálkozva állunk meg csavaros észjárás és az erőltetett következtetések előtt. Az idegen nyelvi szójátékok a fordítást megnehezítették, de a fordító ügyessége ezt áthidalta. A munka tartalmát nem ismertetem, hiszen orvosok előtt már régen ismeretes.

Reuter prof.

Probleme der Bakteriologie, Immunitätslehre und experimentellen Therapie. Wissenschaftliche Woche zu Frankfurt. III. kötet. Szerk. *W. Kolle.* (G. Thieme. Leipzig. 1935. 248 oldal, 53. ábra. Ára 15 RM.)

Az Orvosi Hetilap 1934. évfolyamának 45. számában ismertettük a frankfurti tudományos hét lefolyását. Most jelentek meg a congressus munkálatai három kötetben, amelyek közül a harmadik a bakteriologia, immunitás és a chemotherapia körébe vágó előadásokat, a hozzájuk fűződő rövid közléseket és vitákat tartalmazza. Ezúttal is felhívjuk a figyelmet arra, hogy a congressus tudományos anyagában a bakteriologia és a rokonszakmák legújabb és legerdekesebb kérdéseivel találkozunk, mindenkor az illető kutatási irány legavatottabb művelőinek előadásában. Ebben a kötetben foglalt előadások közül kiemeljük a kinematographia tudományos alkalmazásáról szóló előadásokat, azután a tuberculosibacillusnak vérben való előfordulására vonatkozó *Löwenstein-féle* vizsgálatok megvitatását, a diphtheria elleni oltóanyagok érték meghatározását, anaerob sebfertőzések bakteriologiáját és serumkezelését, a papagálykórt, a Bang-féle betegséget és a kiütéses typhus aetiologiáját tárgyaló előadásokat. A chemotherapiás fejezetből pedig a syphilis, a tuberculosos és végül bizonyos tropisi betegségek chemotherapiájának legújabb állásáról szóló összefoglaló előadásokat emeljük ki.

Fenyvessy Béla. prof.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület január 26-i ülése

Bemutatók.

Schey G. és Pásztor B.: *Sectio caesarea post mortem.* 36 éves V. P., aki négyszer normalisan szült, a terhesség végén 200 Hg mm vérnyomással jelentkezett a rendelésén. A magas vérnyomáson kívül más pathológiás elváltozása nem volt. Diéta kezelésre, valamint fektetésre az állapot nem javult. Négy hét múlva apoplexiával szállították a kórházba, ahol három óra múlva meghalt. Halál után azonnal végzett sectio caesareával egy életerős, hangosan síró magzatot emeltek ki az uterusból. A magzat 30 percig élt, 20 percig élénk volt, majd cyanotikus lett és 10 perc alatt meghalt. Kórbonctanilag az anyában a központi magvak területén zöld diónyi friss vérömlenyt és az oldalsó kamrákban folyékony vért találtak. Egyéb kóros elváltozás nem volt, ami az apoplexiát magyarázta volna. A magzatban az erősen hypoplasiás veséken (20 g együttesen) kívül semmi kóros elváltozás. Az anya halálának oka apoplexia cerebri volt, amire különösebb magyarázatot nem találtak. Két positivum volt tehát: 1. az anya apoplexiája minden előzmény nélkül, soha beteg nem volt; 2. a magzati hypoplasiás vesék. Arra gondoltak, vajjon nem lehetséges-e, hogy a hypoplasiás vesék kiválasztani nem tudván, sok anyagcseretermék residuum visszakerült az anyába s ez okozta volna annak toxicosát.

Előadások.

1. Rósa L.: *Luminal és brom hatása az alpanyagcserére, systolés és diastolés vérnyomásra, különös tekintettel a klimaxra és dysthyreosisokra.* A luminal és brom keverékéből álló lubrocal 30 eset közül a vizsgált esetek 26,7%-ában emelte, 73,3%-ában pedig csökkentette az alpanyagcserét. A fokozott alpanyagcserét — egyes hypertoniák kivételével — csökkentette, a csökkent alpanyagcserét pedig — 15%-os csökkenés alatt emelte, — 15%-os csökkenésen túl, tovább csökkentette. A legtöbbször neurastheniás panaszok formájában jelentkező kistokú, szerző által hypothyreosis spurianak nevezett (15%-ot el nem érő) hypothyreosisokat az alpanyagcsere emelésével kedvezően befolyásolta. A valódi, — 15%-ot meghaladó alpanyagcserecsökkenéseket, az alpanyagcsere további csökkentésével — úgy subjective, mint objective rosszul befolyásolta. A neurastheniás panaszok formájában jelentkező pajzsmirigy-működészavarok ezek szerint luminallal szemben való viselkedésük alapján két csoportra oszthatók, luminalophil és luminalophob kórképekre, amelyeket pontosan az alpanyagcsere határoz meg. E megkülönböztetés különösen fontos a climax korabeli complet vagy incomplet partialis vagy totalis, valamint a fiatalkori genitális tüneteket felmutató hypothyreosisok kortáni és therapiás elkülönítésében. Az alpanyagcsereértékeket módosító befolyással egyidejűen észlelhető a systolés-diastolés vérnyomásnak, valamint az amplitudónak az alakulására kifejtett igen kedvező, illetőleg kedvezőtlen hatás, amit ugyancsak a hypothyreosis természete szab meg.

2. Szenteh I.: *Hasúri vérzések a nőgyógyászatban.* A Szt. Rókus-kórház szülő- és nőbetegosztályáról 322 hasúri vérzést ismert. A vérzések oka: méhrepedés, méhátfúrás, méhenkívoli terhesség, cervicalis terhesség, varix repedés, ovarium folliculus, petefészektümlő, corpus luteum, corpus luteum tümlő repedése, méhkürt angioma, utóvérzés, csepleszcavarródás és belfekélyátfúródás volt. Eseteikből kitűnt, hogy a legtöbb hasúri vérzés méhenkívoli terhességgel járt. A méhenkívoli terhességtől alig lehet megkülönböztetni az egyéb eredetű vérzéseket, mert klinikai tünetek teljesen megegyeznek. A corpus luteum tümlők kézzel való szétnyomása veszélyes hasúri vérzéssel járhat. Bélátfúrásból származó vérzést néha fel lehet ismerni a vérhez kevert béltartalomtól. Hasúri vérzés alkalmából még a teljesen kivért, haldokló beteget is megoperálták, mert a peritonealis shok tévedésbe ejtheti az orvost a beteg állapotának megítélésében.

Fekete S.: Nehéz helyzetbe kerül a műtő, ha hasúri vérzés miatt végzett műtétkor nem találja meg a vérzés forrását. Még extrauterin terhességnél is előfordul, hogy minimális sérülés, pl. gombostűfejnyi anyaghiány mutatja csak a vérzés eredetét. A nemzöszervekből eredő kriptogen vérzésnél gondolni kell endometriosisra, amelynél az alhas bármely részén megtelepedett méhnyálkahártya vagy metaplastikus szövet menstrualis reactioja képezi a vérzés forrását. A Douglas-punctiót illetőleg felfogása eltér az előadótól. Retroflectált méh vagy összenövés esetén a Douglas-punctio nem ad eredményt, máskor meg félrevezet, pl. ha amnion folyadékot szívunk fel s azt cysta-tartalomnak tartjuk. Douglas-punctióra ritkán van szükség, főleg akkor, ha genyes gyulladásra van gyanú.

Kaufmann E.: Annak a kérdésnek az eldöntése, hogy valamely hasúri vérzés sebészre vagy nőgyógyászra tartozik-e, sokszor igen nehéz. A III. sebészeti klinika 7500 laparotomiájából 32 méhenkívoli terhesség volt, ebből hat téves diagnózis alapján került műtetre (2 nőgyógy. osztályról tették át), 5 appendicitis i ileus. A kórkép, ahol még gyakoribb a diagnosztikus tévedés, kis vérzésnél appendicitisnek, nagy vérzésnél extrauterin graviditásnak szokták tartani. Saját anyagában 2 esetről számol be. A saját vér reinfúzióját nem végzik, ha szükséges, akkor inkább vérátömlesztést alkalmaznak.

Schmidlechner K.: A méhenkívoli terhesség diagnózisához csak kivételes esetben van szükség hüvelyen áti Douglas-punctióra. Az előadott több száz esetet ebből a szempontból két félre kell osztani. Az elsőkben nagynevű elődje Wenczell prof. vezetése alatt rendszeresen alkalmazták, de a két év óta, mióta szerencséje van ezen az osztályon dolgozni, csak kivételes és arra való esetekben. Ritkán volt szüksége azelőtt a gyöngyösiúti szülészeti osztályon, hova acut eseteket alig hoztak, a chronikus extrauterinek hosszabb megfigyelési ideje alatt a diagnosztikánál is fel lehetett állítani. Más a Rókus-kórházban, ide majdnem kivétel nélkül acut rupturákat és acut hasúri vérzéseket hoznak. A beteg puffadt hasa, peritonealis shok tünetei, nagy fájdalmai, ki nem kérdezhető előzmények, mensis 3—4 napi kimaradása, nem adnak tiszta képet. A felvehető appendicitis, criminalis abortus kísérlet utáni kezdődő peritonitis, méhperforatio acut gonorrhoeás adnexitis lehetséges áll előttünk, a nagy fájdalom miatt vizsgálni is alig lehet: itt a Douglas-punctio majdnem minden esetben egyszerre megoldja a kérdést. Átvizsgálta az összes eseteket, de olyat egyet sem talált, hol az előzetes punctio bármilyen bajt okozott volna.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Otologia Szakosztályának dec. 14-i ülése.

Bemutatók:

Alföldy J.: *Korai labyrinthitis műtéttel gyógyult esete.* Tonsillogen heveny középfülgyulladás második napján súlyos labyrinth-tünetek keletkeztek. Tekintettel a kifejezett mastoiditisre, már a harmadik napon antrotomiát végeztek, mely után pár órára megszűntek a labyrinth-tünetek. A műtétkor nem lehetett megállapítani a per-continuitatem tovaterjedést, miért is tekintve a labyrinth-vizsgálatok eredményét (a beteg labyrinth csökkent mértékben bár, de ingerelhető volt) inducált serosus labyrinthitisnek minősítették az esetet.

Kerekes Gy.: Serosus labyrinthitis esetén az antrotomia csak a labyrinthitis miatt nem indikált. Ez az eset csak azt bizonyítja, hogy heveny serosus labyrinthitis esetében elvégzett antrotomia sem mindig vonja maga után az irodalomban általában leszögeezett végzetes következményeket.

Kepes P.: Korai labyrinthitis elnevezés helytelen, mert ennek külön anatómiai substratuma nincs. Inducált serosus labyrinthitisről lehetett szó. A csacsnyúlványban talált elváltozásról nem lehet határozottan állítani, hogy Körner-féle osteophlebitis, mert ezt a diagnoszt csak mikroszkopiai vizsgálat útján lehet megállapítani. Ha valóban inducált serosus labyrinthitis állott fenn, akkor nem kellett attól tartani, hogy genyes labyrinthitis fejlődik belőle.

Pogány Ö.: Véleménye az, hogy a heveny labyrinthus-tünetek esetén jobb várni és a labyrinth-tünetek lezajlása után — ha kell — operálni. De lehetnek oly fenyegető tünetek, melyek az antrotomia elvégzését indokolják. A beteg meggyógyult és ez is, legalább is az indicatio jogos volta mellett szól. A korai műtét kérdése az otológiában ma még nem lezárt fejezet.

Fleischmann L.: Serosus labyrinthitis esetén, mely az otitis korai stadiumában keletkezik, műtét beavatkozás nem indikált, mert ez rendszerint inducált labyrinthitis, mely nem szokott genyes labyrinthitisszé vezetni. Különböző is a műtét ily korai stadiumban nem tehermentesítő és inkább árthat, mint használ. Természetesen jogosult a műtét, ha teljes labyrinth-kiesés támad, akkor viszont nem antrotomia, hanem labyrinth-műtét javalt.

Révész B.: Jelen esetben nem tartja javaltnak az antrotomia elvégzését, mert a beteg labyrinth functioja nem tért vissza, tehát az antrotomia a labyrinth tehermentesítését nem eredményezte. Hasonló esetet említ fel, ahol a betegség ötödik napján szédülés, hányás, III. fokú nystagmus volt a beteg-

nek és csak a beteg oldalra lateralizálása jelezte, hogy serosus labyrinthitisről van szó. A beteg meggyógyult műtét nélkül, cochlearis, vestibularis functio teljes visszatérével.

Liebermann T.: Fel kell tenni, hogy azoknak az orvosoknak, akik műtét mellett voltak, a beteg állapotának súlyossága adta a kést a kezébe. Minthogy igaz, hogy a labyrinthitist nem állította volna meg az antrotomia, a beteg viszont azonban jobban lett, fel kell tenni, hogy két folyamat volt egymás mellett. Egy toxicus mastoiditis és egy — talán traumás eredetű — labyrinthitis, mely meggyógyulhatott magától, mert az antrotomia eléggé tehermentesítette a beteget, nemcsak a labyrinthust.

Rejtő S.: Harmadéve referált influenza-okozta súlyos labyrinthus bántalmakról, amelyek egy részét középfülmegetedés nélkül, más részét heveny középfülgyulladásal együtt észlelt. Ez utóbbiakban a labyrinthus-tünetek a heveny középfülgyulladással együtt keletkeztek; nyugalommal pilocarpin-injectiókra rövidesen gyógyult.

Germán T.: Labyrinthgyulladásoknál a csecsnnyúlvány állapotától függetlenül kell eljárunk. A fülklinika szerzett tapasztalatai alapján, amit az idevágó irodalmi adatok (*Rullin, Hinsberg* stb.) is megerősítenek, súlyos serosus gyulladás esetén — még ilyen korai stadiumban is — feltétlen indokolt lehet a tehermentesítő műtét (antrotomia), amit jelen esetben a labyrinth-tünetek prompt visszafejlődése is bizonyít. A folyamatoknak genyessé válását is talán ily módon sikerül megakadályozni.

Alföldy J.: A félreértett tehermentesítés nem a mechanikai nyomásmentesítés célozta csupán, hanem a toxicus csontmegetedés kiiktatását is. A *Körner*-féle osteophlebitis makroszkopikus diagnózisát jogosulttá tették a jellegzetes makroszkopos elváltozáson kívül a súlyos toxicus jelek.

Szász T.: *Bang-fertőzés okozta hallószervmegetedés.* A bacillus abortus *Bang*-gal fertőzött állatállománnyal sokat foglalkozott. 38 éves férfin hat hónap előtt mutatkoztak a megetedés általános tünetei és a hatodik héten a kétoldali hallószerven. A III. számú belklinikán tartózkodó beteg vére 1 : 1300 hígításban agglutinál. Idegrendszer ép. Wa : negatív. Hallószervén nincs látható eltérés. Mindkét oldal kb. egy méterről hallja a suttogást. Rinné mindkét oldalt pozitív. *Békéssy György* audiometerszerű berendezésével megállapította a hallászavar fokát. Az összes hangokat úgyszólván egyformán rosszul hallja a beteg, ami az idegelemek megetedésére jellemző. A vestibularis vizsgálat normalis eredményeket talált. A specifikus vaccina-kezelés folyamán hetenként a fenti módon ellenőrzött hallásnak némi javulását észlelte a harmadik héten.

Kelemen Gy.: Tonsilláris *Bang*-megnyilatkozással kapcsolatban említi a reticuloendothel szerepét.

Krepuska G.: Hasonlít a parotitis epidemichához (vestibularis intact, csak a cochlearis beteg) tovább elemezve a ganglion spirale duc sejtjei electiv módon a toxin által laesioba kerülnek, de a prognózis jó.

Kerekes Gy.: *Radicalis műtét utáni sipoly izomlebennnyel végzett plastikája.* 12 éves gyermekén nyolc évvel ezelőtt scarlat kapcsán radicalis fülműtétet végeztek. Kétpengős nagyságú, tátongó sipoly maradt utána. Két ízben sikertelenül kísérelték meg a sipoly zárását. A sipolyt úgy zártuk, hogy a sipoly szájadékát körülvágtuk. Az így adódott bőrlebenyt befördítettük. Ennek a kör alakú lebenynek zárása csak részben sikerült. A musc. temporalis hátsó harmadát izoláltuk és felső tapadási helyéről a sebre fordítva, szabad végét az alsó sebzig közélébe varrtuk és a bőrt összevarrtuk. Előadó kilenc esetet operált ily eljárással teljes sikerrel.

Váro Gizella: *Tünet nélküli labyrinthvérzés haemophyl-egyen akut otitisa kapcsán.* 17 éves haemophylas betegről referál. Egy hét óta fennálló orrvérzést tamponálással kezelik. Valószínűleg következményen hámorragias otitist kap, először a jobb-, majd a baloldalon. A jobb oldalon az otitis ötödik napján teljes peripher jellegű halláskiesés jön létre *Menière*-tünet nélkül. Magyarazatául főleg a csigára kiterjedt erősebb vérzés vesz fel. A cochlearis-kiesés négy hónap múlva is változatlanul teljes marad. A vest. reactió calorikusan és forgatással vizsgálva igen csökkentnek taláta, a beteg a reactio alatt soha szédülést nem érez. Valószínű, hogy az ivjáratokban is körülírt kisebb vérzések voltak, melynek felszívódásával a vest. reactio javult, a subjectiv szédüléserzés most is hiányzik.

Az Erzsébet Egyetem Tudományos Egyesülete Orvosi Szakosztályának november 19-i ülése.

Lang M.: 1. *Sklerodaktylia.* 21 éves nőbeteg. négy éve vette észre az első jelenségeket, melyek az alsó, majd a felső végtagok bőrének feszüléséből állottak. Dysmenorrhéas típusú vérzés. St. pr. A felső végtagokon a sklerodaktylia típusos jelei, elvékonyodott, hajlított ujjakkal. Hasonló, csak kevésbé kifejezett elváltozás az alsó végtagokon. Lárvaszerű arc. Mindkét emlőben kb. lúdtőjásnyi szabadon elmozdítható kemény tumorok. Kórszövetten: fibroma pericanaliculare. Az eset különösen ezen utóbbi tünetnél fogva érdemel figyelmet, mivel igazolja azt a felfogást, hogy skleroderma esetén a támasztószövet-(mesenchyma)-rendszer megetedésével állunk szemben.

2. *Leukaemia lymphatica. Lipomatosis cutis.* 66 éves nőbeteg. Baja egy éve kezdődött. Előbb fülein, majd az orron léptek fel daganatok. St. pr. Az orron kb. ötpengőnyi, livid-vörös, lágytapintatú, simafelületű tumor. Hasonló jellegű mandulányi tumor az orrgyök felett, további borsónyi-babnyi nagyságúak mindkét fülkagylón. Az egész kültakaró a senilis atrophia képét mutatja. A talpak boralatti zsírszöveve felszaporodott a láb két oldalán, a lábsarkok táján és közvetlenül a könyök alatt borsónyi-babnyi lebenyösszerkezetű tumorok. Ugyanekkor nyirokmirigyek. Vérkép: Vvs: 2,500.000. Fvs: 127.800. Hbg: 75% f. i.: 1:5. Schilling: Seg. 3%. Lymph: 97%. Szövettenilag tipikus képe a lymphaticus leukaemiának.

3. *Lymphocytoma miliare disseminatum cutis.* 29 éves férfi, kb. 12 éve van kiütése a bal combján. Ezen idő alatt a kiütés változatlan, semmiféle subjectiv tünetet nem okozott. St. pr. A bal comb feszítő oldalán tenyérszerű területen gombostűfejnyi-búzaszemnyi, kissé kiemelkedő, tömött tapintatú barnás-vörös, némileg a lupus göbcséire emlékeztető papulák, melyeken semmiféle secundar elváltozás nincs. Cubitalis mirigyek borsónyiak, nyakon néhány kisebb mirigy. Vérkép: Vvs: 4,180.000. Fvs: 5500. Hbg: 83%. F. i.: 1:0. Schilling: Stab: 2%. Segm: 50%. Lymph: 47%. Eo: 1%. Pirquet: gyengén positiv. W. R. +++ Az anti-lueses cura a bőr elváltozásra hatástalan. A szöveti képet élesen körülírt lymphocytacsomók jellemzik, melyekben gyéren capillarisek és endothelsejtek láthatók. A sejtek finom reticularis alapszövetbe vannak beágyazva, melyben rugalmas rostok nincsenek. A csomók szélén sok vaspigment. Önálló jóindulatú megetedés, melynek a leukaemiákhoz semmi köze nincs. Aetiologia ismeretlen.

A Sterylkatgut előállítás. (Filmbemutató).

December 10-i ülés.

Melczner M.: *Elephantiasis genito-anorectalis ex lympho-granulomatose inguinali.* 26 éves nőbetegen nyolc hónap előtt kezdődő folyamat. A hüvely, a végbél erősen beszűkült, kemény gumitapintatú. A végbélnyílás és a kis ajkak körül kakastaréjszerű elephantiasisos növedékek. *Pirquet, Wassermann, Ito* reactio negatív. *Frei* pozitív, Vörös vérsajt 3,450.000. Fehér vérsajt: 9000. Qualitative neutrophil leukocytosis. A jobbágyékban retrograd strumosus bubo. Az elephantiasisos növedékben reticulo-endothel hyperplasia, *Sternberg*-típusú óriássejthalmazokkal. Állatojtás pozitív.

Berde K.: Különösen értékes az eset pontos klinikai szövettani és immunbiológiai feldolgozása, ami a körjelzést kétségtelenné teszi. Maga a megetedés jóval ritkább Közép-Európában, mint ahogy azt némely szerző állítja, s a bemutatásra és közlésre kerülő esetek tekintélyes részében kétségbe lehet vonni a körjelzés helyességét. *Jersild* azon nézetét, hogy az esthiomene, illetve az elephantiasis anogenitalis mindig a *Nicolas-Favre*-féle betegség alapján fejlődik ki, nem látjuk még bizonyítottnak. A hozzászóló saját észleletei legalább is ez ellen szólnak, viszont az is bizonyos, hogy sok esthiomene-esetből ki lehetne hámozni az alapul szolgáló poradenitist, ha az eseteket megfelelő módon kivizsgálják.

Várady K.: *Röntgennel kimutatott processus coracoideus csontmag hova, és kiviselt újszülöttn.* A csontmagvak megjelenési idejének ismerete elméleti és gyakorlati értékű. Törvényszéki orvosi szempontból azért értékes, mert általa néha az egyén korát illetőleg hozható döntés. Még a legújabb ilyen tárgyú könyv is a proc. corac. csontmag megjelenési idejét a szülés utáni hat hónapra teszi. A bemutatott két esetben már a születés napján készített röntgenfelvételen látható ez a csontmag és ez arra int, hogy még ne tartsuk

százszázalékosan biztosaknak a csontmagvak megjelenési idejére vonatkozó táblázatokat, mert különben törvényszéki szempontból néha súlyos hibába eshetünk.

Szathmár: *Erythrodermia congenita ichthyosiformis*. 10 éves leánynak hasán concentrikus erythemás gyűrűk keletkeztek, kezdetben sokáig egy helyben localizálva, később a centrumban folyton újra képződve naponta 0,2—0,5 cm radialis gyorsasággal terjedve a periferia felé, ahol elhalványodva eltűntek. A hyperaemiás gyűrűkhöz 1½ év után ichthyosisszerű hyperkeratosis társult, mely mindinkább kifejezettebbé vált és végül valószínűsítő ichthyosissá fejlődött. A folyamat progrediált a mellre, a törzs oldalsó részeire, a vállakra, végül a hátra és a végtagok proximális részeire. A megbetegedést az erythrodermia cong. ichthyosiformis csoportjába lehet sorozni. Közel áll *Rinsema* és *Rille* eseteihez, azoktól az erythemás jelenségek systematizált voltában tér el. Ezen sajátosságai alapján teljesen egyedülálló eset, valószínűleg új kórkép, amire azonban nincs elegendő bizonyíték. Bemutató két évvel ezelőtt felnőtten hasonló kórképet látott, amely a bemutatottól több tünetében eltér ugyan, de éppen a concentrikus erythemás gyűrűk systematizált volta alapján véli azonoságukat.

1. *A manifest luesjelenségek viselkedése hőhatásra és a spirocheta pallida hőállóképessége.* A lues exanthemájának elmaradása körülírt bőrfelületen ritkán észlelt jelenség. *Stümpke* az activ, *Almkvist* a passiv hyperaemia következtében előálló localis immunanyag koncentrációval iparkodott magyarázni, míg *Guszman* a passiv hyperaemia spirochetapasztító hatásán kívül főleg a bőr időleges energiájának tulajdonított jelentőséget. Előadónak exanthemás betegeken végzett megfigyelései és kísérletei arra az eredményre vezettek, hogy az exanthea localis kimaradása hőhatás esetén kizárólag a hő indirect spirochetaölő hatására vezethető vissza. Lueses manifestációk serumával levő spirochetákkal végzett kísérletei szerint azok aránylag alacsony hőfokon is intensiven pusztulnak. 40 fok C-on thermostatban félóra alatt mozdulatlaná válnak s e felett ezen idő mindinkább megrövidül, úgyhogy 43 foknál már 5—10 perc elegendő mozgásuk teljes megszüntetésére. Hővel végzett terápiás kísérletei szerint a lueses laesiók, sclerosisok és exanthemák és a harmadlagos jelenségek intensív melege sokkal gyorsabban visszafejlődnek, mint bármely más anti-lueses eljárásra.

Berde K.: A külső ingereknek a syphilisre gyakorolt befolyásáról vallott régi nézetek reformra szorulnak. Különböző jellegű ingerekről sikerült már megállapítani, hogy nemcsak provocativ módon, hanem gátló módon is hatni tudnak a syphilis kifejlesztésére. Belső ingerek alkalmazása kapcsán is megállapította e kettős hatást. Az oltási malaria az esetek többségében eltüntette, néhány esetben azonban sűrűbbé, súlyosabbá tette a friss syphilis kiütéseit. A külsőleg alkalmazott hő gyógyító hatását már évszázadok óta alkalmazták a syphilis gyógykezelésében (fürdő, gyógymódok). A vegyi gyógyszerek szembeötlő hatásossága a physiotherapiás eljárásokat korunk orvosaival szinte elfeledtette, holott ez valóban kár. Ezeket az eljárásokat fel kell frissíteniük, mert egy a külső elváltozásokra ható eljárás segédeszközét bírjuk bennük, de e mellett modern vizsgáló eljárásaink világánál még meg sem tudtuk eléggé figyelni az értéküket a syphilis beteg jövője szempontjából. Magyarország területén sok kénes melegforrásunk van, sőt jodos is akad közöttük.

A Charité Poliklinika orvosi karának december 25-i ülése.

Bemutatás.

Kerekes Gy.: *Izomlebens felhasználásával végzett retroauricularis plastika.* A plastikai műtétet a temporális izom hátsó harmadának izolálásával képzett lehajtott, nyeles izomlebens felett végezték. Az izomlebens alatt visszahajtott bőrlebenszélékből történik a hámosodás. Az izomlebens retroauricularis seb alsó-hátsó sarkában rögzíti és felette a bőrt zárja. A bemutatott eset kilencedik — azonos módszerrel végzett — sikeres plasztika. A módszer igen nagy előnye, hogy nem teljesen száraz fülseb mellett is sikerrel végezhető.

Mittelmann D.: *Ritka szövődmenyes sacrumtörés.* A beteg lumbalis I. és II. csigolyája, valamint a sacrum a III. csigolya magasságában ülepére való esés után eltört.

Kezdetben az alsó végtagok spasticus paraplegiája mellett incontinentia urinae et alvi állott fenn. Feltűnő volt, hogy a spastikus hűdés mellett a jobb alsó végtagok teljes areflexiája volt jelen. Hat hónappal a trauma után jobboldali peroneus és részleges n. tibialis anterior petyhüdt bénulása mellett teljes areflexia és rudimenter lovaglónadrágszerű hypaesthesia volt ugyancsak a jobb alsó végtagon. Tehát bár eldifferentiálni nagyon nehéz, valószínűleg a cauda equina sérülése okozza a maradandó idegkiesést, a conus terminalis és a lumbalis gerincvelő sérülése csak átmeneti volt.

Előadás.

Deutsch M.: *Az appendix röntgenvizsgálatáról.* Az irodalomtörténeti áttekintése után részletesen tárgyalja a vizsgálati methodikát és technikát. A féreglumen telődési és kiürülési mechanizmusa a töltő és ürítő energiák mechanikai egyensúlya közt quantitativ eltolódást mutat a töltő energiák javára. Ez magyarázza az ürülés chronologikus rendszertelenségét, a coecum és féreglumen-bennék renyhe circulatórióját. Ennek élénkítésére a Czepa-ajánlotta keserűvizet alkalmazza, de a metodust lényegében módosítja. Számos felvételt demonstrál oly esetekről, ahol a röntgenvizsgálatot műtéti kontroll, a műtéti makroszkopos leletet szövettani vizsgálati kontroll követte. A felvételek egy része a Schiffer által kidolgozott legmegbízhatóbbnak bizonyult technika szerint diffus compressio mellett alkalmazott localisan dosírozott compressióval készült.

Szabályos receptet!

Irta: Vámosy Zoltán dr.

A gyakorló orvos mindennapi és a közönség szemében legfontosabb ténykedése a receptírás. Érthető, hogy a beteget és környezetét kevésbé érdekli a mi nagy erőfeszítéssel megszerzett tudásunkra, egy áldozatos élet ezernyi tapasztalatára mesteri logikával felállított diagnosisunk, hanem elsősorban azt várja tőlünk, hogy a betegséget meggyógyítsuk vagy legalább is a beteg szenvedését enyhítsük. És ha ez a legtöbbre nézett, legáldásosabb hivatásteljesítés nem a sebészet s nem a physikai gyógymód körébe tartozik, akkor a beteg életmódjának, ápolásának bölcs rendezése mellett csak a pharmacotherapie az, ami kimentti az orvost gyászos tehetetlenségéből. De kérdelem: nélkülözheti-e ezt a sokszor kicsinyléssel emlegetett tudományt a ragyogó sikereire büszke sebészet? — a túlzásában néha minden orvosságot feleslegesnek hirdető »természetes«
gyógymód? Hiszen a sebész is, ha az operatio sikerült, de a beteg haladni készül, gyógyszerek után nyúl. És mivel csillapítja a fájdalmat, az álmatlanságot, a lázat; mivel küzd le a műtét utáni shokot, bélhűdést? Ne feledjük azt sem, hogy sebészetünk mai fénykorát, szinte korlátlan lehetőségeit a *Semelweis* és *Lister* ajánlotta antisepticumok és egyidejűleg az inhalatiós narcoticumok, majd korunkban a helybeli érzéstelenítő gyógyszerek teremtették meg. És nem vagyunk-e már a chemotherapiával nyomában oly felfedezéseknek, melyek az emberiség millióit pusztító, késő utódookban is államra, társadalomra, családra csapást jelentő betegségek gyógyításának, idővel megszüntetésének reményét jelentik?

A gyógyszerekkel gyógyítás tehát hatásos fegyver az orvos kezében, de éppen mert hatásos, veszedelmes és ártó is lehet, ha nem kellő tudással és bölcseséggel alkalmazzuk. A tudásról, mi a helyes alkalmazás alapját képezi, itt nem szólok. Minden orvos tapasztalhatta önmagán, hogy mennyi elméleti és gyakorlati tudást, mennyi tapasztalati értéket kellett magában felhalmoznia, saját, kicsiszolt tehetségével átszönie, hogy egy egyszerű lázcsillapító port vagy egy digitális forrázatot ne kuruzsló módjára írjon fel, hanem úgy rendelje, ahogy éppen akkor, annak a betegének legjobban megfelel.

A bölcseségről legyen itt szó, amivel orvosi tudásunkhoz mért fegyverünket útjára bocsátjuk, hogy a beteghez érjen, akarunk szerint használtassék és hasson: szóval a gyógyszer rendeléséről. Mert nem elég a tudás, ha még olyan nagy is, mert emberek vagyunk és ha nem bölcsen alkalmazuk: megtévedünk. Angliában autótutatót tettem és mikor már a járásunkat szabályozó jelzéseket magam is betéve tudtam, Cornwall szélére érve a tengerhez levezető meredek kanyargós út kezdetén csak ezt az egyszerű, de közvetlen hangú figyelmeztetést olvastam egy táblán meghatottan: »Be wise!« *»Légy bölcs!«* Mennyire ráillik ez az ezernyi gondolat terhelt, lázas munkában élő orvosra is! Hányszor követelt már áldozatot ez a bölcsesség nélküli könnyelmű sietség nemcsak a száguldó autósok, hanem a dolgukat elsiető orvosok működése körében is! Hányszor vetett már gáncsot a jóakarató tudásnak a könnyelmű receptírás a maga szörnyű következményeivel! Gyász és bánkódás üli meg lelkünket a helyrehozhatatlan szerencsétlenség fölött s a magunkba szállás e napjait használom fel arra, hogy emlékeztessék kartársaimat azokra a szigorú rendeletekre, amikkel mesterségünk bölcsesége és az állam előrelátó gondossága az orvos mindennapos ténykedését, a receptírás szabályozza.

Mult számunkban közöltük az új gyógyszerárszabással egyidejűleg kibocsátott 260.510/1934. B. M. rendeletet, melynek 6. §-a hat pontban újra szabályozza az orvosi rendelvények kiállítását. Ebben a paragrafushoz főleg a 2. és 3. pont az, amelyben foglaltakat nemcsak közérdekből, hanem a magunk lelki nyugalmanak megőrzése végett is nagyon meg kellene szívlelnünk, mert ezeknek a rendelkezéseknek megszegése vezet az oly gyakran előforduló, bár ritkán végzetes gyógyszer-tévedésekre. Ismét ideiktatom, hogy a multheti számunkat se kelljen elővenni olvasóinknak:

6. §. 2. Minden orvosi rendelvényt jól olvasható írással kell kiállítani és dátummal ellátva olvashatóan kell aláírni.

3. Az egy- vagy kétkeresztes gyógyszerek mennyiségét betűvel és számmal kell kiírni és a gyógyszer használati módját tözetesen kell megjelölni. Tehát »rendelet szerinti« stb. megjelöléseket használni nem szabad.

Ha pedig az orvos kétkeresztes gyógyszer legnagyobb egyes, illetőleg napi adagjánál többet rendel, tartozik a rendelt mennyiség mellé még aláírását vagy kézjegyét (kezdőbetűjét) külön is odatenni. Nem vonatkozik ez a külső használatra szánt kenőcsökre és oldatokra.

Ha most ehhez hozzávesszük még azt, hogy ez a rendelkezés nem is »novum«, mert az 1910 január 1-ével életbe léptetett III. Magyar Gyógyszerkönyv »Általános szabályok« címe alatt közölt 2. és 8. pontjában már lényegben bentfoglaltatott, csupán avval a különbséggel, hogy a legnagyobb adagot túlhágó mennyiség után nem »kézjegyüket«, hanem csak felkiáltó jelet kellett tenni: akkor be kell vallanunk, hogy e bölcs előrelátásból fakadó és az emberi tévedéssel számoló rendelkezés ellen állandóan, évtizedek óta vétenek orvosaink. Mert általánosan bevett szokás, hogy akár keresztes, akár nem keresztes szerek súlymennyiségeit — tisztelet a kivételeknek — mindig csak számjeggyel írják elő és akkor ott van az az átkozott tízedespont, ami a leggondosabb, a legképzettebb ember tolla hegyén is elcsúszik egy számjeggyel jobbra — és megvan a baj. De ha ott van mellette betűvel is kiírva, hogy »centigr. quinquaginta«, nincs az a gyógyszerész, aki öt grammnak olvasná a tévedésből odaírt 5.0 számjegyet.

Sőt én az óvatosságban még tovább mennék — amit rendeléstani előadásaimban mindig el is mondok — és nem is engedném meg az ily szerek mennyiségének számokban jelzését, hanem csak betűvel iratnám elő. Miért? — mert attól is lehet tartani, hogy a gyógyszerész — ha rendelkezé-

sére áll egy kényelmesen olvasható számjeggyel — nem veszi magának a fáradságot, hogy még a sokszor nehezen is olvasható betűvel írott súlyt is kibetűzze, hanem rábizza magát a téves számjegyre és megcsinálja az elvétett adagú gyógyszert. Ezt elmondom ugyan hallgatóimnak, de hozzáteszem, hogy nézetem nem változtathatja meg a kormányrendeletet, mely a brüsszeli nemzetközi megállapodást tette magáévá.

De akármit tanítok is én a hallgatóimnak és iratom velük fel a táblára betűkkel is a szerek súlymennyiségeit: jön az élet és elmosza a bölcs tanítást, elfelejteti velük az elrettentő példákat, miket elébük állítottam, a feljebbvalók, az általános szokás példája követésre csábít, kényelmesebb is — és kint a praxisban írja vígan, úgyszólván mindenki csupán a számokat!

Tömegrendelésre, az orvos túlterheltségére, lázas munkára szokás hivatkozni. Nem fogadhatom el az orvosi felelősség ilyen könnyelmű lerázását, mikor erősen hatékony szereket, sőt mérgeket adagolunk. Éppen úgy nem, mint ahogy a sietség nem indokolja, hogy a sebész asepsis nélkül operáljon, a belorvos kabáton, fűzőn keresztül kopogtasson, vagy vízvezetéki vízzel csináljunk arsenobenzol oldatot. Ha időben lemérjük a különbséget, ami a csak számmal írás és a betűvel és számmal kiírás között van, csak másodpercet kapunk, amikért nem szabad emberéleteket és saját jövőnket, existenciánkat kockára tenni.

Aztán ott van még az idézett rendeletnek két nagyon megszívlelendő intézkedése, amik fölött szintén nem lehet amolyan orvosi korlátlan szabadsággal napirendre térnünk. Egyik a jól olvasható írás, másik a signatura félre nem érthető volta. Nagy szerencsétlenségnek és fiatalkori mulasztásnak tartom, ha valakinek nincs olvasható írása, — de hála Istennek — a legtöbb embernek van, különösen, ha egy kicsit megerőlteti magát, amit egy ilyen fontos okmány kiállításakor — mint a recept — meg is követelhetünk. De olyan embert egyáltalán nem ismerek, aki a recept egy vagy két hatékonyabb szerét és annak súlyát ne tudná betűnként, akár nyomtatott betűkkel is kiírni — ha már olyan olvashatatlanul rossz az írása. Ha meg tudjuk ezt tenni egy külföldre küldött levél borítékán vagy egy cheque kiállításakor, hogyan sokalhatjuk ezt az áldozatot, midőn egy orvosi beavatkozás sikeréről, az aegroti suprema lex-ről, a beteg életéről van szó? Azon a közép-koron pedig már túl vagyunk, hogy magikus ákombákomokkal akarjunk imponálni betegünknek, amiből ma legfeljebb az orvos és a gyógyszerész közötti »titkos egyetértésre« lehet következtetni, amiért is az ilyen rendelvény elkészítése tilos (!), sőt az le is foglalható és további eljárás alapját képezheti.

A használati utasítás félre nem érthető volta is magától értendő és az orvost is védő előírás. Egy bajorországi esetben — írja Binz* — 6 gr chloralrt írt fel »rendelet szerint« az orvos egy asszonynak avval a szóbeli utasítással, hogy ha felétől nem alszik, öt óra múlva adják be a másik felét is. Az asszony meghalt. Az ápolónő szerint a rendelet úgy szólt, hogy félóra múlva adja be az orvosság másik felét és mivel erre megesküdött s mások is így vallottak, bizony le kellett ülni az orvosnak büntetését. Ezt a bölcs rendelkezést azonban avval szoktuk áttörni, hogy »Suo nomine« vagy ha nem egyszerű oldatról, egynemű porról van szó: »Sub recipe«, mikor is az egész rendelvényt rá kellene másolni a címkére. Evvel azonban egy baj van. Az, hogy a gyógyszerész nem tudja, belsőleg lesz-e ez az orvosság felhasználva, amikor azt neki hengeres üvegben kell expedálni és előtérbe lép az is, hogy ellenőrizze: nem lépte-e túl az orvos a maximalis adagot, ott van-e emellett a külön kézjegye, — vagy külső alkalmazásra való, mely esetben azt neki hatszegletű

* Rezeptsünden. Berl. Klin. Woch. 1897.

üvegbe kell tenni és piros címkével ellátni és nem szükséges az adagtüllépés kézjeggyel megerősítése. Vannak könnyű esetek, mikor a gyógyszerész is tudhatja, hogy belsőleg vagy külsőleg való orvossággal van-e dolga; pl. 1% morphin-oldat, 1% atropin-oldat, de bizony ritkábban használatos vagy új gyógyszerekről hogy tudja az a nem szakember gyógyszerész a »suo nomine«-ből, hogy be akarják-e adni a betegnek vagy csak külsőleg akarják használni? Ilyenkor a saját óvatosságától vezettetve és megnyugtatta magát még azáltal is, hogy a túl nagy adagúnak vélt szer után nincs is felkiáltójel vagy kézjegy, ami az idézett 3. pont utolsó mondata szerint csak a külső alkalmazásra szánt orvosságok esetén hagyható el — ilyen külső gyógyszer gyanánt kezeli és szolgáltatja ki az orvosságot szegletes üvegben, piros vignettával, amire pontosan ráírja a benne foglalt oldat nevét és töménységét is. Ha még egy halálfejes méregjelt is ragaszt rá vagy éppen azt is odaírhatja, hogy »az orvos kezéhez« — teljesen nyugodt a lelkiismerete. Megcsinálja és kiszolgáltatja, mert a receptet, mint külső alkalmazásra szánt orvosság előírását szabályosan kiállítottnak tekinti, úgy hogy mikor így jár el, nem jön összeütközésbe a 7. § 6. pontjával, mely szerint: »Oly rendelvényt, melyet nem a 6. § szerint állítottak ki, elkészíteni és kiszolgáltatni nem szabad.«

De van még egy szokás, ami a gyógyszer alkalmazása tekintetében teljesen leveszi a felelősséget a gyógyszerész válláról és egész súlyával az orvosra helyezi és ez az a megszokott jelzés: »Az orvos kezéhez.«

Szószerint ezt úgy kellene érteni, hogy vagy az orvos jön érte a patikába vagy a gyógyszerész küldi el az orvos rendelőjébe. Azonban csak az az elfogadott értelmezése, hogy az orvosságot kiadják ugyan a kliensnek, de nem ő maga adagolja vagy használja, hanem az orvos kezébe adja, aki rajta alkalmazni fogja. Kétségtelen, hogy az így signált orvossággal sok baj történhetik, ha avatatlan kezekbe jut, de nem élhetünk meg nélküle. Így signáltatjuk mindazon oldatokat, amelyekkel ambulantiánkra járó betegeinket kezeljük ráírva mindenki »suo nomine« jelzett üvegére a nevét; — így tartjuk készletben nyilvános ambulantiákon, kórtermekben a betegek szemcseppeit, injectiós oldatait stb. — többnyire nagy mérgeket: atropint, physostigmint, kénesövegületeket, strychnin- és arsen-injectiókat stb. De aztán ez felelősséggel is jár ám! Először, hogy mi össze ne tévesszük sem a beteget, sem a nekik való orvosszereket; másodszer, hogy ezek a mérgek avatatlan kezekbe ne kerüljenek. Értem ez alatt nemcsak azt, hogy el ne lopják onnan a zsúfolt ambulantiáról, vagy a különleges zárral elzárt szekrényből, ahol őriztetnek; hanem azt is, hogy ezeket az »orvos kezéhez« rendelt gyógyszereket aztán ne ápolónő vagy szigorló orvos adagolja, hanem igazán az orvos, aki felírta vagy akire rá van bízva a kezelés s aki most már az ebből származó bajokért teljes felelősséggel tartozik.

Amint látjuk tehát, a gyógyszerek rendelése nem olyan veszedelem nélküli és mellékesen kezelhető dolog, mint ahogy sokan gondolják és mindent a gyógyszerészre bíznak, attól várnak megértést, jóindulatú correctiót, discret értesítést, — amiért pedig nem egyszer lehordják az aggodalmaskodó patikust. Pedig minden baj elkerülhető volna úgyszólván, ha nem sietnénk mindig, ha a receptírást avval a szinte ünnepélyes komolysággal végeznénk, amit a közönség ekkor érez és honorálni szeretne benne. Még házi orvos koromban egy bőbeszédű asszony előtt avval alapítottam meg tekintélyemet, hogy leintettem csacsogását, mivel receptírást közben zavart. Meghökkenve hallgatott el és éveken át elismeréssel emlegette. Soha meg nem szegett életszabály legyen, hogy a receptet, még ha ártó nem is lehet, ki ne adjuk kezünkől addig, amíg nyugodtan még egyszer át nem olvastuk. Nem egy lelkiismeretes collega loholt már ennek elmulasztása miatt újra fel a negyedik emeletre, onnan a

gyógyszertárba, mikor megszállta a kétség és az aggodalom. Furcsa, hogy mikor kiadunk egy tizes bankót, milyen gondosan megnézzük, hogy nem huszas-e? Sőt, ha egy pengőt adunk a kalauznak, el nem mulasztjuk hangsúlyozni, hogy pengő volt, nehogy ötvenfilléresnek vitassa. Micsoda magasságban van ez apró gondosságok fölött egy orvosi recept felelőssége és gondja, amit oly ideges kézrángatózással írunk meg, hallatlan rövidítésekkel, kigummizható írónnal, csakhogy minél hamarabb túl legyünk rajta!

Aztán sokszor a papiros sem méltó ám sem az orvoshoz, sem a gyógyításhoz. Az új rendelet ezt is előírja — és ez novum: 6. § 1. pont »Az orvosi rendelvényt rendszerint, az egy- és kétkeresztes szerket tartalmazót pedig minden esetben, olyan papírlapon kell kiállítani, amelyen az orvos neve, lakása (telefonja) fel van tüntetve.« Nem felesleges szekatúra ez, hanem bölcs intézkedés, ami szükség esetén a gyógyszerésznek az orvossal való gyors és közvetlen érintkezését óhajtja lehetővé tenni. Nemcsak hibás recept, hanem patikai gyógyszer-csere esetén.

Hcsszúra nyúlt ez a rövidre szánt írás, de talán nem volt felesleges és — sajnos — nem volt időszerűtlen ezeket a dolgokat egyszer nemcsak a hamar elfelejtett rendeléstani órákon, hanem az Orvosi Hetilap hasábjain is szóvá tenni. Szóaljjon meg mindenki s a saját jobb lelkiismerete és aszerint cselekedjék és ne várjuk meg, hogy a gyógyszerészek kapjanak észbe és saját felelősségük komoly átérzésével kezdjék el nem készíteni és az orvosoknak visszaküldözgetni a nem a 6. § szerint kiállított rendelvényeket, amire őket a 7. § 6. pontja kötelezi. Bizony mondom, ha belügyminiszter volnék, megparancsolnám a gyógyszerészeknek, hogy ezt szigorúan hajtsák is végre. Mert az orvosoknak nem lehet parancsolni, ezt megmutatták már számos esetben; de talán többet használ, ha egy öreg Professor két friss sírhalomra könnyet ejtve, suttogva kéri őket: »Be wise!« — Legyetek bölcssek!

Gondolatok Budapest-Fürdőváros fejlesztése körül.*

Irta: Rausch Zoltán dr., egyet. magántanár.

A fürdőváros-gondolat Budapest fürdőinek patinás multjából táplálkozik és a jelen sívárságán koplalva igyekszik felépíteni a jövő legszebb terveit. A Dunaparton végig húzódó kollonád, a Tabán pusztaságán felépítésre váró parkváros pazar gyógyszállóival és fedelmi palotáival és az újlaki Dunaparton az ősi forrásokot szegélyező virágos allék, mint a jövő perspektívái bontakoznak ki szemünk előtt, de elérni őket ma még nem tudjuk. Ma az egyedül járható út az, mely a meglévő kincsekre támaszkodik s a rendelkezésre álló szerény eszközök mellett azok fejlesztését és felvirágoztatását tűzi ki célul.

Szokás párhuzamot vonni Karlsbad és Budapest között és az összehasonlításból fővárosunkra kedvezőtlen következtetést levonni. Igaz, hogy Buda fürdői már világhírűek voltak akkor, mikor Karlsbadot még alig ismerték, de míg ennek 500, aránylag nyugodt év állt rendelkezésére hogy fejlődjék, gyarapodjék, addig Buda az évszázadok meg-megújuló történelmi zivataraiiban nemcsak a fejlődés útján állott meg hosszú időkre, de nem egyszer a végpusztulás veszélye is fenyegette. A magyar élniakarás szívósan küzdötte át magát az eléje tornyosuló akadályokon, a romhalmazt eltakarította és megfeszített erővel újból alkotni kezdett. Míg tehát Karlsbad a folyamatos fejlődés áldásait élvezte, addig fővárosunk fürdőügye a szakaszos fejlődés

* Az O. B. E. Gazdasági Nagygyűlésén elhangzott hozzászólás alapján.

lassúbb útjára kényszerült. De lebegjen Karlsbad mégis mint a világ-fürdő példaképe szemünk előtt s a fejlődés céltudatos útján kövessük irányjelző lépteit. Karlsbad nagyságának symboluma *Becher*, az orvos, aki felismerte a föld mélyében rejlő természeti erők értékét és felkeltve az érdekelt functionáriusok figyelmét, a szenvedő emberiség szolgálatába tudta azokat állítani. Az orvos elhomályosította a misztikus forrás-szellem hatalmát, helyébe a tapasztalatot és tudományt állította, melynek alapján kiválogatta a betegségeket, melyekre forrásvíze gyógyítólag hathat. Így specializálódott aztán Karlsbad az emésztőrendszer és anyagcsere bizonyos betegségeire s miután ebben az irányban évszázadok alatt a legtökéletesebb fejlődésre és berendezésre tett szert, vált joggal világhírűvé.

Karlsbadnak ezt a példáját követnünk kell, mert orvos-tudományilag helyes és furdógazdasági szempontból célravezető. A fürdők fejlődésében az orvosnak elsőrangú feladata kikutatni a források specializálódásának az irányát és megjelölni annak tökéletesítésére a szükséges utat.

Budapest hőforrásokban bővelkedik, közvetlen környékén pedig hideg keserűvizek fakadnak. Az egyes hőforrások — bár geológiai eredetük azonos — úgy physikai tulajdonságaik, mint kémiai összetételük szempontjából olyan különbségeket mutatnak, melyek alapján más és más betegségek gyógyításának szolgálatába állíthatók. Téves volna tehát az a feltevés, hogy a főváros hőforrásai egyedül a mozgásszervi betegségek (rheuma) eredményes kezelésére alkalmasak, mert — bár ezen vizek magas hőfokuk és aránylag erős radioaktivitásuk miatt erre különösen alkalmasak — sok más betegség kezelésében is vezető szerephez juthatnak. Tudva azt, hogy a forrásvizet külsőleg, belsőleg és belézés formájában alkalmazhatjuk, ismerve az egyes források physikai tulajdonságainak és kémiai alkotórészeinek élettani hatását és számolva a források helyén kialakult gyógyfürdői berendezésekkel, megállapíthatjuk a gyógyjavallati kört, mely a fürdőket a helyes fejlődés irányába tereli.

A forrásvizet külsőleg, fürdők formájában alkalmazzuk; hatásos tényezők a hő-, kémiai és mechanikai inger. Hőinger csak akkor jön létre, ha a víz a közömbös hőmérsékletnél melegebb vagy hidegebb. Utóbbinak közismert formái a hidegvízcurák, melyekben a hideg-ingert mechanikai ingerekkel is kombinálva üdítő-, regeneráló- és erősítőhatást fejtünk ki a szervezetre. A melegfürdők, különösen, ha a hőinger kémiai ingerrel is társul, olyképpen gyógyítanak, hogy a szervezetben vérbőséget hoznak létre és ezáltal fájdalomcsillapítólag, görcsoldólag hatnak, izzadmányok felszívódását serkentik és a sejtéletet activálják. Az előtérben lévő kémiai alkotórészek szerint hol az egyik, hol a másik hatás kerül túlsúlyba s így pl. a hypotoniás hév-vizek enyhébb, a hypertoniásak erélyesebb felszívó-, ozmotikus hatást fejtenek ki, a szénsavas vizek főleg a vérkeringést befolyásolják és a radioactiv-vizek elsősorban a sejtélet aktivitását fokozzák. Ezek szerint a hév-vizeket gyógyfürdők szempontjából a következőképpen csoportosíthatjuk:

1. Enyhe hatású hévfürdők hypo- vagy isotoniás, nem túlmeleg hév-vizekkel, gyógyfürdő-curák bevezetésére, elgyengült betegek kezelésére, félheveny izzadmányos betegségek stb. esetén.

2. Erélyes hatású hévfürdők hypertoniás forró hév-vizekkel, felszívódást célzó fürdőcurákra, idősült izzadmányos betegségek stb. esetén.

3. Szív és vérkeringésre ható hévfürdők szénsavtartalmu langyos vizekkel, szívbillentyű- és szívizomelégtelenség, peripheriás érbetegségek esetén.

4. Protoplasmaactiváló hévfürdők radioactiv hév-vizekkel, anyagcserebetegségek és korai öregedési tünetek ellen.

A forrásvizet belsőleg ivócurák formájában alkalmazzuk és a hatás létrejöttében főleg a hő- és a kémiai

inger szerepel. A legerősebb hőingert a melegen megivott víz váltja ki, mely a nyálkahártyákban vérbőséget okoz, fokozza a mirigyek tevékenységét, oldja a nyákot és csökkenti a görcsös állapotot. Az oldott sók megváltoztathatják a tápcsatorna chemismusát, vagy osmotikus viszonyait, avagy felszívódva távolhatást fejthetnek ki a sejtéletre. Az ivókúrákat aszerint, hogy közvetlenül a tápcsatornában, avagy csak a felszívódás után fejtik-e ki hatásukat, két nagy csoportra oszthatjuk:

1. Főleg helyi hatású ivókúrák, melyekben vagy a hurutsökkentő- vagy a hashajtóhatás áll előtérben. Az első célt legjobban a hypo- vagy isotoniás hév-vizek szolgálják, melyek Ca, Na, HCO₃, Cl és SO₄ ionokat tartalmaznak, a másikat a hypertoniás, Na, Mg és SO₄ ionokban gazdag, langyos vagy hideg ásványvizek. Ezen ivócurák javallatai az emésztőrendszer idősült hurutos betegségei, bélrenyheségek, alhasi vérbőség stb.

2. Főleg távolhatású ivókúrák, melyekkel vagy a szervezet átöblítését, vagy valamely fajlagos hatás elérését célozzuk. Előbbinek a hypotoniás és főleg szabad szénsav-gázt tartalmazó vizek felelnek meg, utóbbinak azok, melyek electiv hatású ionokat — Fe, As, Cu, J — vagy radioactiv sókat tartalmaznak. Gyógyjavallatok: ártalmas sóvisszatartás a szervezetben, húgyutak hurutos és kőképződéses betegségei, vérszegénység, kórosan fokozott pajzsmirigyműködés, öregségi tünetek stb.

A forrásvizet belsőleg belézés formájában is alkalmazhatjuk; a hatásos inger ilyenkor is a hő és a kémiai. A hatás létrejötte hasonló az ivócurák helyi hatásához, azonban kizárólag a légutak útján történik és enyhébb reactióval jár. Erre a célra legjobbak a NaCl vagy Ca tartalmú, esetleg kén-gázokban gazdag hév-vizek. A belézésnek azonkívül távolhatása is lehet, különösen a kén- és radiomos vizek használatakor.

Látjuk tehát, hogy a forrásvizek gyógyító alkalmazásának tág tere van, minek minél kiterjedtebb felhasználása nemcsak orvosi, de nemzetgazdasági érdek is. Tisztában kell azonban lennünk avval, hogy sem a fürdők, sem az ivócurák egymagukban nem elégségesek az eredményes gyógyításra, hanem annak egyéb feltételei is vannak, mint pl. a beteg megfelelő elhelyezése, gyógyászati eszközök igénybevétele, a diéta és ételmezés biztosítása stb. A helyes fürdőpolitika tehát az lesz, ha a gyógyfürdő egy meghatározott irányban specializálódik és ezen szempontoknak megfelelően fejleszti ki egész berendezését.

Budapest gyógyfürdői ezen szempontok szerint, a jelenlegi adottságuk figyelembe vétele mellett, következőképpen specializálódhatnak:

1. *Széchenyi-gyógyfürdő*: anyagcsere-retentios állapotok (köszvény, húgysavas diathesis) és a húgyutak hurutos és kőképződéssel járó betegségeinek (chronikus cystitis, cysto-pyelitis, nephritis) gyógyítására. Orvosi irányítás: belgyógyász és urologus. Orvosi berendezés: physikoterapia és urologia, laboratorium: anyagcsere- és vizeletvizsgálat. Beteg-elhelyezés: a környéken lévő magángyógyintézetekben, diéta és ételmezés: a ligeti vendéglőkben (addig, míg gyógyszállodája nem lesz).

2. *Szent Margitsziget-gyógyfürdő*: a szív és vérkeringés (vitiumok, myocarditisek, arteriosclerosisok, hypo- és hypertoniák, vasomotios zavarok, valamint a légutak idősült hurutos betegségeinek (chronikus pharyngitis, laryngitis, tracheitis, bronchitis, pneumoniák utáni reconvalescentia) gyógyítására. Orvosi irányítás: belgyógyász és laryngologus. Orvosi berendezés: szív-statio, physikoterapia, inhalatorium, röntgen: laboratorium: vér- és vizeletvizsgálat, bakteriologia. Beteg-elhelyezés: a sanatoriumban és gyógyszállókban; diéta és ételmezés: a sziget összes vendéglőiben.

3. *Császár- és Szent Lukács-gyógyfürdők*: a mozgásszervi — rheumás — betegségek (arthralgiák, subacut és chronikus arthritisek és arthrosisok, neuritisek és neuralgiák, myositisek és myalgia, törések, ficamok és rándulások utáni reconvalescentia) gyógyítására. Orvosi vezetés: belgyógyász-rheumatológus és orthopod-sebész. Orvosi berendezés: physikoterapia

és Zander, orthopaedia, röntgen; laboratorium: anyagcsere-, vér- és vizeletvizsgálat. Betegelhelyezés: kórházi osztályok és gyógyszállók; diéta: ételmezés: a gyógyfürdők és a környék vendéglőiben.

4. *Rudas- és Szent Imre-gyógyfürdők*: az emésztőrendszer időszült hurutos és kőképződéses betegségeinek (chronikus gastritisek, ulcus reconvalescentia, chronikus enteritisek és colitisek, cholecystitisek, cholangitisek és cholelithiasis) és korai öregsgéi tünetek (praesenilis és senilis marasmus és adynamia, arteriosclerosis, hypertonia) gyógyítására. Orvosi irányítás: belgyógyász. Orvosi berendezés: physikoterapia és radium-emanatorium, röntgen; laboratorium: gyomorbennék- és székvizsgálatok. Betegelhelyezés: a főleg ambulans kezelés mellett a Rudas szobáiban; diéta: ételmezés: a környék vendéglőiben (amíg sanatoriuma nem létezik).

5. *Szent Gellért-gyógyfürdő*: a mozgásszervi — rheumás — betegségek gyógyítására. Orvosi irányítás: belgyógyász-rheumatológus és orthopaed-sebész. Orvosi berendezés: physikoterapia és Zander, orthopaedia, röntgen; laboratorium: anyagcsere-, vér- és vizeletvizsgálat. Betegelhelyezés: a gyógyszállóban; diéta: ételmezés: a gyógyszállóban.

6. *Eyzébet-sósfürdő*: kismencedebeli időszült izzadmányok (adnex tumorok, chronikus endo- és perimetritisek, prostata hypertrophia, chronikus urethritisek), portabeli pangás és plethora abdominális gyógyítására. Orvosi vezetés: gynaekologus és venero-urologus. Orvosi berendezés: gynaekologia, urologia és physikoterapia, laboratorium: vizelet-, váladék- és vérvizsgálat. Betegelhelyezés: a gyógyszállóban, diéta: ételmezés: ugyanott.

7. *Budapestkörnyéki keserűvizek*: bélrenyheség esetén és az epeutak időszült hurutos és kőképződéses betegségeiben tisztán vagy más forrásvizekkel keverve az 1., 2. és 4. gyógyfürdőkben végzett curákkal kapcsolatosan volnának használandók a gyógyfürdők melletti kis ivópavillonokban.

Az itt elmondottakban Budapest gyógyfürdőinek fejlődési útját kívántam orvosi szempontból megjelölni, csupán körvonalait adva meg azon lehetőségeknek, melyek valóra váltása céltudatos munkával mai hiányos anyagi erőink mellett is elérhető és alapját képezheti a meggyőződéssel remélt szebb jövőnek: Budapest világfürdővárosnak.

VEGYES HÍREK

Személyi hírek. A vallás- és közoktatásügyi miniszter *Sümegi István dr.* egyetemi tanársegédnek »A korszöveti és szövetszöveti vizsgálati módszerek« című tárgykörből, *Beznák Aladár dr.* debreceni magyar királyi Tisza István tudományegyetemi magántanár, egyetemi tanársegédnek »Az anyagcsere körvegytana« című tárgykörből, *Csípke Zoltán dr.* egyetemi gyógyszer-tárgyvezetőnek a »Gyógyszerészeti vizsgálatok« című tárgykörből, *Horváthy (Hecht) Béla dr.* egyetemi tanársegédnek »Az idegrendszer« korszöveti című tárgykörből, *Franz Géza dr.* m. kir. törzserősnak a »Katonaegetszégtan« című tárgykörből, *Vándorfy József dr.* volt egyetemi tanársegéd, főorvosnak »Az emésztőszervek megbetegedéseinek kórtana, kórisméje és gyógytana« című tárgykörből, *Takács László dr.* egyetemi tanársegédnek »A belsősecretiók megbetegedése« című tárgykörből és *Kanócz Dénes dr.* egyetemi tanársegédnek »A belső gümőkóros betegségek kórtana és gyógyítása« című tárgykörből a budapesti királyi magyar Pázmány Péter Tudományegyetem orvostudományi karán egyetemi magántanárként történt képesítését jóváhagyólag tudomásul vette és nevezeteket e minőségükben megerősítette. — *Dollinger Gyula* professor a Magyar Sebésztársaság és az Orvosegyesület egyesített Rákibizottságának elnöke lemondását visszavonta és a budapesti és vidéki egyetemek és kórházak újabbán kinevezett vezetőivel kiegészített bizottság élén a rákellenes küzdelem egységes irányítását újból átveszi. *Szent-Györgyi Albert* professor a bostoni Harvard-egyetem meghívására rövid időre Amerikába utazik, hol előadásokat fog tartani.

Az Országos Közegészségi Egyesület előadássorozatának február 5-i előadását délután 6 órakor a Közegészségtani Intézet tantermében *Kellner Dániel dr.* tartja: a) »Az orvostudomány jövője«, b) »A téli sportok« címmel.

A budapesti Orvosi Casino előadássorozatának febr. 5-i előadását este 7/17 órakor *Pogány Ödön dr.* főorvos tartja: »A fül anatómiája és élettana a gyakorlóorvos szempontjából« címmel.

A Budapesti Önkéntes Mentő Egyesület orvosainak február 5-én este 1/27 órakor tartandó ülésének napirendje: *Bodó Jenő dr.*: 1. Mentéstörténelmi adatok. 2. Érdekes esetek.

Magyar Orvosok Tuberculosis Egyesülete XVII. nagygyűlését a Magyar Orvos Nagyhat keretében Budapesten fogja megtartani folyó évi június hó első felében.

Referatumot tartanak: *Schill Imre*: A kétoldali légmellkezelésről. A Magyar Gyermekeorvosok Társaságával együttes ülésen: *Lukács József és Zalka Ödön*: A scrofulosisról. A Magyar Pathologusok Társaságával együttes ülésen: *Schön Jenő és Nachtnebel Ödön*: A tuberculosis spontán gyógyulásáról.

Előadások és bemutatások április 10-ig jelenthetőek be a titkárnál (Budakeszi, Erzsébet Királyné Szanatorium).

A Királyi Magyar Természettudományi Társulat élet- és kórtani szakosztályának február 6-án este 1/27 órakor az egyetemi közegészségtani és élettani intézet tantermében tartandó ülésének tárgya: *Neuschloss Simon* (Rosario, Argentína): A vese szerepéről a savbásisegyensúly fenntartásában.

A budapesti Orvosi Kör előadássorozatának február 4-i előadását este 7 órakor a Kör helyiségében *Balázs Gyula dr.* egyet. magántanár tartja »Heveny mérgezések altatószerekkel« címmel. Az előadást megelőzően tartja a budapesti Orvosi Kör rendes évi közgyűlését.

A jokohamai dysenteria epidemiának eddig 34 halálos áldozata van.

Moszkva környékéről a bubopestisjárvány Kirin tartományra terjedt át, két városból eddig 29 halálesetet jelentettek.

Dél-Amerikában állítólag még 10 orvos él, kik 1828 és 1838 között születtek. Közülük négyen még orvosi működést fejtenek ki s 69—81 éve gyakorlóorvosok.

Londonban a közeljövőben bacilliummuseumot nyitnak meg, hol a gyűjteménytárgyakat mikroszkopban és képekben teszik szemléltetővé.

Orvosi Hetilap bekötési táblák ízléses kivitelben az Orvosi Hetilap fél évfolyamának bekötésére kaphatók Mentsik Ferenc könyvkötészetében átvéve (Budapest, IV., Váci-utca 51. Telefon: 84—0—02) P 1.60 és 1.80 áron, postán szállítva P 1.80 és P 2.— áron. Igénylés esetén tessék közvetlenül a címzetthez fordulni.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti tudományegyetemen február 26-án: *Bényi András, Gergely Károly Rezső, Hild László Péter, Horváth Sándor, Kovács Endre, Kövesdi Károly János, Lakatos István László, Marosi István József, Ruck János, Szabó József, Szilvássy Lenke Terézia Krisztina, Veress Klára.* Üdvözljük az új kartársakat!

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Súlyos complicatiókkal együtt járó influenza eseteknél is a *Tofamid* mint antipyreticum kitünően beválik s bizonyos fokig tagadhatatlanul specificus hatást is gyakorol. Különösen kiemelem *vörheny* és *influenza* együttes fellépésénél észlelt gyors hatását, mely a lázas mozgalmak csökkenésén kívül a közérzet prompt javulásában mutatkozott, úgyhogy a kettős fertőzés által erősen megviselt gyermekek néhány Tofamid-adag után frissen eljártszadoztak. Jól táplálkoztak, sőt az egyik esetben jelentkezett myringitis bullosánál, mint kitünő fájdalomcsillapító vált be. Egyébként diphtheria és influenza szövödményeknél jelentkezett középfülgyulladásoknál még a paracentesis után is fennálló, a gyermekek közérzetét és táplálkozási készségét nagymértékben befolyásoló kínzó fájdalmakat előnyösen befolyásolta. Ugyanezen lázellenes és fájdalomcsillapító hatást észleltem az influenzával szövődött légzőszervi megbetegedéseknél, kiemelem a pleuritis siccával együttjáró mellkasi fájdalmak elmaradását s a heveny gége-, légsőhurutnál jelentkező fájdalmas köhögési inger csillapodását. Ezt az előnyös befolyást kanyaronál is észleltem. Magas lázakkal, erős fájdalmakkal, a táplálék majdnem teljes visszautasításával járó hurutos és tüszős mandulalobok Tofamid-adagolásra fényesen reagálnak s mintha e kezelésben részesült eseteknél a szív és ízületek részéről jelentkező szövödmények ritkábban mutatkoznának. *Deutsch dr.*: Gyógyászat 1933. évi 37. sz.

Kimutatás az 1935 január 20–26-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) és haláleseteiről (Mt.)

Törvényhatóságok Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphtheria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis		Morbilli		Influenza		Malaria		Typhus exanth.	
	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna 92.827	3	2	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	58	—	—	—	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog 111.860	3	1	—	—	3	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
3. Baranya 251.131	3	—	1	—	8	2	3	—	—	—	—	—	18	—	—	—	—	—	—	—
4. Békés 334.130	2	1	—	—	8	2	1	—	—	—	—	—	21	1	—	—	—	—	—	—
5. Bihar 179.115	3	1	1	—	6	—	1	—	—	—	—	—	18	—	—	—	—	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont 304.182	9	—	1	—	5	1	6	—	—	—	1	—	40	—	—	—	—	—	1	—
7. Csanád, Arad, Torontál 174.511	3	—	—	—	3	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8. Csongrád 148.191	1	—	—	—	8	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9. Fejér 230.719	7	2	—	—	7	2	3	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony 156.241	3	—	—	—	9	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11. Hajdú 180.159	1	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	17	—	—	—	—	—	—	—
12. Heves 320.921	7	1	—	—	2	—	3	—	—	—	1	—	9	—	—	—	—	—	—	—
13. Jász-Nk.-Szolnok 417.676	6	—	—	—	8	2	8	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—
14. Komárom és Esztergom 181.173	2	1	—	—	4	1	4	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
15. Nógrád és Hont 226.557	1	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-Kk... I 418.317	7	3	1	—	31	1	43	—	—	—	—	—	90	—	—	—	—	—	—	—
17. Somogy 388.775	1	—	—	—	13	—	6	—	—	—	—	—	4	—	—	2	—	—	—	—
18. Sopron 143.235	—	—	—	—	8	—	1	—	—	—	—	—	22	—	—	—	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung 410.116	7	1	—	1	6	2	6	—	1	—	—	—	27	—	—	—	—	—	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg 154.630	2	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
21. Tolna 267.560	1	—	—	—	10	—	21	—	—	—	—	—	121	1	1	—	—	—	—	—
22. Vas 274.227	1	—	—	—	6	1	2	—	—	—	—	—	20	2	—	—	—	—	—	—
23. Veszprém 246.093	2	—	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	29	2	—	—	—	—	—	—
24. Zala 367.564	6	—	1	—	8	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25. Zemplén 148.150	3	3	—	—	3	1	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
I. Baja 29.329	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest 1,027.106	6	2	6	—	59	2	50	—	—	—	—	—	127	1	—	—	—	—	—	—
III. Debrecen 121.326	—	1	—	—	5	—	4	—	—	—	—	—	135	—	—	—	—	—	—	—
IV. Győr 50.844	1	—	—	—	2	—	6	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely 59.825	—	—	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
VI. Kecskemét 80.729	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	40	—	—	—	—	—	—	—
VII. Miskolc 62.597	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—
VIII. Pécs 65.963	—	—	—	—	5	—	5	—	—	—	—	—	51	4	—	—	—	—	—	—
IX. Sopron 36.022	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	46	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged 137.479	2	—	1	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár 41.247	1	—	—	—	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen : 8,840.527	96	20	12	1	252	17	209	—	—	1	2	—	906	22	—	4	—	—	—	—
Előző évben :	67	9	11	3	388	28	364	—	2	1	6	2	281	14	—	1	—	—	—	—

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

Krompecher

ZAMAKO

Rendkívül tápláló, kellemes ízű Zab-maláta tápszer csecsemők mesterséges táplálására

Rendelhető szabadon: Közegyógyászati (O.B.A.), Országos Stefánia Szőveltség, Székesfehérvári alkalmazottak, Tüdőgondozó Intézetek, Keresk Segélyegylet, Bányapénztárak terhére.

Főorvosi engedéllyel: O.T.I., M.A.B.I., MÁV. és Posta terhére. MÁV. terhére üzletvezetőségek útján is kivételhető.

Mintával és irodalommal szívesen szolgálunk.

Krompecher tápszeripari kft. Budapest, V., Nádor-u. 15

Megjelent!

Ujdonság!

Sebészet a szépség szolgálatában

Írta: dr. Érczy Miklós

A plastikai (kozmetikai) sebészet legelső magyar nyelvű ismertetése. 105 képpel, 6 rajzzal. Eggenberger kiadás. Ára: 3.— pengő

Keresünk orvosi propaganda-osztályvezetőt

állandó alkalmazásra. Oly fiatalabb orvos vagy gyógyszerész urak ajánlatát kérjük akik a gyermekgyógyászat irodalmában képzetek, orvosok látogatásával, orvosi propaganda és hirdetések irányításával már foglalkoztak.

Ájánlatokat fizetési igény megjelölésével Gyógyszervegyészeti gyár-jeligére Rudolf Mossehoz Váci-utca 18. kérünk

Pályázat.

A MÁV Betegségi Biztosító Intézete Budapest székhellyel pályázatot hirdet egy a MÁV Betegségi Biztosító Intézete »nagybányai vitéz Horthy Miklós« kórháza és központi rendelőintézetében ideiglenes minőségben betöltésre kerülő bentlakó kórházi alorvosi állásra. A kórházi alorvosi állás havi összes díjazása 135 pengő, teljes ellátás, lakás fűtés és világítás.

Az állás betöltésénél a legalább háromévi közkórházi vagy kétévi klinikai belgyógyászati gyakorlattal rendelkező és belgyógyász-szakorvosi képes.téssel pályázók kérvényei vétetnek csak figyelembe a MÁV B. B. I. »nagybányai vitéz Horthy Miklós« kórházának és központi rendelőjének a m. kir. belügyministerium 240.704/932. XVI. számú rendeletével jóváhagyott szabályzata alapján.

A MÁV Betegségi Biztosító Intézetéhez címzett és a szükséges okmányokkal (születési anyakönyvi kivonat, erkölcsi bizonyítvány, orvosi oklevél, curriculum vitae, orvosi működési és szakorvosi okmányok, viselt állások jövedelmeinek igazolása stb.) felszerelt pályázati kérvényt legkésőbb 1935. évi február hó 11-ének déli 12 órájáig kell a MÁV B. B. I. ügyvezetőségéhez (MÁV Igazgatóság A. I. osztály, Budapest, Andrásy-út 73. fszt 43. sz.) juttatni, ahol a pályázat részletesebb feltételei is megtudhatók. Ugyanitt szerezhető be a benyújtandó curriculum vitae-hez szükséges nyomtatvány is.

Budapest, 1935. évi január hó 25.

MÁV Betegségi Biztosító Intézete.
Hamovszky dr.

MALTOCOL

A beteg légzőszervek kitünő gyógyszere.

Olcso magyar készítmény

Készíti: THALLMAYER ÉS SEITZ R.-T. BUDAPEST

TABLETTAE FERRI PROTOXALATI Dr. DEÉR SINE ET CUM ARSENO

1 szám Pilulae Blaudi = 24 mg Fe
1 „ ferratae = 19 mg Fe
1 „ DEÉR-tabletta = 31 mg FEI

A vasat mint gyorsan felszívódó ferrooxalatot, az arsen a legracionálisabb formában tartalmazza. Adagolása kényelmes. Zavaró mellékhatások hiányzanak.

Kipróbált

Antipyreticum
Antirheumaticum
Analgeticum

LYSALGIN

8 kapszula ára P 1.60
Gyártja:
Arany Kereszt Gyógytár
Budapest, V., Nádor-u. 24

* CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN *

NOVURIT INJECTIO

A MAGYAR HIGANYOS HUGYHAJTÓ

A szervezet vízmentesítésére cardialis oedemáknál, májcirrhosisnál, ízületi gyulladásoknál, chron. thrombophlebitisnél, tüdő- és agyvizenyőnél, nephrosisnál, stb.
1 és 2 cm³-es ampullák



NOVURIT SUPPOSITORIUM

minden olyan esetben, ahol NOVURIT injectiót technikai okból adni nem lehet. Elhízás kezelésére stb.
5 kúpot tartalmazó dobozok



CHINOIN gyógyszer és vegyi termékek gyára r.-t., Ujpest

* CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN *

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal
VIII., Üllői-út 26, II. em. Tel.: 31-1-86

Előfizetések postautalvánvon vagy
csekkklapon küldendők. A feladóvevényt
nyugtául ismerjük el

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele

„Petőfi“ irodalmi vállalat Pesti Alfréd
Budapest, VII., Kertész-utca 16

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

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



ICORAL

m-Oxy-N-aethyl-diaethyl-aminoethyl-aminobenzol — m-Oxyphenylpropanolamin

Újszerű vérkeringési és légzési analeptikum

intramuskuláris, subkután és intravénás alkalmazásra

Gyorsan bekövetkező és hosszantartó hatás, melynek lezajlása után újabb befecskendezés a teljes hatást újból kiváltja

Javallatok: Vérkeringési elégtelenség műtétek alatt és után valamint fertőző betegségeknél. Szénagy-, opiát, világítógáz- és altatószermérgezések. Újszülöttek asphyxiája.

EREDETI CSOMAGOLÁSOK: 5%-os oldat (felnőttek és 1 éven felüli gyermekek részére): dobozok 3 és 25 ampullával à 2 ccm
0.5%-os oldat (csecsemők részére): dobozok 3 és 25 ampullával à 1 ccm



I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen a. Rh.

Magyarországi vezérképviselet: MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU R.-T. Budapest, V., Akadémia-utca 3

ORVOSI HETILAP

Alapította **MARKUSOVSKY LAJOS** 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VÁMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA
POÓR FERENC

GORKA SÁNDOR
REUTER KAMILLÓ

HÜTTL TIVADAR
ÖRSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

TARTALOM:

- Kuncz Andor**: Adatok a lágy szülőcsatorna rendellenességeinek terapiájához. (143—146. oldal)
- Bud György**: Krukenberg-daganat, akne (graviditatis), praeklampisia és gócfertőzés egy nőben. (146—149. oldal)
- Bársony Tivadar és Winkler Katalin**: Paget-kór mint melléklet. (149—150. oldal)
- Csekey László**: A nephrosklerosis paranoid psychosisai. (150—152. oldal)
- Kúnsági (Kamerlór) Antal**: Gégediphtheriát utánzó scarlatnecrosisokról. (152—154. oldal)
- Ipolyi (Ivanich) Ferenc**: Az állcsontöbölgyulladások sebészeti kezelésének javallatai. (154—156. oldal)

- Melléklet**: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (21—24. oldal)
- Fischer Ilona**: A csecsemőkori bőrgenyedések orvoslása. (156—157. oldal)
- Petres József**: Elsődleges szalagalakú szaruhártyahomály. (157—158. oldal)
- Lapszemle**: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészeti. — Urológia. — Szemészet. — Bőrgyógyászat. (158—160. oldal)
- Könyvismertetés** (160—161. oldal).
- Egyesületek ülésjegyzőkönyvei** (162—164. oldal).
- Elekes György**: Orvosok a politika és diplomácia szolgálatában. (164—165. oldal)
- Vegyes hírek** (165—166. és borítólap 3. oldalán).

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Borsod vármegyei Erzsébet közkórház szülészeti-nőgyógyászati osztályának közleménye (főorvos: **Kuncz Andor** c. rk. tanár).

Adatok a lágy szülőcsatorna rendellenességeinek terapiájához.

Irta: *Kuncz Andor dr.* egyetemi c. rk. tanár.

A lágy szülőcsatorna rendellenességei által okozott nagy magzati halálózásra először *Krönig* hívta fel a figyelmet. Azóta állandóan foglalkoztatja ez a kérdés a szakembereket, különösen mióta az idős, először szülők számának szaporodása miatt is mind gyakrabban találkozunk ezekkel a rendellenességekkel.

Alig van a szülészeti rendellenesség, amelyben eredmény szempontjából olyan különbséget látunk a házi és kórházi szülés között. A házi szülészeti szülést legtöbbször a bábák vezetik, akik közül még a jobban képzetteknek sem lehet meg az az ítélőképességük, hogy *idejekorán* felismerjék a sokféle lágyrészhétség okozta szövődeményt s *kellő időben* megfelelő orvosi segítséget hívjanak. Az egyetemes orvosnak sincs legtöbbször olyan szülészeti tudása és rátermettsége, hogy az anya és a magzat szempontjából kedvezően oldja meg a szülést, sőt szakszülészeknek is hiányozhatnak azok a feltételek, melyek intézetben rendelkezésre állanak. Hogy a házi szülészeti szülést a kellő időpontban történő beavatkozást gyakran elmulasztják, észleltük azokban az esetekben, amelyek elkésve kerültek be az intézetünkbe és sajnos, ilyenkor a szülészeti szakkezelés sem hozhatta meg elég gyakran azt az eredményt, amelyet megfelelő észleléssel el lehetett volna érni.

A lágy szülőcsatorna rendellenességei közül leggyakrabban a szülőcsatorna alsó szakaszának merevsége okoz a szülést alatti zavart. A szövetek hiányos fellazulása, a rugalmas rostok megfogyása, a magasabb életkor, főleg először szülőknél, alkati eltérések azok a tényezők, amelyek a szövetek kedvezőtlen tágulását okozzák. Valószínűnek kell

tartanunk, hogy a szöveteknek említett elváltozásai a belső mirigyrendszer bizonyos zavarával is összefüggnek, melynek bizonyítékát látjuk abban, hogy olyan idős, először szülőknél, akiknek a petefészkek működése rendes volt, szülése könnyebben folyt le, mint akiken már korán jelentkeztek belső secretiós zavarok. Hogy a természetes nemi életnek van-e jelentősége itt — már olyan értelemben, hogy azok az idős, először szülők, kik évekig tartó rendes házasság után jutottak teherbe, könnyebben szülnek, mint akik mint virgók, idősebb korban mentek férjhez s jutottak teherbe — valószínűnek tartjuk, de aránylag kevés esetünk alapján ebben a kérdésben még tisztán nem látunk. Még mint szegedi klinikai adjunctus foglalkoztam az életkor jelentőségével az első szülésben. Már akkor felhívtam a figyelmet arra, hogy a szülés elhúzódásából származó másodlagos fájásgyengeség mennyire nem befolyásolható fájáskeltő eljárásokkal, illetve gyógyszerekkel. A testileg-lelkileg kimerült szülőnél elveszti bizalmát, nem hallgat a biztató szóra, a még jelenlevő erejét sem tudja felhasználni a kitöltési szakban, elég gyakran a magzat életveszedelemre fejlődik ki és a nehéz fogamútékkal megszületett magzatok jelentékeny százaléka ha nem is a szülés alatt, de a szülés utáni napokban agyvérzés, illetve tüdőgyulladás miatt elpusztul.

A szülés elhúzódása folytán jelentkező kimerülés következményei miatt meg kell gondolnunk, hogy jogosult-e még ép burok esetén is magára hagyni a tágulási szakot s 2—3 napig tartó vajúdas esetleges veszélyeinek kitenni a szülőnőt. Nem vesztjük-e el ezzel a kedvező időszakot, amikor még a szülőnél nem fáradt és a szülőfájások is jobban befolyásolhatók. Bár kétségtelen az, hogy álló burok mellett közvetlen veszedelem sem az anyát, sem a magzatot nem fenyegeti, mivel azonban a testi és lelki kimerülés okozta zavarok az elhúzódó tágulási szak miatt következnek be, így közvetve ez is egyik oka lesz a később támadó magzati s anyai veszedelemnek. Fokozottabb mértékben látjuk a tágulási szak elhúzódásának veszélyeit akkor, ha idő előtt vagy korán reped a burok, amit a méh alsó szakaszának merevségében gyakrabban fogunk észlelni. Ezek a sokszor előre látható veszélyek és az elhanyagolt szülések szomorú

következményei — különösen a magzatokra nézve — eredményezték azt, hogy a tágulási szakban fokozottabb aktivitás lett jogosult. *Véleményünk szerint az aktivitásnak arra kell irányulnia, hogy elkerülendő a szülő nő kifáradását, még jó szülőtevékenység mellett hátrítsuk el az akadályt az útból s a merev szövetek tágításával legyünk segítségére a még jól dolgozó szülőerőknek.* Annak megítélése, hogy a tágulási szak kedvezően halad-e a fájások minőségének, számának észlelésén s a belső vizsgálati lelet alapján történhetik. Minden rendellenesen kezdődő szülésben már a tágulási szak elején tanácsosnak tartjuk a belső vizsgálatot. Csak belső vizsgálattal dönthetjük el azt, hogy a méh alsó szakasza elég tágulékony-e, hogy az előző szülőtevékenységnek volt-e kellő eredménye. A belső vizsgálatra a szülés folyamán esetleg többször szükség lehet, ártalmas következményeit ennek nem láttuk. A végbéli vizsgálat a lágy szülőcsatorna rendellenességeiben sohasem adhat olyan pontos tájékoztatást, mint a belső vizsgálat, azért ilyen esetekben nem szoktuk alkalmazni. Ha a vizsgálat azt deríti ki, hogy a lágy szülőcsatorna alsó szakasza nehezen tágul, avagy határozottan merev, ne várjuk meg, míg a szülőerők a túlságos nehéz, sokszor hiábavaló munkában kimerülnek, hanem döntsünk arról, hogy a szövetek merevségének leküzdésére mely eljárást alkalmazzuk. A tompa tágító eljárások közül a metreuryssis és az ujjal, illetve kézzel való tágítás kerülhet szóba. *Véleményünk szerint a metreuryssis magasan álló, előlfekvő résznél lehet eredményes, bárha a merevség nagyobb fokú, utólag véres tágításra is szükség lehet.* Ha a fejet kifejtett nyakcsatorna mellett csak a merev külső méhszáj tartja vissza, *már három ujjnyi méhszáj mellett is indokoltnak tartjuk a méhszáj bemetszését.* Eseteink legnagyobb %-ában az incisio után pár órával a szülés jelentős haladását észleltük, a kitolás megindult és vagy magától vagy episiotomia+expressióval, vagy könnyű fogóműtéttel a szülés szerencsésen fejeződött be. A méhszájbemetszés, ha még jó szülőtevékenység mellett történik, testileg-lelkileg friss szülő nőn, lehetővé teszi a fej mélyebbre szállását, ha szükségessé válik is a fogóműtét, az legfeljebb üregi, de legtöbbször kimeneti lesz csak s így a magzatra és anyára veszélyes magas fogót elkerülhetjük. A fájáskeltő szerek, illetve eljárások is eredményesebbek lesznek, mert a szülőerők még nincsenek kimerülve, a méh reagálóképessége megvan, a magzat is kevésbé viselődik meg, a magzat feje a merev méh alsó szakasz nyomása alól felszabadul, agnyomás és agyvérzés okozta megbetegedést alig észlelünk. *Fogóműteteinkben sem vártuk meg legtöbbször, hogy a magzati szívhangok rosszabbodása kényszerítsen a műtetre, hanem ha a fájások gyengültek, a fájáskeltők nem használtak, elvégeztük azokat.* Az episiotomiát is elvégeztük már akkor, mikor megállapítva a gát merevségét, a fej még csak mutatkozott, azáltal is kíméltük a szülőerőket és megrövidítettük a kitolást. Császármetszéseket azokban az esetekben végeztünk, ahol már a szülés elején elsősleges fájásgyengeség volt, a magzat nagy volt és a szülők feltétlenül élő gyermeket óhajtottak.

Statistikánk három és 1/4 év lágyrész rendellenességeit szemlélteti főleg abból a szempontból, hogy hány esetben kellett műtéttel beavatkoznunk.

Szülések (kora és érett) száma 1931. január hó 1-től 1934. évi április hó 1-ig.....2163
30 éven aluli I. P..... 788

Spontán szülés .. 597	} Ebből a lágy szülőcsatorna rendellenességei miatt végzett műtétek száma .. 147 az összműtétek .. 76.9%-a
Műtétes szülés .. 191	

Tágulási szakban :

Méhszájincisio 5

Kitolási szakban :

Episiotomia+expressio	106	
Fogó	27	3.4%
Evisceratio	1	
Perforatio	9	
Extractio	4	
Farhorog és evisceratio.....	1	
Anyai mortalitas	0	
Elhalt magzatok száma	12	
(11 intézetben kívül, 1 belül halt el (hydramnion)		
30 éven felüli I. P.....	93	

Spontán szülés .. 41	} Ebből a lágy szülőcsatorna rendellenességei miatt végzett műtétek száma .. 50 az összműtétek .. 96.1%-a
Műtétes szülés .. 52	

Tágulási szakban :

Méhszájincisio 8

Kitolási szakban :

Episiotomia (15-nél expressio is).....	21
Fogó	12 12.9%
Lábraford. extractio	2
Sectio caesarea	6
Perforatio	3
Anyai mortalitas	0
Magzatok mind intézetben kívül haltak el, összesen	8.

Multipara..... 1382.

Spontán szülés 1247	} Ebből a lágy szülőcsatorna rendellenességei miatt végzett műtétek száma .. 15 az összműtétek .. 11.1%-a
Műtétes szülés 135	

Kitolási szakban :

Episiotomia	12
Fogó	2
Sectio caesarea	2
Perforatio	1
Anyai mortalitas.....	0
Elhalt magzat intézetben kívül	1

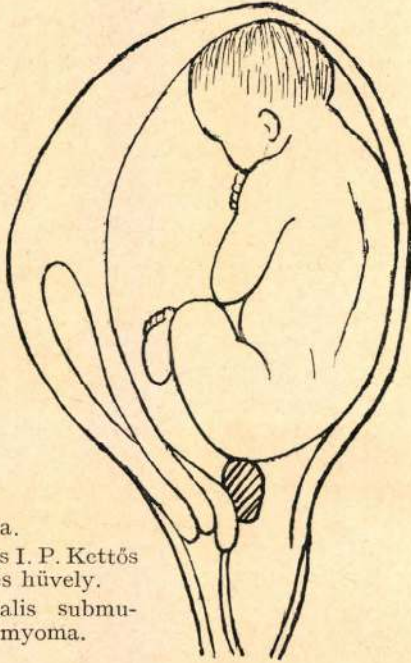
Megállapítható tehát, hogy az összes kora és érett szüléseinkből 9.8 %-ban kellett a lágy szülőcsatorna rendellenességei miatt műtéttel befejezni a szülést. 30 éven aluli, először szülőknél a műtétek 76.9 %-t, 30 éven felüli, először szülőknél 96.1 %-t, többször szülőknél 11.1 %-t lágyrész rendellenesség miatt végeztük.

Eredményeink jók, amiben, mint előbb kifejtettük, főszerepet annak tulajdonítunk, hogy még jó szülőtevékenység mellett elhárítottuk a szülőerők útjából az akadályt és így azok munkája eredményes lehetett. Anyai halálozásunk nem volt, a magzati halálozás is intézetben belül észlelt eseteinkben csak 0.4 % volt.

A lágy szülőcsatorna daganatai 2 esetünkben akadályozták meg a szülés természetes lefolyását.

I. eset. 46 éves, I. para, akin már a terhesség alatt megállapítottuk, hogy kettős hüvelye és portiója van, terhessége a bal méhürben fejlődik. Mint szülő nő jelentkezik osztályunkon, elfolyt magzatvizzel. Külső vizsgálatnál I. farfekvést állapítottunk meg. Belső vizsgálati lelet: Külső méhszáj két ujjnyira kitágult, nyakcsatorna kifejlődőben, felső részében jobboldalt nagy tojásnyi széles alapon ülő, kemény, síma felszínű daganat érezhető, melyet cervicalis submucosus myoma göbnek tartunk. Bár a daganatot hüvelyi úton el tudnánk távolítani s így jó szülőfájások mellett esetleg önkéntes szülés is lehetséges volna, azonban primaer fájásgyengeség van jelen, a daganat kihámóztatása után támadó vérzés csillapítása valószínűleg csak a daganat agyának elvarrásával volna lehetséges, mikor is a benn levő fonalak a méhnyak további tágulását valószínűleg gátolnák,

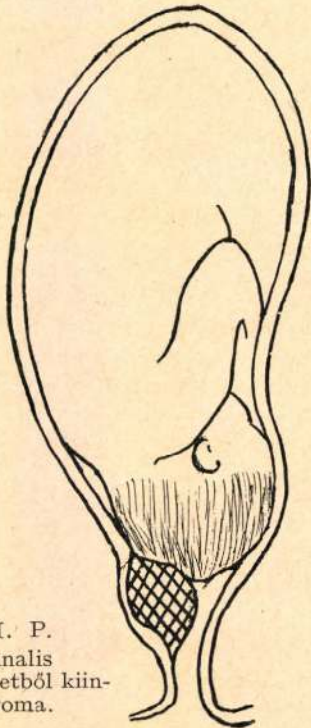
tekintettel az először szülő magas korára (46 éves), leg-helyesebb megoldásnak a császármetszést tartjuk. Tekintettel arra, hogy a peteür asepsise megbízhatatlan, már előre azzal a tervvel fogunk neki a műtétnek, hogy a méhet kigördítjük, a hasüreget elszigeteljük s corporalis metszéssel távolítjuk el a magzatot, majd a méhet csonkoljuk s a daganatot eltávolítjuk. A műtétet az elmondott terv szerint végeztük el, a petefészkek visszahagyásával. A magzat élő,



1. ábra.
46 éves I. P. Kettős
méh és hüvely.
Cervicalis submu-
cosus myoma.

érett 3750 gr fiú. A gyermekágy zavartalanul folyik le és a szülés után két héttel az anya is, magzata is egészségesen távozik.

2. eset. 31 éves, harmadszor szülő, miskolci lakos. Előző szülései természetesen folytak le. 16 órás vajúadás után

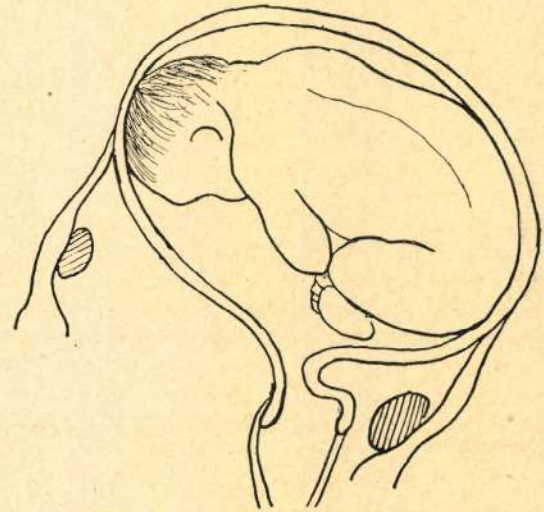


2. ábra.
31 é. III. P.
Paravaginalis
kötőszövetből kiin-
duló fibroma.

kitolási szakban kerül osztályunkra. A kitolás már órák hosszat tart, a fej is egy óra óta mutatkozik. Többször kapott *glanduitrint*, kinyomással is kísérleteztek. Külső vizsgálat: a méh tetaniás összehúzódásban, passiv szakasz

maximalisan kinyúlt, a lig. rotundumok erősen feszülnek, fenyegető méhruptura tünetei. Belső vizsgálatkor kiderül, hogy a fejképvésben levő magzat megszületését a paravaginalis kötőszövetben jobboldalt elhelyezkedő, a medence kimenethez közel fekvő kis ökölyi, kemény fibroma tapintatú képlet akadályozta. Tekintettel arra, hogy a magzat szívhangjai alig hallhatók, a szülőnőre nézve a fenyegető méhruptura közvetlen életveszedelmet jelent, perforatióval fejezzük be a szülést. A gyermekágy zavartalanul folyik le, műtétet ajánlunk, de egyelőre nem egyezik bele a műtétbe. Az eset érdekessége és talán szomorú volta az, hogy a szülés alatt két szakorvos is megjelent a szülőnőnél és egyik sem ismerte fel a daganatot, mely a magzat megszületését a rendes szülőutakon megakadályozta.

3. esetünk, melyet a szülés alatt mint intraligamentás elhelyezkedésű myoma okozta szülési rendellenességet vetünk fel. 33 éves, hetedszer szülő (4 rendes, 2 vetelés) egy gyermeke él. A beteg elmondja, hogy két évvel ezelőtt méh- és petefészkekgyulladás miatt hetekig lázas volt. Külső vizsg.: a méh tonusos összehúzódásban, emiatt a tapintás nehezített, fájásszünetben is megmarad a méhfal feszes-



3. ábra. 33 é. VII. P. A méhnek idült adnexum megbetege-
des által okozott fixált laterosinistro flexiója.

sege. Feltűnő, hogy a méh harántirányban szélesebb, mint hosszirányban és balra dőlt, homályosan a méhfenekben jobbra kitérve érezhető a fej, szívhangok a köldök felett baloldalt. Belső vizsgálatkor a méhnyak két ujjnyira tárgult. Baloldalt és hátul a belső méhszáj felé beugrik egy síma felszínű izomtapintatú képlet, mely szorosan összefügg a baloldali méhfallal. A vizsgálat egész kézzel történik. Jobboldal felé megkerülve a leírt képletet, bejuthatunk a peteürbe, ahol magasan láb érezhető, vizsgálat közben sűrűn meconiumos magzatvíz ürül, de a magzat szívhangjai jók. Mivel a szülés nem halad, szabályosan ismétlődő fájások nincsenek, a magzat él, a sectio caesareat tartjuk javaltnak mind a magzat, mind az anya érdekében, melyet az előző esetenél elmondott terv szerint óhajtunk végrehajtani. Műtét: az omentum a méhtestre ránőtt, baloldalt a sigmára, a méh balra hajolva rögzített azáltal, hogy a baloldali adnexum szívócsan lenőtt a lig. latum hátsó lemezéhez, a Douglas hashártyájához és a sigmához. A műtétet az összenövés nagyon megnehezítik. Részint tompán, részint élesen oldjuk az összenövéseket és így sikerül a méhet a hasfal elé kibuktatni. A hasüreg elszigetelése után corporalis metszéssel eltávolítjuk az élő, érett livid asphixiában levő fiúmagzatot (3600 gr). A lepény eltávolítása után a méhfalból és a lepény leválási helyéről erősebb vérzés van, mely az uterus csonkolása után szűnik. Baloldali adnexumot összenövéséből kiszabadítva, utólag távolítjuk el, a csonkot peritonisáljuk és az összenövés helyét elvarrjuk. A műtét

után megvizsgálva az eltávolított méhet, nem találtunk myomás gócot és így elgondolásunk szerint a belső méhszáj fölé baloldaltól beugró síma falú képlet a kétrét hajolt isthmus fal volt, amely a méhtest latero sinistro flexioja folytán jött létre. A két évvel ezelőtt lezajlott adnexum gyulladás és pelveoperitonitis következményeképpen ez az elváltozás okozta, hogy a méh inkább harántirányban tágult, mivel a baloldali méhfalrészlet csak korlátozott mértékben vehetett részt a tágulásban. Annak ellenére, hogy elég súlyos adnexum betegség volt jelen, a terhesség mégis kiviselődött, de a szülés a természetes szülőúton már nem fejeződhetett be és szükségessé vált az elmondott beavatkozás. A gyermekágy rendesen folyt le, az anya és gyermeke két hét múlva egészségesen távozott osztályunkról. *A rendelkezésre álló irodalomban hasonló esetet nem olvastam.*

4. eset. A hüvelyboltozat heges elzáródását is volt alkalmam egy esetben észlelni. Szülónő 9 órai vajúdás után kerül intézetünkbe. Orvos szállítja be, mivel belső vizsgálattal méhszáját nem tudott tapintani, dacára a jó szülőfájásoknak, a szülés nem haladt. Külső vizsgálattal kinyúlt passiv szakaszt találunk, a magzat fejkévében van, szívhangok jók. Belső vizsgálat: a hüvelyboltozat hegesen szűkült, sem portiót, sem méhszáját tapintani nem lehet, feltáráskor sebzondával átjárható nyílást sikerül felfedeznünk a heges boltozat alsó részében. Tekintettel arra, hogy a hüvelyi úton való megoldás súlyos sérülések árán volna csak lehetséges, a császármetszést tartjuk legkedvezőbbnek mind az anya, mind a magzat szempontjából. Tekintve azt, hogy többször vizsgálták a szülónőt s a magzatvíz régen elfolyt, a gyermekágyi folyás levezetése nem biztosított, amputatio supravag. végzünk az ovariumok visszahagyása után. A magzat jól fejlett, 4110 gr. Két hét múlva anya és magzata egészségesen távoznak. Valószínűnek kell tartanunk, hogy a két év előtt lezajlott súlyos typhus abd. okozta a hüvely necrotikus gyulladását és heges szűkületét, u. i. a typhusa előtt három szülése teljesen simán folyt le, gyermekágyai is rendesek voltak.

Összefoglalás. I. Minden elhúzódó tágulási szakban, ahol a külső vizsgálat rendes magzati fekvési viszonyokat állapított meg, de a szülés haladása — a jó szülésfájások ellenére — nem észlelhető, javallt a belső vizsgálat annak eldöntésére, hogy nem a lány szülőcsatorna rendellenessége okozza-e a szülés elhúzódását.

2. Ha ezt megállapítottuk, döntsük el még jó szülőtevékenység esetén, hogy legyőzhetik-e szülőerők az akadályt vagy beavatkozásra van szükség. (Tágulásban metreurysis, méhszajincisio, esetleg császármetszés, kitolásban episiot. és expr. fogóműtét.)

3. Ha testileg és lelkileg friss a szülónő s a lány szülőcsatorna rendellenessége okozta akadály idejekorán elhárítható, a jól dolgozó méh munkája eredményes lesz, a szülések mind az anyára, mind a magzatra nézve kedvezően fognak lefolyni.

4. Az intézeti szülések eredményei azért jobbak, mert a szülés levezetése állandó szakszerű észlelés mellett történik. A szükséges beavatkozásokat helyes javallat alapján gyakorolt szakemberek végzik.

Budapest székesfőváros Szent Margit-kórháza szülő- és nőbetegosztályának közleménye (főorvos: Bud György.)

Krukenberg-daganat, akne (graviditatis), praeeklampsia és gócfertőzés egy nőben.

Irta: Bud György dr.

P. S. 18. é. I. P. (300/930—1933/1934 szül. sz.) 1933 XII. hó 12-én jelentkezik a terhes-rendelésünkön és előadja, hogy első mensesét 14 éves korában kapta meg, azóta négyhétenként jelentkezik, hat napig tart, görcsökkel, bő mennyiségben. U. M. 1933 VIII. hó 23-án (állítólag 1933 augusztusban közö-

sült először). Amióta terhes, sokat hány és szédül. A négyhónapos terhesség mellett egy solid daganatot tapintunk. Vizelet: neg. Complement kötési reactio: neg. Műtét céljából az osztályra felvesszük. A beteg mellkasi szervei épek, oedemái nincsenek. Arca kissé duzzadt. A hasban a terhes méhen kívül egy kétökölnyi tömött daganatot találunk, amely veséalakú, jól mozgatható, a terhes méh felett helyezkedik el. A méh jobbra dől és hossz tengelye körül csavarodott. Ez a solid daganat petefészekeredete mellett szól, ami kocsánycsavarodás révén a méh helyzetét megváltoztatta. Műtétkor a jobb petefészekből kiinduló, kocsánya körül csavarodott, feltételünknek megfelelő daganatot találunk, a hasüri szervekben elváltozást nem látunk, ascites nincs. A baloldali petefészek teljesen épek látszik. A műtét alkalmával felvetődik a kérdés, hogy vajjon milyen természetű daganattal állunk szemben (sarcoma, carcinoma, Krukenberg-tumor?). Fagyasztott metszet technikai okokból nem készülhetvén, a fenti körülmények között jobboldali salpingo-oophorectomiára határoztuk el magunkat, a terhesség megtartása mellett, azzal az elhatározással, hogy a histológiai lelet alapján és a terhességi ellenőrzés kapcsán az esetleges radicalis műtétet későbbben is elvégezhetjük. A belgyógyászati lelet és a gyomorbel-röntgen negatívnak bizonyult. A histológiai vizsgálat (prof. Minnich) a daganatot adenomának tartja, de sajátságos hámburjánzás miatt a malignitas lehetőségére is felhívja a figyelmet. Kéthetenkénti terhesellenőrzésre rendeljük, de csak 1934 III. hó 12-én jelentkezik, amikor is terhességének hetedik hónapjában, szabadnak látszó méhkörnyezettel, nephropathia és oedema miatt osztályunkra ismét felvesszük. Vizeletében a fehérje 2.8‰, onty, cukor negatív. Üledékében néhány leukocyta, elvétve néhány vörösvérsejt és itt-ott hyalin és szemcsés cylinderek. Vérnyomás: 130/110.

Mielőtt az osztályunkon szokásos gócvizsgálat leleteit közölném, részletesen fogom ismertetni a beteg kórelőzményét. Intelligens édesanyja elmondja, hogy 16 gyermeket szült, negy-ízben vetélt. Két férje volt. Az elsőől öt gyermeke született — a szóbanforgó beteg első férjétől való. Az öt gyermekből három korán elhalt bélhurutban és görcsökben. A beteg egyetlen leánytestvére él és egészséges. A beteg apja harctéren esett el, állítólag gyomor- és gégebabban szenvedett. Ez a beteg leánya 1915-ben, tehát a háborúban született. Jól fejlett gyermek volt, a szülés rendes lefolyású. A háború miatt egyedül lévén, dolgoznia kellett, a gyermeket mesterségesen táplálta. Kétéves korában ú. n. «rizlit» kapott és igen gyöngé volt. Öt éves koráig nem tudott járni, sovány volt, hasa is megnőtt és hasmenésben szenvedett. Állítólag egész testét hosszabb ideig szőrzet fedte és sokat köhögött. 15—16 éves korában fülzúgásban és fülfolyásban kezdett szenvedni. Fülbetegsége miatt néhány év előtt kórházba került, majd egy másik kórházban több ízben operálták. Orbáncan és sokizületi gyulladással is átesett.

Átírtunk azokba a kórházi osztályokba, ahol a beteget kezelték és a következő választ kaptuk: 1932 IX. hó 6-tól 27-ig a pesti izraelita hitközség kórházában feküdt otitis media chronica acut exacerbatio diagnossal. 1932 X. hó 3-tól 1932 X. hó 21-ig az OTI központi kórházának fül- és gégeosztályán ápolatott. Dg.: otitis media chr. suppurativa bilateralis, tonsillitis chr. 1932 X. 14-én kétoldali radicalis trepanatio. Zavartalan gyógyulás a műtéttől számítve öt héten át. Öt hét után, 1932 XI. 20-án rázóhideg (T.: 41.1°) erysipelas. Áttétel a Szent László-kórházba. Ugyanitt a jobb, majd a bal arcfélre is áttérjedő orbáncot állapítanak meg, amely lassanként gyógyul és XI. 30-án kibocsátják. 1932 XII. 9-én az újpesti gyermekkórházban fekszik polyarthritits rheumatica diagnossal. Betegsége heves izületi fájdalmakkal, hidegrázással, magas lázzal kezdődött. Az alsó és felső végtag nagy és kis izületei duzzadtak, vörösen elszíneződtek, nyomásra fájdalmasak. Active mozgatni nem tudja, passiv mozgás igen fájdalmas. Temperatúrája 39° körül. 1932 XII. hó 21-én kibocsátják.

Közöljük a terhessége alatt oedemái és nephropathiája miatt általunk végzett ú. n. gócvizsgálatokat: I. Belgyógyászati physikai lelet: negatív. II. Orr-torokgyógyászati lelet: Tonsillitis chr. rhynopharyngolaringitis chr. Defectus membr. tym. I. s. Status post op. rad. I. u. III. Koponyaröntgenlelet: Ormmelléküregek szabadok. IV. Fogröntgenlelet: Bal felső 6. tályog. V. Mellkasröntgenlelet: Jól jelezhető, síma, domború rekeszek, hylusokban a rendesnél terjedtebb, vaskosabb néhány köteg, melyek közt kettő-három mintegy borsónyi, éles határu, szabályos alakú, de elég halvány góccárnyék látható, a jobb alsó interlobaris vonal kifejezetten megvastagodott. (Szébeny. f. o.) VI. Pirquetreactio: 24 óra mulva ++, 48 óra mulva +++, 72 óra mulva +++ positiv. VII. Vérvizsgálati lelet: Vv. 3.600.000 Fv. 9600. Véréjszüllyedés: 35' alatt. Haemoglobin 72 ‰. VIII. Hüvelyi urethralis és cervicalis váladék: negatív.

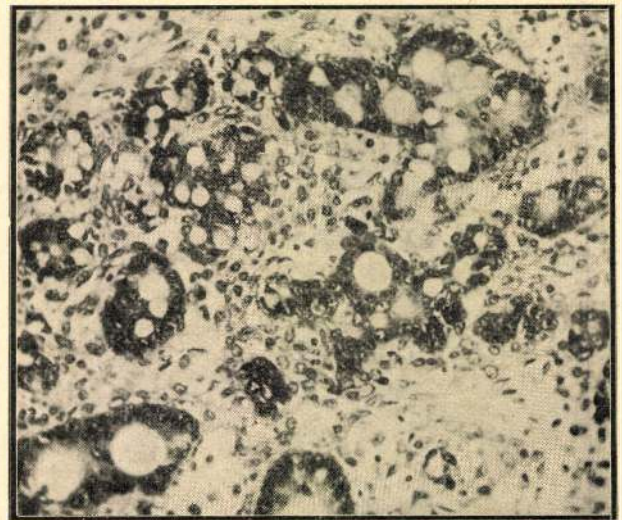
Habár tudatában voltunk annak, hogy a góccok kiirtásával, kezelésével, a góccok természete és az idő rövidsége miatt a terhességi toxicosist illetőleg lényeges eredményre nem számíthatunk, továbbá tudatában voltunk annak is, hogy a rosszindulatú daganat esetleges recidívája is zavarólag hathat, mégis a javulás és a magzat minél jobb és életképesebb fejlődése reményében, góckiirtásokra határoztuk magunkat. (Természetesen megfelelő diéta kezelés mellett.) 1934 IV. hó 7-én tonsillectomia (végzi: Réthy dr.) A tonsillectomia után teljesen láztalan, fülei türethetetlenül fájnak és ugyanekkor igen erős fülfolyás keletkezik. A tonsillectomia előtt végzett vizeletfehérje vizsgálatánál túrós csapadékot nyertünk, tonsillectomia után a vizelet fehérjemennyisége lényegesen csökkent. A pulzus szám 70—80 között mozog. Amint a fülfolyás erősödik, szinte ugyanolyan mértékben, ugrásszerűen emelkedik a vizelet fehérjemennyisége 4, 6, majd 12⁰/₁₀₀-re. A vérnyomás is állandó emelkedő tendenciát mutat, 185/120 Hg mm-ig is emelkedik, vérlebcátásra némi csökkenést mutat. Kiadós diuresis, teljes láztalanság. Már a tonsillectomia előtt a hátat és mellet teljesen ellepték aknés pustulák és papulák. Az arcbőr duzzadt és hámlik.

Amint a beteg fülfolyása, fejfájdalmi enyhülnek, olyan mértékben csökken a fehérje mennyisége is, úgyhogy ez 12⁰/₁₀₀-ról 3⁰/₁₀₀-re esik. Teljes láztalanság mellett magzatmozgást érez, fülét, fejét ismét fájlalni kezdi, a jobb térdben fájdalmakat érez, vizeletében a fehérje a tonsillectomia után hatodik napon ismét 6⁰/₁₀₀-re emelkedik. Vérnyomás 140/115 Hg mm. A vérnyomás lassan fokozódik, a tonsillectomia utáni 17. napon fejfájás, nyugtalanság, vérnyomás 210/140 Hg mm. 400 cm³ vért bocsátunk le, mire az állapot teljes láztalanság mellett javul. A tonsillectomia utáni 20. napon typosus praeeklampsziás állapot (magas vérnyomás, nyugtalanság, stb.) miatt a terhesség nyolcadik hónapjában, elsősorban az anya érdekében, hossz tengelyes, transperitonealis cervicalis császármetasztést végzünk és 2270 gr súlyú, 46 cm hosszú, 32 cm fejkerületű, élő, kora fiúmagzatot hozunk a világra. A műtétnél kitűnik, hogy a bal petefészek tojásnyi, solid tumorra változott át, amely magasan a méh mögött helyezkedett el, úgyhogy külső és belső vizsgálattal ezt nem ismerhettük fel. A hasban kb. félliternyi asciteses folyadék van, a hasfali peritoneumon lencsényi, gombostüfejnyi göbök láthatók, a vékonybél peritoneumán hasonló képletek, valamint a cseplesen is. A jobb oldali adnexotomia helyén is göbös lenövések vannak. Ezen lelet miatt a radicalis műtéttől elállunk, a bal oldali daganatot eltávolítjuk, a méhet elvarrjuk és a hasat zárjuk. A praeeklampsziás állapot szűnik. A gyermekágy lefolyása, néhány lázas naptól eltekintve, rendes, a hasseb pp. gyógyul, az oedemák és az aknes papulák és pustulák lassanként eltűnnek, a vizelet fehérjemennyisége is fokozatosan csökken, de véglegesen meg nem szűnik. Per p. gyógyult hassebbel, jól involvált uterussal, amelynek környezetében göbös áttétek tapinthatók, tesszük át a belgyógyászati osztályra; sugaras kezelést kap. Az újszülött a harmadik napon icterusos lesz. Eredeti súlyával a 26. napon egy itteni menhelybe áttéve. Kétoldali otitis medián esik át, paracanthesis. Jelenleg héthónapos, súlya 4500 gr. rachitikus.

Esetünkben tehát gyermekkori és terhességelotti súlyos betegségek, műtétek után, kétoldali rosszindulatú petefészekdaganat, a terhesség, akne, nephropathia és praeeklampsia kombinálódik egy 18 éves nőben. Ha még hozzávesszük az általunk végzett gócvizsgálatokat, akkor egy sajátságosan érdekes esettel állunk szemben.

Az eltávolított két petefészekdaganat közül a nagyobbik, jobboldali vesecakú, felülete mérsékelten dudoros és egyharmadában szálagos összenövésekkel borított. Mérete 18×8×7 cm. A képlet solid, benne üreges járatokat seholsem találunk, metszészlapja egynemű, sárgásfehérszínű, a daganat állománya

az ujj nyomása alatt nem törik, szívós. A kisebbik tojásnyi képlet 8×6×5 cm átmérőjű. A daganat felülete enyhén dudoros, állománya tömött. Átmetszete az előző daganattal teljesen azonos képet mutat. Górcső alatt mindkét daganat azonos szöveti szerkezettel bír. A külfelületet borító kötőszövetes tok vékony, hyalinosan elfajult. Az alapszövet közepes sejtdúságú, számos helyen szívósan átívódott kötőszövetből áll. Bármely részletét vizsgáljuk a daganatnak, a szöveti szerkezet mindenütt egyforma. A kötőszövetbe ágyazott mirigyjáratok elég változatos képet mutatnak. Helyenként a mirigynyílásokat a gyomorbelcsatorna hámjához hasonló egyrétegű, magas hengerhám béleli. Egyes helyeken a hám többsorosává válik. Vannak nyílások, hol a plasmában képződött üregek kehelysejtekhez teszik hasonlóvá a hámbéls regressiv elváltozást mutató egyes sejt elemeit. E szabályos mirigynyílásokban a sejtek között kifejezettebb, nagyság- és festődésszerű különbséget alig találunk, csupán az atypusos magoszlások nagy száma szól rosszindulatúság mellett. Másutt a hámsejtek kisebb, 1—2 sorból álló járatokat képezve, szabálytalan összevisszaságban nőnek át az alapállományt. E részben üreges, részben tömör járatok hámelemei lényegesebb eltérést mutatnak a nagyobb nyílásokat bélelő, szabályos hengerhámsejtektől. A sejtek és a sejtmagok széles alakú és nagyságbeli eltérést mutatnak. A plasmahatárok mind elmosdottabbakká válnak. A hám- és kötőszöveti sejtelemek között mind kevesebb lesz az eltérés. A regressiv és nyákos elfajulást mutató sejtekben kisebb-nagyobb üregek képződnek, az üregek helyenként olyan fokot érnek el, hogy a széli rész felé nyomott és összepréselt sejtmag egész pecsétgyűrűszerű alakot vesz fel. (1. ábra.) Az így képződött sejtek helyenként csoportokat alkotnak, másutt teljesen szétszóródnak az alapszövetben.



A Krukenberg-daganat szöveti képe pecsétgyűrűszerű sejtekkel.

A histologiai vizsgálat (v. Szathmáry Z.) Krukenberg-tumor typosus képét adja. Krukenberg a nevével elnevezett daganatot 1895-ben írta le, fibrosarkoma ovarii mucocellulare (carcinomatodes) néven. A daganat formal-genesisét és általában a daganatra vonatkozó részleteket illetőleg utalunk az idevonatkozó irodalomra. Ma már carcinomának tartják és habár egyesek le is írtak primär ovarialis Krukenberg-tumort, mégis általában legtöbbször a gyomorból, de más szervekből is származó, áttételes, rendszeren kétoldali carcinomás daganatnak kell tartanunk. Prognosisuk még radicalis műtétek esetén is rossz (lásd: A. Mayer, Halban—Seitz).

Krukenberg-daganatot terhességgel kapcsolatban M. Turolt, továbbá H. H. Schmid, méhen kívüli terhességgel pedig E. Goldberger írtak le. Ezenkívül M. Turolt említi Burdinsky esetét is. A mi esetünkben a terhesség alatt jobboldali petefészekdaganat miatt végzett műtétnél a baloldali petefészeket makroszkoposan teljesen épnek találtuk. Hogy az első műtétnél betöltött négyhónapos terhesség mellett eltávolított kétökölyi, jobboldali daganat a ter-

hesség alatt fejlődött-e ki, avagy a terhesség előtt már fejlődőben volt, époly kevésbé tudjuk eldönteni klinikai vizsgálataink alapján, mint azt, hogy melyik szervben volt a primár daganat. Tekintve azonban a terhesség alatt gyorsan növekvő másik, baloldali petefészekdaganatot, feltételezhetjük, hogy a jobboldali, először operált daganat is a terhesség alatt indult gyors fejlődésnek. Még csak annyit szeretnénk megjegyezni, hogy a *Turott* által leírt esetben a koraszülött magzat a harmadik napon elhalt; a boncolás peritonitist állapított meg, ami egy nekrotikus vékonybélből származott. Előidéző okul penetráló fekélyt vettek fel. A mi esetünkben a császármetszéssel világra hozott koraszülött icteruson és később otitis medián esett át. Jelenleg angolkóros. Fontosnak tartjuk e körülmények hangsúlyozását, mert az ú. n. gócos fertőzéseit illetőleg mi azt hisszük, hogy ezek hatása a petemellékrészre és a petére is kiterjed. Távol áll tőlünk, hogy a *Krukenberg*-tumor és a beteg előzetes betegségei, gócfertőzése és terhessége között okozati összefüggést állapítsunk meg. Az összefüggéseket azonban *kizárni sem tudjuk és ebben az irányban figyelniünk kell. A gócos szerepe a gyomorból betegségeiben, az ulcusok keletkezésében úgylátszik jelentős. Hogy az ulcuson keresztül a primár carcinoma és ezen keresztül az állételes Krukenberg-tumor milyen összefüggésbe hozható a gócfertőzéssel, azt a jövő fogja megmutatni.*

Miként már jeleztük, a beteg a terhesség alatt annak hetedik hónapjában, egész mellkasát ellepő aknés papulák és pustulák jelentkeztek. Azelőtt bőrbaja nem volt. A nephropathiával párosult bőrbajt szintén az ú. n. terhességi toxicosisok közé kellene soroznunk. Az akne keletkezésében a gócnak van döntő szerepük (v. *Kémeri*). Mi góckiirtással súlyos terhességi ekzemat és fehérjevizelést szüntetünk meg. Kételkednünk tehát nem lehet, hogy jelen esetben a terhesség előhívta a góccal együttesen (kimutatott pyogengócok, Pirquet +++ stb.) az aknés papulákat és pustulákat. A terhesség megszakadásával az aknéskiütések is eltűntek, úgy hisszük azonban, hogy ha a defocalisatiót a terhesség alatt gyökeresen keresztülvihetjük, a bőrbetegség megszűnt volna.

A nephropathia és a praeeklampsia mint súlyos, ú. n. terhességi toxicosisok mindezeideig egy sajátos, a terhesség termelte méregben, mint kórokozóban lelték magyarázatukat. Mi az ú. n. terhességi toxicosisokat illető álláspontunkat már másutt ismertettük. Ezen álláspontunknak megfelelően a gócos kiirtásába, illetőleg kezelésébe kezdünk, de reményünk, a pyogen és tbc-s gócos gyógyítására a gócos természete és az idő rövidsége miatt alig lehetett. A fehérjevizelésnek tonsilectomia utáni átmeneti csökkenése majd úgylátszik fellobbanások miatt — fülfolys, ízületi panaszok, tbc-gócok izgalma — a fehérjemennyiség megszaporodása, a vérnyomás emelkedése, a praeeklampsias állapot, szülészeti műtetre kényszerített az anya és a magzat érdekében; másszóval nem volt időnk a még meglévő pyogen- és tbc-gócokat kiirtani, illetőleg szanálni, hanem kénytelenek voltunk a régi tapasztalatok alapján a megterhelést megszüntetni.

A gócos körülírt gyulladásos folyamatok, tályogok, infiltratumok stb. alakjában a testben a legkülönbözőbb helyeken előfordulhatnak. Látszólag ártatlan elváltozások, mert a legtöbbször helyileg panaszokat nem okoznak, távolhatásaiknak és együtthatásaiknak kutatása azonban szerintünk a mai orvostudomány legjelentősebb feladata. A nézetek hatásuk módjára vonatkozólag eltérnek. Klinikai szempontból a gócos kimutatása és azok eltávolításával elért gyógyeredmények az irányadók. Míg a kísérleti orvostudomány a hatásmódjukat tisztázza, addig is szükséges a jelenségeket magyarázni, csoportosítani. Kétségtelen az, hogy következtetéseinket nem tudjuk mindig tényekkel alátámasztani, de ne felejtsük el azt, hogy a betegségek kóroktanában sok feltevés, következtetéssel találkozunk.

Ha a betegségek okának kutatásában már meglévő betegségekből indulunk ki, az természettudományi szempontból mindenestre indokolt.

A terhesség élettana és kórlettana közé éles határt vonni alig lehet. Ha az ú. n. terhességi toxicosisokat nézzük, azt látjuk, hogy pl. a fokozataiban is különböző bőrelenségeket ugyanazon mértékkel mérjük, mint amivel pl. az eklampsiát is. *Nem a baj súlyosságát, hanem annak lényegét értjük ezalatt.* Még nehezebbé teszi a kérdést az, hogy a terhességnek, illetőleg feltételezett sajátos mérgeének, hol gyulladásos, hol meg degeneratív hatásokat tulajdonítanak. A retinitis albuminurica, vagy az ekzema graviditatis kórbonctani képe a gyulladás fogalmát meríti ki. A nephropathia gravidarum viszont degeneratív jellegű. Tehát ugyanaz a hatóanyag (legújában a hypophysis hormonról állítják!) hol gyulladás, hol degeneratív folyamat, hol mindkettő egyidejű, vagy egymásutáni, vagy külön-külön előidézője volna. Ez magyarázza azt, hogy a klinikus megfélekedett arról, miszerint a kórboncolás tételei alapján gyógyítson. Unitárius felfogását igazolta az a körülmény, hogy a terhesség megszakadtával, a legsúlyosabb gyulladásos jellegű kórfolyamatok éppúgy gyógyultak, mint a degeneratívak. Nagyon zavarólag hatott azonban az, hogy a terhesség megszakadása nem vezetett mindig eredményre, sőt akár a késői gyermekágyban is súlyos, ú. n. toxicosisok, pl. eklampsiák is jelentkezhetnek.

Amikor az ú. n. terhességi toxicosisok kérdéséről boncolgatjuk, azt látjuk, hogy a szaktudomány határain messze túlemelkedő kérdéskomplexumról van szó. Nemcsak azért, mert minden orvostudományi szak betegségei sorakoznak fel ezekben, hanem főképpen azért, mert a *terhesség olyan élettani kísérlet, amelyhez foghatót nem ismerünk. A terhesség hol itt, hol ott hívja elő a betegségeket, fellobbantja, átalakítja, de el is nyomja őket.* A terhesség alatt súlyos bőrbajok, asztmák stb. jelentkezhetnek, máskor ugyanazon betegségek véglegesen, vagy a terhesség tartamára gyógyulnak. Azt kellene hinnünk, hogy a terhesség »mérge« hol gyógyít, hol meg betegé tesz.

Az úgynevezett határtudományok kihasználása régi célja az orvostudománynak. *Úgy érezzük, hogy kihasználásuk most válik valóvá, amikor azt kutatjuk (közös nevezőt keresünk!), hogyan lehetséges az, hogy a terhességgel kapcsolatban éppúgy látunk ekzemat, mint azon kívül és férfiakon is, — chorionepitheliomat nem szült nőkben, kislányokban, sőt férfibetegekben is. Itt már azonban a daganatképződés kényes kérdését érintjük. Vajjon a terhesség arra is képes volna, hogy a már meglévő betegségeket daganat formájában vetítse vissza, illetőleg ezekkel együtt daganatképződéseket indítson meg, vagy segítsen lényegesen elő?*

Mert ismerünk daganatokat és daganatszerű képleteket, amelyek a terhességgel sajátos kapcsolatú mutatnak. Utalunk a terhesség alatt jelentkező és azután olykor eltűnő epulisokra, a bőrnek terhesség alatt jelentkező és akár vissza is fejlődő daganatszerű képződésére (fibroma molluscum), a molához és chorion-epitheliomához nem egyszer társuló daganatszerű képletekre, az olykor tetemes nagyságot elérő és a terhesség megszűntével sokszor visszafejlődő lutein cystákra! Sajátságos, hogy ezek a daganatszerű és daganatos képződmények (pl. a lepény daganatos képletei is) igen gyakran ú. n. terhességi toxicosisokhoz társulnak.

Amikor az ú. n. terhességi toxicosisok keletkezésében azt kutatjuk, hogy a pyogen- és tbc-s gócnak milyen szerepük van (lásd: v. *Bud*: Monatschr. f. Geb. und Gyn. 1934. 97. 285) és góckiirtások révén bizonyos gyógyeredményeket érünk el (lásd: v. *Bud*: Ztbl. f. Gyn. 1934. 44. 2619), akkor tulajdonképpen *összetett gócelmélet álláspontjára helyezkedünk.* A góckérdés történetébe, jele- nébe és részleteibe nem óhajtok belebocsátkozni. Addig is,

míg a kérdést nagyobb tanulmány keretében az irodalmi adatok teljes ismertetése mellett fogom taglalni, utalok *vitéz Kémeri és Pässler* dolgozataira. (v. *Kémeri*: *Dermat. Wschr.* 1930. 43. 1587. és 44. 1615.; *H. Pässler*: *Münch. Med. Wschr.* 1931. 39. 1644. és 1931. 45. 1895.). Bizonyos az, hogy a gókok metastasisos, septicus hatásaiakon kívül allergiát is fenntarthatnak? Úgy látszik, hogy a legkisebb góc hatását is komolyan kell mérlegelnünk. Hivatkozom arra a hasonlatomra, amelyben a kis gókok hatásával párhuzamba állítottam a pár napos terhességnek a hatását, amely a hormonvilág áthangolásával már pozitív terhességi reakcióra vezet. A klinikai észlelések annak felvételére kényszerítettek, hogy a terhesség a gókokat hol bekapcsolni, hol megkikapcsolni képes. Azzal is tisztában kell lennünk, hogy a gókok hatása terhes állapotban azáltal is közömbössé válhat, hogy a nő szervezetének a terhesség dacára is elég erő áll rendelkezésére ezek lekötésére.

A kérdés tehát az, hogy a terhesség és a gókok együttesen mikor, mit tudnak előidézni. Lényeges az is, hogy a szervek intrauterin és extrauterin életben lezajlott betegségei, valamint a terhesség alatt szerzett betegségek miképpen hatnak a gókok és terhesség együttes játékának idejére, módjára és színhelyére. Figyelembe kell vennünk azt is, hogy a terhesség a magzat- és petemellkrészek megszületésével nem ér véget, tehát a gyermekágyban jelentkező bajokra is a fenti szempontok érvényesek lehetnek.

Irodalom: 1. *M. Turolt*: *Zbl. f. Gyn.* 1923. 1836. — 2. *H. H. Schmid*: *Archiv f. Gyn.* Band 117/922. 418. — 3. *E. Goldberger*: *Zbl. f. Gyn.* 1928. 294. — 4. *v. Bud*: *Monatschr. f. Geb. und Gyn.* 1934. 97. 285. — 5. *v. Bud*: *Zbl. f. Gyn.* 1934. 44. 2619. — 6. *v. Kémeri*: *Dermat. Wochenschr.* 1930. 43. 1587 és 44. 1615. — 7. *Pässler*: *Münch. Med. Wochenschr.* 1931. 39. 1644. és 1931. 45. 1895. *Bud*; *O.H.* 1934. 19. sz. — *E. Püppel*: *Zbl. Gynäk.* 1933. 49. — *O. Frankl*: *Zbl. Gynäk.* 1933. 788. — *P. Esau*; *Zbl. Gynäk.* 1933. 1167.

A Pesti Izraelita Hitközség Kórházai központi Röntgenintézetének közleménye (vezető főorvos: Bársony Tivadar).

Paget-kor mint melléklelet.

Irták: *Bársony Tivadar dr.* és *Winkler Katalin dr.*

Az »ostitis deformans Paget« gyakoribb, mint azt a legutóbbi időkig hittük. Az újabb irodalom adatai közül csak *Hallermann* kórbonctani statisztikájára utalunk (*Schmorl* intézetéből), mely szerint 650 boncolás közül 2,75%-ban szerepelt ostitis deformans.

Hallermann adataiból az is kiviláglik, hogy súlyos és terjedelmes folyamatokban is megtörténik, hogy ez a csont-elváltozás panaszokat nem okoz.

Hasonló tapasztalatra jutottunk mi is röntgenvizsgálataink alapján. Több ízben találtunk *Paget*-kórra utaló elváltozásokat olyan betegeinken, akiket más okból küldtek röntgenvizsgálatra, s akiknek ostitis deformansuk panaszokat nem okozott. Több ilyen esetünk közül csak kettőt szeretnénk egész röviden ismertetni:

33 éves nő. Acut mellkasi panaszai miatt kérték a tüdő röntgenvizsgálatát. Már az átvizsgáláskor feltűnt, hogy jobb kulcsontja tömör. Jobb kulcsontja az époldalhoz viszonyítva csaknem kétszeresére vastagodott s szerkezete főleg az acromiális végén durván rostos, tömör, tehát az ostitis deformans hyperostotikus-sclerotikus alakjára emlékeztet. Utólag megtudtuk, hogy már évek óta észrevette kulcsontjának megvastagodását, minthogy azonban ez panaszt nem okozott, nem fordult miatta orvoshoz.

Másik betegünk 63 éves nő. 20 évvel ezelőtt ruhapróbáláskor szabónője vette észre, hogy *bal* kulcsontja vastagabb. Azóta ez változatlanul vastag. Fájdalmi ezen a helyen sohasem voltak, ezért orvossal nem is vizsgáltatta magát. *Jobb* vállizületi panaszai miatt küldték hozzánk röntgenvizsgálatra.

A *jobb* vállövről készült felvételen a humerus kiskokú foltos atrophiján kívül feltűnt, hogy az acromion és a processus coracoideus vaskos, csaknem egyneműen tömör. A *bal* kulcsontról készült képeken a kulcsont erősen condens, a csontrajzolat helyenként éppen csakhogy sejtethető, a csont csaknem kétszer olyan vastag, mint a másik oldali, alakja egészen deformált, sokkal erősebb görbületet mutat, mint rendszeren. Ez különösen a lordosisban történt vizsgálatnál derült ki. A csontrendszer átvizsgálása más csontokon hasonló elváltozást nem mutatott. A pagetes elváltozott csontok nem voltak érzékenyek. A jobb váll fájdalmasságát subcut arthrosisa megmagyarázta. Megfelelő kezelésre panaszai javultak.

E két beteg panaszokat nem okozó pagetes elváltozásával kapcsolatosan felmerül az a kérdés, van-e jelentősége annak, hogy *Paget*-kór előfordulhat véletlen mellékleletként. Mi jelentőséget tulajdonítunk ennek és szükségesnek tartjuk eseteink és a belőlük levonható tanulságok ismertetését.

Jelentősége van ennek gyakorlatilag és elméletileg is.

A mindennapos gyakorlat szempontjából az a legfontosabb kérdés, hogy ha véletlenül — mellékleletként — pagetes elváltozást találunk, mely a betegnek semmilyen panaszt nem okoz, kell-e a beteget emiatt kezelni. A fenti két eset egyikében sem okozott a pagetes elváltozás panaszokat. Az első esetben a beteg kulcsontja meg volt vastagodva, de nem volt kórosan elgörbülve, a második esetben a kulcsont igen nagy fokban torzult is, physiologiás görbületei jelentékenyen fokozódtak. A nem kezelt kulcsont tehát idővel elgörbülhet, mindenek szerint statikai-dinamikai megterhelés következtében. Nyilvánvaló, hogy ezt igyekezni kellene megakadályozni »megfelelő« kezeléssel. De van-e megfelelő kezelésünk? Erre a kérdésre határozott választ adni nem tudunk. Úgy látszik, egyes esetekben a röntgenkezelés, különösen elég nagy adagokban adva, előnyös. Hogy csak a fájdalmakat szünteti-e meg, vagy megállítja magát a folyamatot is, azt ma még megállapítani nem tudjuk. Egyéb eredményes kezeléssel egyelőre nem rendelkezünk. Majd ha kiderül, hogy a röntgenkezelés megállítja a folyamatot, vagy ha más kezelés bizonyul eredményesnek, akkor különösen azokban az esetekben lesz a még panaszmentes *Paget*-kór orvoslása szükséges, melyekben statikailag-dinamikailag erősebben terhelt csontokról van szó. Ilyen erősebben terhelt csontok például a csigolyák. És — legalább eddigi ismereteink alapján — úgy látszik, hogy éppen a csigolyákon igen gyakori a pagetes elváltozás. *Hallermann* 70 boncolt pagetes esetéből 90%-ban, *M. Cohen* és *Roberts* klinikailag észlelt *Paget*-kóros eseteiből 50%-ban talált elváltozást a csigolyákon és a sacrumon.

Hogy az ilyen erősebben terhelt pagetes csontokon nemcsak torzulás jön létre, hanem hogy az elváltozás később panaszokat is okozhat, azt a következő esettel példázzuk:

53 éves férfi. Régi gyomorpanaszai miatt 1929-ben röntgen-átvilágítás történt: feltűnt, hogy az első ágyékcsgolya tömör és szélesebb. A beteget kikérdeztük, de erre vonatkozó panaszai nem voltak. 2 év múlva kisebbfokú ágyéki panaszai miatt újabb röntgenvizsgálatra került. Ekkor a röntgenfelvételek az első ágyékcsgolya típusos pagetes elváltozását mutatták. Ez a csigolya lelapult, szélesebb, csontrajzolata durva-rostos és a csigolya-Pagetre jellemző keretformát (*Rahmenform-Schmorl*) mutatott. A folyamat nemcsak a testre korlátozódott, hanem ráterjedt az ívre és annak nyúlványaira is. Különösen jellegzetes a harántnyúlvány elváltozása. A tövisnyúlvány vaskosabb a rendesnél. A csigolya tehát teljes egészében betegedett meg. A porckorong kórosát nem mutatott. A beteget gondosan és ismételten átvizsgálva többi csontján elváltozás nem volt kimutatható. A *Paget*-kór monostotikus maradt. 4 éven keresztül ismételten készült felvételeken a csontfolyamat röntgenológailag nem változott. Kiderült, hogy a beteg 4 évvel az első röntgenfelvételek előtt lecsett az ablakpárkányról és akkor egy-két hónapig voltak panaszai, melyek azonban teljesen megszűntek. Deréktáji panaszai 4 évvel a trauma után jelentkeztek. Ezután történt az első röntgenfelvétel. Amennyire megítélhető, ez megegyezett a 2 évvel előbbi átvilágítás leletével. A bőrön át jól tapintható a megvastagodott processus spinosus. Egyéb eltérés ki nem mutatható, a gerinc működése szabad, fájdalomtalan.

Második esetünkben a kulcsont eltorzulása, harmadikban a csigolya deformálódásán kívül az utólag előálló panaszok a korai kezelés szüksége mellett szólnak. Jobb híján egyelőre csak a röntgenbesugárzásokra vagyunk utalva. Harmadik esetünkben négy év leforgása alatt négy sorozat röntgenbesugárzás történt. Ezek után a panaszok rövidebb-hosszabb ideig szüneteltek. A röntgenlelet nem rosszabbodott. Hogy ez a röntgenbesugárzás hatásának tulajdonítható-e, azt ma még biztosan megállapítani nem tudjuk. Lehet, hogy magától is megállott volna a torzulás. Sok tapasztalatra van még szükségünk, hogy ezen a téren tiszta képet kapjunk.

Elméletileg több kérdés merül fel a mellékleteként talált *Paget*-kórral kapcsolatosan. Ezekre ugyancsak a további tapasztalatok hivatottak feleletet adni.

Elsősorban szóba kerül a *Paget*-kór *gyakoriságának* megállapítása. Bizonyos, hogy az *ostitis deformans Paget* sokkal gyakoribb, mint azt a klinikai vizsgálatok eddig mutatták. Klinikai vizsgálatok alapján — legalább is az esetek túlnyomó számában — a *diagnosta* eddig csak akkor állapították meg, ha a betegség már panaszokat okozott, pedig, mint ismertettünk eseteink bizonyítják, hosszú ideig — 2. számú betegünk esetében pl. két évtizedig is — fennállhat a *pagetes* elváltozás anélkül, hogy panaszokat okozna. Innen származik a feltűnően nagy ellentét a *Paget*-kórra vonatkozó klinikai és kórbonctani statisztikák között. Mert míg a kórbonctaniok egy része — pl. a *Schmorl*-intézet — minden boncolásra kerülő esetet gondosan feldolgoz, tehát minden *pagetes* elváltozást megtalál, addig a klinikus az esetek túlnyomó számában csak azokon a betegein észleli, akiknek *ostitis deformans* panaszokat okoz. Hasonlítsuk csak össze *Schmorl*, illetőleg *Hallermann* kórbonctani és az amerikai szerzők klinikai statisztikáját! *Schmorl*—*Hallermann* 1926-ig 650 boncolt esetben, mint már fentebb említettük 2.75 %-ban, 1932-ig 4603 boncolásból már 138 esetben, tehát 3 %-ban talált *Paget*-kórt, ezzel szemben *Hurwitz* (*Johns-Hopkins Hospital*) 30.000 beteg közül három ízben, *Carman* és *Carrick* (*Mayo klinika*) 6 év alatt 237.000 betegen 15 ízben, *Da Costa* és *Funk* (*Jefferson Hospital*) 38.000 betegen 13 ízben, *Cutler* (*Massachusetts General Hospital*) 12 év alatt 285.000 járó betegen 7 ízben észlelt *Paget*-kórt. Ám a mai kórbonctani statisztikák sem lehetnek mérvadók, mert az elhalt betegeknek csak egy része kerül boncolásra és akkor is csak ritkán dolgozzák fel a csontozatot olyan rendszeresen, mint pl. a *Schmorl*-intézetben. Csak olyan kórbonctani vizsgálatok értékelhetők majd, melyekben az egész csontrendszert gondosan feldolgozzák. Hogy ez mennyire jogos követelmény, az *Hallermann* közleményéből derül ki, aki hangsúlyozza, hogy nem ritkán a csigolyák súlyos *pagetes* elváltozása is csak a csont átfűrészelése után volt megállapítható! A radiológiai, ill. a klinikai statisztika csak úgy lehetne mértékadó, ha nagy csoportokon rendszeres csontvizsgálatokat végeznének.

Újra vizsgálatra szorul az a kérdés is, milyen életkorban kezdődik a *Paget*-kór. Mai ismereteink szerint az *ostitis deformans* az öregkor betegsége. A klinikusok általában a 40 évet jelölik meg a jelentkezés idejének. *Hallermann* kórbonctani statisztikája szerint 50 éven felül már 4 %-ban fordul elő. Mindezek a megállapítások azonban csak az észlelés és nem a keletkezés idejére vonatkoznak. A boncolás adataiból természetesen nem világlik ki, hogy a beteg mikor jelentkeztek a *Paget*-kór első elváltozásai. A klinikai vizsgálat adatai sem mértékadók, mert a *Paget*-kór éveig fennállhat anélkül, hogy panaszokat okozna. Sem a mellékleteként talált, sem a már panaszt okozó *Paget*-kórról nem tudjuk megállapítani, hogy mikor kezdődött.

Felülvizsgálatra szorul majd a *sarkomás elfajulás* kérdése is. Az irodalom meglehetősen egybehangzóan elég gyakori szövődménynek tartja és kb. 2 %-ban állapítja meg

a *sarkomás* elfajulás számarányát. A szerzők egyrésze a *Paget*-kórt *praesarkomás* állapotnak tartja. A mi felfogásunk az, hogy ha majd a rendszeres vizsgálatok során magát a *Paget*-kórt gyakrabban fogjuk kórismézni, akkor ennek megfelelően a *sarkomás* szövődmények száma kisebb arányszám felé tolódik el.

Még két megoldásra váró kérdést szeretnénk röviden illetni. Egyik a korai *diagnózis* kérdése. Mellékleteinkben a lehető legkorábbi kórjelzést értük el, azt az időt, mikor a beteg még panaszmentes volt, mégis az elváltozást röntgenologiai előrehaladott szakban találtuk. Kór megállapításunk csak klinikai tekintetben volt korai, kórtani szempontból nem. Korai kór megállapítást csak nagyobb csoportok rendszeres röntgenologiai átvizsgálásával érhetnénk el.

A másik kérdés az, hogy a *Paget*-kór előbb-utóbb minden esetben okoz-e panaszokat és ha igen, keletkezése után mennyi idővel. Erre a kérdésre sem tudunk ma még végleges választ adni. Úgy látszik, a *Paget*-kór keletkezése idején legtöbbször nem okoz panaszokat s előrehaladott esetekben sem mindig. Lehetséges, hogy a panaszok kiváltásában szerepe van a statikai-dinamikai túlterhelésnek, ill. az ezzel járó csonttorzulásnak.

Az a fenti megállapításunk, hogy a *Paget*-kór gyakran fordul elő mellékleteként, nem új. Az irodalom gondos átnézésekor több hasonló adatot találtunk. Ezek szintén monotonikus vagy kevés csontra terjedő esetek voltak. *Campbell*, *Roberts* és *Cohen*, *Coldwell*, *Gold*, *Bachmann* már kiemelik, hogy a *Paget*-kór gyakran észlelhető mellékleteként. Ez megerősít minket abban, hogy e mellékleteknek fontosságot tulajdonítsunk és felvessük a fenti kérdések újra vizsgálatának szükségességét.

Irodalom. *Speiser Felix*: Archiv f. klin. Chir. 149, 274. 1928. — *Hurwitz*, *Carman* és *Carrick*, *Da Costa*, *Funk*, *Cutler* idézve: *Hazel*, *van Willard* és *E. Andrews* munkájából: Zentralblatt für Radiologie 1928. 241. — *Hallermann*, *W.*: Fortschritte. Röntg. 40. 999. 1929. — *Campbell*: Münch. Med. Woch. 1927. 71. — *Roberts* és *M. Cohen*: idézve: Zentralblatt f. Rad. 1926. I. 195. — *Coldwell*: idézve: Zentralblatt f. Rad. 1926. I. 195. — *Schmorl-Jungmans*: Die gesunde u. kranke Wirbelsäule. 1932. — *Gold*: Die Chirurgie d. Wirbelsäule. Enke Verlag 1933.

Az Erzsébet Tudomány Egyetem ideg- és elmeklinikájának közleménye (igazgató: Reuter Camillo nyilv. r. tanár).

A nephrosklerosis paranoid psychosisai.

Irta: Csekey László dr. klinikai tanársegéd.

Mióta *Korányi* és *Volhardt* a vesebajokat elméleti és gyakorlati szempontból újból rendszerezte, azóta a vesebajok idegrendszeri tünetei is jobban áttekinthetők. *Lichtwitz* a vesebajok folyamán jelentkező összes idegrendszeri mérgezéses tüneteket még *uraemiának* nevezi; *Volhardt* ezt a csoportot is kettéosztja és valódi *uraemiának* mondja a veseműködés elégtelensége folytán visszatartott anyagcseremaradványok okozta idegrendszeri tüneteket, ál (pseudo) *uraemiának* hívja az agyvelő keringési zavaraiából származó *chronicus* tüneteket, megkülönböztetve ezektől a heveny eklampsiás (pseudo) *uraemiát*. Az *uraemia* felsorolt fajtái közül a nephrosklerosisal kapcsolatos idült pseudouramia szolgáltatja a legtarkább idegrendszeri tüneteket, ugyanitt fordulnak elő legnagyobb számban és legtöbbször a kóros psychés jelenségek, valamint a psychosik is. Itt a kóros psychés tünetek ugyanazon egyénen is a legváltozatosabb csoportosulásban és a legkülönbözőbb sorrendben mutatkozhatnak s közöttük az elmebajok symptomatológiájának összes csoportjai egyszer egyik, máskor másik taggal képviselhetetik magukat. A kórformák

közül leggyakrabban az amentia, a pseudodementiás alak s a paranoid psychosisek előfordulási lehetőségét kell megemlítenünk.

Az elmeorvos örvend, ha valamely elmebajról kiderítheti annak tüneti voltát s ezzel is megkisebbiti a gyógyítással nehezen hozzáférhető autochton elmebajok sorozatát. Így vagyunk a paranoia csoporttal is, melynek nagy részét tudvalevőleg endogen okokból támadó betegségek teszik, mi pedig most arra akarunk rámutatni, hogy a nephrosklerosisban kapcsolatos határozott paranoid psychosisek is keletkezhetnek másodlagos módon. *Kluge* a paranoiairól szóló összefoglaló munkájában már felsorolja a spirochaetosis, érelmeszesedés, exogen mérgek (szesz, dohány, kokain) okozta secundaer paranoid phasisokat, mint a tüneti paranoid állapotok képviselőit. *Lange* elismeri, hogy organikus agyvelőváltozás még nem paranoid characterszínezetű egyénekben is olyan állapotokat teremthet, melyekből paranoiás folyamat fejlődhet ki. *Cramer* is megemlíti, hogy vonatkoztatásuk jelentkezhettek a szervi agyvelőbajok kezdetén. *Reichardt* tankönyvében pedig azt írja, hogy a pseudouraeamiát kísérő kóros elmejelenségek között paranoid képek is jelentkezhettek. *Ewald* megfigyelte, hogy az uraemiát kísérő tudatzavarok néha annyira háttérbe szorulhatnak az érzékcsalódások mellett, hogy azok jó tájékozottsággal járó anxiosus-hallucinatorikus vagy paranoid-hallucinatorikus állapotokban rendszereződhetnek. Így tehát ismeretes a nephrosklerosisban kapcsolatos paranoid állapotok tüneti lehetősége, de a paranoiás elmebajok casuistikájának számomra hozzáférhető irodalmában csak két olyan esetet tudtam találni, mely megfigyeléseinkkel hasonlóságot mutat. Az egyik *Menninger* 46 éves nőbetege, ki uraemiás állapottal kapcsolatban gyorsan kifejlődő paranoid psychosison ment keresztül, a másik *Lange* 37 éves férfibetege, kinek acut paranoid psychosisa szintén uraemiás állapotra volt visszavezethető.

Klinikánk 2400 kórtörténetét átkutatva, csak négy olyan határozott paranoid psychosist tudtunk találni, melynek eredete tisztán nephrosklerosisban volt magyarázható. Igaz, hogy a kórházi elmeorvos csak azokat a hosszabb ideig tartó súlyosabb formákat látja, melyekben a kóros tünetek miatt a beteg köz- vagy önvészélyessé válik, mert ezen elmebaj klinikai eredete és aránylagos jóindulatúsága a kezelőorvost arra ösztökéli, hogy a betegséggel otthon bírkózzék meg. Betegeink is csak rövidebb ideig állottak klinikai megfigyelés alatt, további sorsukat már otthon kísérhettük csak figyelemmel. Igen fontosnak tartjuk kórházi szempontjából is, hogy a paranoia-csoport többi tagjától eltérően, kiemeljük a magas vérnyomás és a nephrosklerosis egyéb tüneteinek kíséretében megjelenő paranoid psychosisek kedvezőbb lefolyását. Nagy gondnal kutattuk betegeink öröklési viszonyait; ahol lehetséges volt, vizsgálatainkat az utódokra is kiterjesztettük. Pontos előzményi adatok felvételével mérlegeltük betegeink betegségelőtti jellemzőségeit, érzelmi életét, hogy így is elkülönítsük azokat a schizopreniás paranoid állapotoktól, a maniás-depressziós formakörtől s a paranoia-csoport többi alakjától. Így véltük kizárhatónak egyrészt a nephrosklerosis és más paranoid elmebaj egyszerű időbeli találkozását, másrészt a paranoid személyiség elmebajt színész lehetőségét. Az ismertett paranoid psychosisek, *Kluge* paranoia beosztását véve alapul, nem a betegségfejlődések vagy a betegség folyamatok csoportjába tartoznak, nem is tünetpraeformációk vagy imitációk, hanem betegségphasisek, hol a rendszeres paranoid téveseszmeképződés mintegy kívülről szervül a teljesen idegen testi megbetegedésbe (vesebaj) és a praemorbid személyiség szerepe is teljesen alárendelt. Három esetünkben már az elmebaj jelentkezése előtt belorvos állapította meg a nephrosklerosist, egy esetben (III.) a psychosise idejében csak magas vérnyomás mutatkozott,

a nephrosklerosis többi jellemző tünete csak később bontakozott ki. Az I. és IV. beteg anyja nagy vérnyomással járó vesebaj következtében halt meg, a III. beteg nephrosklerosisát fiatal korban szerzett lues előzte meg. *Korányi* hívja fel arra a figyelmünket, hogy a vesebajra való készség öröklött tulajdonság is lehet, a lues pedig elősegítheti a nephrosklerosis kifejlődését.

I. 42 éves nő, hentes felesége, két év óta kezelik nephrosklerosis miatt. Egy hete azt hangoztatja, hogy férje és orvosai ételét, levegőjét megmérgezik, gyermekei ujságot csempésznek be hozzá, melyet férje róla szerkeszt. Öngyilkossággal fenyegetőzése miatt a klinikára felvesszük (1926 VIII. 1.). Elmondja, hogy férje vele szemben megváltozott, ismerőseivel »megkritizáltatja« őt, házasságlevelüket meghamisította, az évszámot kivakarta és kijavította. Nem eszik; fél a mérgezett ételtől. 14 nap alatt annyira javul, hogy hazabocsátjuk. Otthon hat hónapig jól van, volt betegségeit belátja, férjével jól él, mint háziasszony tevékenykedik.

1927 I. 23-án hirtelen bizalmatlan lesz, keveset beszél, nem foglalkozik. Férje bocsátotta ki a pengőpénzt, hogy ezzel is lehetlenné tegye őt s ne tudjon eligazodni a pénzben. Férje a paplan alá bujva neveti ki, ő rendezti a mozi és a színházat is, ezért játszanak helytelen darabokat. I. 27-én felvesszük. Hangulata nyomott, nem eszik. Kérdéseinkre nem szívesen válaszol: »hagyjuk őt békében, nem beteg, férje megint csúfságot tett vele«. Panaszolja, hogy férje és gyermekei elrhetetlenül durvák, levegőjét, ágját megmérgezik, hogy ő elkábultjon s ürügyük legyen veszekedésre. Férje egyik könyvéből azt olvasta, hogy börtönbe fog jutni. Egy másik könyvből az volt: »Egy szegény bolondot hypnotizáltak s ezáltal éjjel is kellett dolgoznia s így adták tudtára, hogy már 20 éve örült.« Nem szó szerint olvasta, csak ezt lehetett belőle kiérteni. Férje a könyvekkel tudtára akarja adni, hogy hütlenségére gyanakszik. Orvosa egyszer katheterizálta, ezt senkinek sem mondta, férje mégis tudott róla. A klinika udvarára nem mer kimenni: fél, hogy elviszik. A behozott étel nem fogadja el, látogatás után feje fáj, mert férje mérget szórt rá. II. 8-tól kezdve beszédes, kézimunkázik. Ugy gondolja, hogy vesebaja a fejére ment. Hozzátartozói mostanában barátságosabbak. Jókedvű. II. 13-án hazamegy. Másnap már férjét okozza kábultsága miatt. A klinika egyik segédjével figyelteti. A klinikán különféle mérgeket itattak vele, hogy kipróbálják, milyen mérgeket kapott otthon. Három nap múlva újból felvesszük. Bizalmatlan, behozatala miatt tiltakozik. Betegtsárai gyanúsán foglalkoznak vele, figyelik, jeleket adnak róla. Ápolónője egyik betegnek szent Antal-szobrot ad, ez különös, mert férje is Antal. Négy hét múlva ismét javul, belátja azt, hogy sokat összegondolt, de valami azért volt a dologban. Ugy látja, hogy férje megbánta a viselkedését, bár az is lehet, hogy természete változott meg. III. 12-én hazamegy.

Majdnem két és fél évig otthon jól érezte magát. Pár napja ismét haragszik férjére, ki embereket, kocsikat, autót jár az ablak előtt, hogy őt figyeljék. 1932 VIII. 22-én felvesszük, három hét múlva annyira javul, hogy ismét hazamegy. 1933 augusztusában súlyos agyvérzést kapott. Baloldali hemiplegiával most is él.

II. 42 éves hajadon, ny. postatisztviselő. Hiányos öltözetben járkált a Dunaparton, a rendőrnek azt mondta, hogy öngyilkos akar lenni, az életet nem érdemli meg, mert gyermekkorában egy játszótársának leharapta az ujját s most nagy bűnéért bűnhődnie kell. Pár napra rá hideg vízzel telt kádba feküdt, hogy így menjen tönkre. 3 hét múlva a belklinikára viszik, hol csak három napig maradhat zavart viselkedése miatt. 1928 IV. 23-án a klinikára felvesszük. Kiderül, hogy nephrosklerosis miatt több éve belorvos kezeli. Felvétele után három hétig típusos desorientált ködös állapot. V. 15. Értelmesen beszél, a megelőző négy hétre csak homályosan emlékszik. Panaszolja, hogy egyik betegsársa cselédnek tartja. Kéri, hogy igazoljuk egyik nagybátyjával, ki miniszteri tisztviselő és a postafőigazgatóval. Egyik ápolónő kétségbevonata, hogy ő vesebajos. Később leverten panaszolja, hogy neki rossz multja van, mert felületes volt a levelezésben, akkor is evett, ha nem volt rendes széklete. Lehet, hogy leány létere áldott állapotban volt, biztosan ezt nem állítja, de az ellenkezőjét sem tudná bizonyítani. Nem mondja, hogy itt rossz indulattal vannak irányában, de megérdemelné. Élő halott, mert nincs vére, nincs élet benne. Többiben több napig tartó ködös állapotba jut. A ködös állapot két alkalommal epileptiformis görcsös rohammal végződik, utána feltisztul, élénkebb. Panaszolja, hogy strychnint csempésznek ételébe, észrevette, hogy ápolónője a fürdővizébe is szór papirosból mérget. 1929 I. 31-én hazabocsátjuk, téves eszméket nem hangoztat, jól érzi magát.

1930 VI. 17-én felvételét kéri, bár tudja, hogy baja gyógyíthatatlan, de reméli, hogy könnyítünk rajta. Mindent ki-

fogásol, ételei rosszak, diétáján örökösen változtatni akar, ételeit későn hozzák. Szomszédait kifogásolja, betegársai hullaszagúak, undorodik tőlük, egyik betegársára hirtelen megszólította, ezzel is megrövidítette hátralévő életét. Ápolónője rendszeresen vágta le a körmét, a fürdőben úgy bánnak vele, mint csecsemővel szokás. Nem reggel, este akar fürödni. Szemrehányólag mondja, hogy a legyek elhajtásában fáradt ki. Pár napig nem volt a kertben, azalatt a mókások nem kaptak enni, egészen megöszültek. Tűrhetetlen helyzete miatt az irtalmasok kórházába távozik. (IX. 10.) Értésülésünk szerint továbbra is sértődékeny, zsörtölődő, úgyhogy csak külön szobában tudták tartani. 1931 márciusában súlyos bélvérzést kapott. 1932 III. 11-én több napig tartó eszméletlenség után meghalt.

III. 42 éves, főiskolát végzett kereskedő. Fiatalkorában lüest szerzett, melyet igen alaposan kezeltetett. Most is spirocid tablettákat szedett, midőn 1927 VI. 30-án hirtelen egész testén bőralatti vérzések támadtak. V. 4-én motoros aphasia, ami 3 hét alatt annyira javul, hogy bár vontatottan, de érthetően beszél. V. 28-án ismét motoros és sensoros aphasia, zavart, nyugtalan, öngyilkossági kísérlete miatt a klinikára (V. 30.) felvesszük. Fivérével meg tudjuk, hogy bátyja az utóbbi időben megváltozott. Az azelőtt jókedvű, mulató, társaságkedvelő ember visszavonult, környezetével, hozzátartozóival szemben kíméletlen, goromba lett. Kicsinyes okok miatt könnyen megsértődik, ugyanígy másokat sérteget, anyjával is haragot tart. Négynapi klinikai tartózkodás után annyira javul, hogy kérésére hazaengedjük. További három hét alatt meggyógyul, foglalkozását továbbfolytatja.

1931-ben ismét rosszabbodik állapota. Ingerlékeny, gyanakvó lesz, azt hiszi, félre akarják vezetni, adókiivetésével szándékosan vesztét okozzák. Augusztusban szanatóriumba megy, hol súlyos látászavarok, futó aphasiák támadnak. 1931 XI. 16-án göctünetek és eszméletzavarok jelentkezése után, melyek többhelyütt fellépett agyvérzéseknek felelnek meg, meghalt.

IV. 52 éves ny. jegyző feleségének 1933 június 4-én súlyos orrvérzését csak orvosi beavatkozás csillapítja. VIII. 15-én azt állítja, hogy koporsóban fekszik, nyakát és derekát elvágták. Hangulata nyomott, néha férjét és fiát is félreismeri. X. 14-én a klinikára felvesszük. Elmondja, hogy otthon éjjel sok pénzt és virágot látott az asztalon. Mikor felkeltette a férjét, hogy megmutassa neki ezeket s ő villanyt gyújtott, csodálkozva látta, hogy mindez nem igaz. Szűz Mária egyszer pénzt hozott neki s azt mondta, hogy még aznap meg fog halni. A klinikán tájékozott, rendezett, de aggodalmas. Mindentől fél, azt hiszi, hogy valaki elbujt a szekrénybe s ő bánatani akarja, ápolónőjét kéri, hogy feküdjék ágya mellé s vigyázzon rá. Az orvosságot nem fogadja el, mert attól fél, hogy az mérég. Egyik éjjel a szomszédos ágyak ágyneműjét összecsomagolja, mert azt hiszi, hogy a zsidó temetőben van egy mély gödörben s ruháit rakosgatja. Nyugtalanosága miatt más osztályra helyezük. Másnap sérelmezi, hogy azért tették ezt vele, mert az orvos éjjel az ápolónőhöz akar lemenni. Előző éjjel is észrevette már, hogy mikor az orvos hozzá lejtött, az ápolónővel jelentősen összenézett. X. 20-án férje hazaviszi. Elbeszélése szerint felesége továbbra is gyanakvó, féltékeny marad, klinikai tartózkodását sokat hánytorgatta, ha valaki jött hozzá, azonnal előhozta és magyarázta a vele megesett vélt méltatlanságot. 1934 II. 1-én ötnapi eszméletlenség után otthon meghalt.

A felsorolt nephrosklerosisos betegek véryomása 170—220 Hgmm között mozgott. A vizelet kevés fehérjét (0,2—0,6 ezrelék Esbach szerint) tartalmazott. Üledék: látóterenkint 6—8 fehérvérsejt, 1—2 hyalin és szemcsés henger. A vizelet mennyisége, tápsólya kóros tulajdonságokat nem mutatott. A maradék nitrogen nem haladta meg a 27 mgr %-ot. Fagyáspontcsökkenés 0,57%. A III-as beteg vizelete klinikai ápolása idején kóros elváltozásokat nem mutatott. A vérsavó és a liquor lues reakciókat nem adott. A szemfenék minden egyes esetben a retinitis albuminurica képét mutatta, a II. és III-as esetekben a betegség előrehaladott állapotában súlyos retina vérzések is jelentkeztek.

Kutattuk azt, hogy a psychés tünetek súlyossága nem követi-e a nephrosklerosis valamely főbb tünetének ingadozását. Vizsgáltuk a betegek véryomását, a vizelet fehérjetartalmát, de köztük s a psychés tünetek között semmi párhuzamoságot nem találtunk. A nephrosklerosis szokásos gyógyító eljárásaira (pihenés, száraz diéta, cardiotonikumok) a psychés tünetek is javultak.

Amíg az aluraemia többi alakjának eredetét psychiatriai gondolkodásunkkal megérthetjük és a toxikus tényező főlvetelével megmagyarázhatjuk, addig a paranoid gondolkodásnak kifejlődését nehezen tudjuk beleilleszteni az agyvelő keringési viszonyainak megváltozása okozta tünetek közé. Itt is, mint a psychopathológiában egyebütt is, a

tünetek keletkezését sohasem egy okkal, hanem több tényező együttthatásával lehet csak megmagyarázni. Maga az a körülmény, hogy a leírt megbetegedések mind az élet ötödik évtizedében jelentkeztek, figyelmünket az involutióra tereli. Seelert a paranoid psychosisek legfőbb okának az agyvelő öregkori megváltozásait tartja. Erre tanít a klinikai megfigyelés is, melyből tudjuk, hogy a paranoid jellegű psychosisek aránytalanul nagyrésze a praeseniumban fejlődik ki. Vajjon nem joggal tekinthetjük-e a nephrosklerosis olyan bajnak, mely hosszú lappangó kezdetével megvárja a szervezet involutiójának kezdetét s az agyvelő keringési viszonyainak kóros megváltozása, kihasználva az első rugalmassági veszteséget, elindítja s gyorsítja abban a regressiv folyamatokat? Ismerjük még a paranoid reakció-készség azon sajátosságát is, hogy az csak az intelligencia-fejlődés magasabb foka esetén jelentkezik s itt az intelligencia alatt nem annyira a szerzett tudományos ismereteket, hanem a bőven elsajátított lélettapasztalatokat értjük, mely az egyént valószínűbb és gondosabb bírálatra kényszeríti mind a környezettel, mind önmagával szemben, ennek pedig a fokozati túlzása már a paranoid gondolkodást jelenti. A nephrosklerosis kellemetlen és zaklató tünetei, az ezekkel járó nyomott hangulatváltozás, ezen tünetek kórosan téves magyarázata eredményezi a téves eszmék kicsinyeségi irányba való rendeződését. Nem ismeretlen az, hogy az agyvelő szervi bajai, a dementia paralytica, de még inkább a maláriával kezelt paralysis, az arteriosklerosis, okozhatnak paranoid jellegű elmebajt, ugyanígy okozhatnak intoxikációk (alkohol, kokain, nikotin) is paranoid psychosist. A nephrosklerosis mind e két tényezőzt magában foglalja, mert az agyvelőben támadó keringési zavarok durvább anatómiai kóros elváltozásokat okoznak. Az anatómiai elváltozások, melyek a betegség vége felé jutnak túlsúlyba, irreversibilisek. A veseműködés tökéletlensége folytán jelentkező, egyelőre még ismeretlen mérég, melyet nephrotoxinnak is neveznek, szolgáltatja a toxicus tényezőt. Ez a toxicus tényező a vesebaj javulásával és rosszabbodásával erősödik vagy gyöngül; ennek eredménye az, hogy a paranoid tünetek is javulnak a nephrosklerosis javulásával. Ezért állanak külön a nephrosklerosis paranoid psychosisei aránylag kedvezőbb kórjóslatuk folytán a paranoiacsoport többi tagjától.

Irodalom. Ewald G.: Psychosen bei akuten Infektionen. Bumke, Handbuch der Geisteskrankheiten. VII. Spez. T. III. 1928. — Kluge E.: A paranoia. Magyar Orvosi Archivum, 1924, 2—3 füzet. — Korányi S.: A vesebajok functionalis pathológiája. A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat CXXV. kötet. 1930. — Lange I.: Die Paranoiafrage. Aschaffenburg, Handbuch der Psychiatrie. Spez. T. 4. Abt. 2. — Lange I.: Klinische Demonstration. Fall von Urämie. Aus den Wissenschaftlichen Sitzungen der Deutschen Forschungsanstalt für Psych. in München. Sitz. v. 31. I. 1928 (Ref. Ztb. 51. 858). — Menninger K. A.: Paranoide psychosis with uremia. Journ. of nerv. a ment. dis. 60. I. Ref.: Ztb. 39. 81. 1924. — Reichardt M.: Psychiatrie. III. Aufl. 1923. — Volhard: Über Urämie. Vortrag auf der 22. Versammlung. Mitteld. Psych. u. Neurol. in Halle am 26. X. 1919. Ref. Ztschr. f. ges. Neur. u. Psych. 20. 356.

A Székesfővárosi Szent László Közkórház közleménye. (Osztályvezető főorvos: Bosányi Andor egyet. magántanár.)

Gégediphtheriát utánzó scarlatnecrosisokról.

Irta: Kunsági (Kamerlőr) Antal dr. alorvos.

A scarlatnecrosisok egyes formáinak a diphtheriától elkülönítése a fertőző betegségekkel foglalkozók számára mindenkor problémát jelentett. A kérdés jelentősége máig sem csökkent annak ellenére, hogy a két betegség kóroktana és kórbonctana tisztázott. A diphtheria-bacillus

fölfedezése előtti időkben a scarlatnecrosisokat diphtheriás betegségnek tartották és csak kevesen (*Henoch, Heubner, Halbey* és még néhányan) érveltek a mellett, hogy ezeket maga a vörheny idézi elő. Legfontosabb érvük az volt, hogy a scarlatdiphtheritis — mint ahogyan akkor nevezték a scarlatnecrosisokat — soha sem terjed rá a gégeére. Ez a feltevés sokáig érvényben is maradt. Magyar nyelven még ma is csak megemlítését találjuk annak a lehetőségnek, hogy a scarlatnecrosisok a gégeére is ráterjedhetnek (pl. *Buday*: Kórbonctan), közölt eseteket azonban csak a külföldi irodalomból ismerünk. Mi a múlt év folyamán hat olyan beteget észleltünk, akinek a scarlatnecrosis a gégeére is ráterjedt. Minthogy mind a hat eset különböző volt, kórelőfordulásukat röviden ismertetjük.

I. Ötéves leány, felv. a scarlat második napján, sc.-kiütéssel, anginával. Negyedik, ötödik, hatodik napon a necrotikus angina terjed, hetedik napon a lágyszájpadot is eléri. Nyolcadik napon rekedtség, nehezített légzés. Kilencedik napon fokozódó szívgyengeség tünetei között halál. Bonclelet: Tonsillitis necrotisans, pharyngitis, laryngitis et oesophagitis diphtheritica extensa emolliens. A jelzett helyek nyálkahártyáját részint lekaparható, nem összefüggő, szemcsés, szétfolyó hártya borítja, amely alatt elhalás látszik. Sem a nyirokcsomók, sem a megtámadott szervek mélyén gyulladás, vérzések, vagy vizenyő nincs. A kikent készítményben majdnem tisztán fusiformisok, kevesebb Gr.-positiv pálca és Gr.-positiv coccus. A leoltás a lágyszájpadról és a gégeből diphtheriára most is negatív, míg a haemoculturán számtalan tiszta, haemolyticus udvarral körülvett colonia nőtt ki.

II. Két és fél éves fiú, telv. diphtheria gyanújával. Künn 40.000 I. E.-el oltott. Légzés nehezített, kiterjedt vörhenyes angina, csekély rekedtség, kissé ugató köhögés. Bakt. vizsgálat: di. neg. Harmadik napon direkt laryngoskopiát akarunk végezni, de miután a tej enyhe hátradöntésekor azonnal elfullad, intubálni kell és így csak fekvő tubus mellett vizsgálhatjuk. Ekkor a gégefő látható részei, az oldalgaratfalak és nyelvgyök nyálkahártyája vaskos, szennyes, vérrel beivódott állományúak, az állomány a szívásra nem mozdul. Az epiglottis rongydarabszerűen lóg a gégebemenet fölé és időnként a tubust is fedi. A gégetükrözést a nyálkahártya nagy vérzékenysége miatt gyorsan be kell fejeznünk, ezért a folyamat alaposabb megtekintése lehetetlen. Így az egy óra múlva meghalt beteget valószínűleg kórismével: diphtheriával írjuk ki boncolásra. A bonclelet szerint a nyelv gyökén az epiglottist elpusztító, héjas mogyorónyi, piszkoszöldes, elhalt szövetcsatokkal kitöltött fekély volt és a folyamat ráterjedt mindkét plica aryepiglotticára. Ezek vizenyősen áttűnőek, duzzadtak voltak. A bal mandula teljesen hiányzott, helyén üstszerű fekély, amelynek alapján kevés sarjadzásszövet volt látható. A jobb mandulán lencsényi, a lágyszájpad bal felén ugyancsak lencsényi, elég éles szélű, ovális fekély, míg az egész lágyszájpad halvány, mintegy vizenyős, de tömött volt. A gége és az alsóbb légutak teljesen épek voltak. Az epiglottisról *Clauberg* és *Löffler*-táptalajokra történt leoltás diphtheria-negatívnak bizonyult és streptococcusok nőttek ki.

III. Ötéves leány, felv. a scarlat negyedik napján súlyos necrotikus anginával. A necrosis tisztulni kezd két nap múlva, a lepedék szétfolyóvá vált, azonban enyhe stridor támad. A nyak baloldalán a mirigy felső csúcsától a kulcsontig terjedőleg kemény, fájdalmas beszűrődés észlelhető, amelyből a következő napon tett bemetszésre bőven ürül geny. A nyolcadik napra a nehéz légzés még jobban fokozódik, amihez hozzájárul a mindkét tüdő alsó lebenyében kezdődő tömörülés. A légzés hangos, stridoros, a hang azonban alig rekedt. A torok állapota az utóbbi két napon nem változott. A kilencedik nap hajnalán légzés-

rosszabbodás és szívgyengeség tünetei között a beteg meghal. Megjegyezzük, hogy a kétoldali genyes középfülgyulladás kívül glomerulonephritis is volt a betegnek. Kórjelzésünk scarlatsepsis volt, amit a boncolás is megerősített. A boncjegyzőkönyv főbb adatai: tonsillitis ulcerosa, abscessus recessus piriformis lateris sinistri magnitudinis ovi pasceris et perichondritis vestibuli laryngis ibidem.

IV. Ötéves leány a vörhenykiütés ötödik napján kerül *Furka* igazgató-őorvos osztályára. A felvételnél nagyfokú elesettség, meningismus, kétoldali genyes középfülgyulladás és mindkét mandulán necrotikus lepedék, amely két nap múlva tisztulni kezd. A felvételt követő nyolcadik napon a necrosis teljesen feltisztult, ellenben rekedtség jelentkezik és a légzés stridorossá válik. A következő napra ezek a tünetek fokozódnak, sőt ugató színezetű köhögés, majd a nehéz légzés súlyosbodása következtében nagy mellkasi behúzóadások észlelhetők. A direct gégetükrözés lelete a következő: A vestibuláris nyálkahártya belövelt, de feltűnik, hogy duzzanat egyáltalán nincs. A hangszalagok összefeksznek, alig 0.5 mm-nyire nyílnak, mindkettőn nyálkás lepedék. Ennek a szívóval történt eltávolítása után mindkét hangszalagon kerek alakú, kb. 1.5—2 mm átmérőjű fekély válik láthatóvá, amelyek közül a jobboldali csipkés szélű és mély, a baloldali törmelékeny lepedékkel kitöltött. A hangrés a szívóval jól átjárható. A hangszalag-fekélyekről vett váladék diphtheriára negatív, a véragarlemezen pedig szintenyészetben streptococcus haemolyticus nőtt ki. Ugyanezen nap estéjén az igen súlyos nehéz légzés és szederjesség miatt gégemetszést kell végeznünk. A következő két hét alatt a beteg simán gyógyul. 16 nappal az első után újabb gégetükrözést végzünk s azt találjuk, hogy a gégenyálkahártya kissé még belövelt, de a fekélyek gyógyultak, a hangrés jól nyílik és szűkület nem látható. E leletünk alapján másnap a canule-t eltávolítjuk. Sima sebgyógyulás. A beteg hangján a lezajlott betegségnek nyoma sincs, teljesen gyógyultan hagyja el kórházunkat.

V. Egyéves leány, a vörheny harmadik napján kerül osztályunkra, magas lázzal, élénk kiütéssel, lobos, tiszta torokképletekkel, bő orrfolyással. A betegség ötödik napján a garatfalon genyes-nyálkás lepedékbélés, adenoiditis. A hatodik napon a tonsillákön és uvulán felületes elhalás. A légzés nehezített, hallható, a hang rekedt. A bakt. vizsg. di. neg. A délután folyamán a nehéz légzés mindjobban fokozódik, a duzzadt torokképleteket szürkés, kenőcszerű massa fedi, az orrfolyás fokozódik. Este a tetemes dyspnoe, cyanosis miatt légszomyszást végeztünk. Hetedik nap: a lepedék törmelékeny, nagy nyugtalanság, szapora légzés, pulsus 130 körüli, alacsony hullámú. Hőmérsék állandóan 40 fok felett. Délutánra az érverés tapinthatatlanná, a légzés mind szaporábbá és felületesebbé válik, eszméletlenség áll be, majd este 7 órakor a beteg meghal. A boncolás eredménye igazolta a klinikai tüneteket: a tonsillákat, garatfalakat, adenoidokat, szájpádíveket, a gége üregét és a légszomyszást okozó vaskos törmelékeny lepedék fedte, amely alatt necrosis volt látható.

VI. Hároméves leány, felv. a sc. második napján, élénk kiütéssel. Folliculáris angina. Ötödik napra az angina nem javul, sőt nagyobbodik letelése is, ekkor laryngoskopia directát végzünk. E szerint a gégebemenet nyálkahártyája igen belövelt, de a hangrés nem szűkült. Az epiglottis szélén szegélyszerű fekélyződés, ezen szürkésfehér fibrinszerű felrakódás van, amely könnyen leszívható. Alatta vérzékeny apró fekélyek. Bakt. vizsg. di. neg. Három nap múlva az epiglottis szélén csak gombostűfejnyi kis fekély, a többi behámosodott. Ismét két nap múlva az epiglottis tiszta. Többször nem vizsgáltuk, sima gyógyulás.

Ez a hat eset a mellett, hogy már ritkaságánál fogva is érdemes a közlésre, elsősorban arra bizonyíték, hogy a vörheny necrosisok a felső légutakban is okozhatnak kóros

elváltozásokat, de e mellett jellemző a necrosisoknak a torokgaratgyűrűben diphtheriát utánzó alakjaira.

Mint a külföldi irodalmi adatok és a mi hat esetünk tanúsága mutatja, a torokgaratgyűrűben keletkezett necroticus elváltozások terjedhetnek lefelé, az oesophagus és a trachea felé is. E mellett a per continuitatem terjedésmód mellett egyes szerzők (*Oppikofer, Skworzoff, Deicher, Salinger, Del Carriel, Bonaba*, stb.) esetek kapcsán azt a lehetőséget is hangoztatják, hogy a légutak necroticus megbetegedései elsősorban is lehetnek a vörheny alatt. Ennek a feltevésnek a bizonyítására ugyan sem a mi eseteink, de *Ssawrimowits* esetei sem nyújtanak elég támaszt, de a keletkezés ilyen módja sem zárható ki. Ami a légúti necrosisok klinikai tüneteit illeti, általánosságban előre kell bocsátanunk, hogy amióta a diphtheria-croup osztályunkon minden betegnél csak direct laryngoscopia után állítunk fel kórismét, az a meggyőződés alakult ki bennünk, hogy a croupa jellegzetes hármas tünetcsoport, vagyis a hangnak az enyhe rekedtségtől a teljes hangtalanságig terjedhető megváltozása, az ugató színezetű köhögés és a légzés hallható, illetve stridoros jellege, kísérője lehet a gégenyálkahártya más természetű bajának is, viszont a hang tisztasága, az ugató színezetű köhögés és a stridoros légzés hiánya nem zárja ki teljes biztossággal a gégediphtheriát. Az említett teljes hármas tünetcsoport észlelhető laryngitis catarrhalis acutában, influenzában, kanyarós gégefekélyzódéskor, lúgmérgezés esetén stb., ugyanúgy, mint genuin diphtheriában. E tünetcsoport bármelyikének megléte esetén tehát feltétlenül gondolnunk kell diphtheriára is és csak laryngoscopia útján közelíthetjük meg pontosabban a kórismét. Az elmondottak szerint hat esetünkben meg volt a diphtheria lehetőségének a gyanúja. Mind a hat esetben észleltünk kisebb-nagyobb fokú nehézlégzést, a nehézlégzés súlyosságának megfelelően mellkasi behúzóadásokat, a második eset kivételével stridort, a második és harmadik esetben enyhe, az elsőben súlyosabb rekedtséget, ami a negyedik esetben csaknem teljes hangtalanságig fokozódott. Ugató színezetű köhögést csak a negyedik esetünkben észleltünk. Láttuk azt is, hogy a különböző, a croup gyanúját keltő tüneteket hat esetünkben különféle okok idézték elő. Az elsőben igen kiterjedt, diphtheriának látszó lepedékképződés, a másodikban a roncsolt epiglottis, amely belelógott a gégemenetbe, a harmadikban a lepedékkal fedett perichondritis és a negyedikben a hangszalagokon lévő fekélyzódés, amely a hangszalagok muló bénulását okozta. Jelen esetben nem térhetünk ki a különféle croupos tünet okainak tárgyalására, de kiemeljük, hogy a mi ismertetett hat esetünkben egyetlen egyszer sem láttunk számbavehető subglotticus vagy vestibularis vizenyőt, pedig a szerzők nagy része ezzel magyarázza a stridort és az ugató köhögést.

Ssawrimowits esetei között voltak olyanok, ahol a streptococcus haemolyticus mellett influenza-bacillusi is ki tudott mutatni, azért arra gondolt, hogy a vörheny alatt észlelt felső és mélyebb légúti elhalások előidézésében az influenza is szerepelhet. Ezt egyesek (*Askanazy, Hübschmann, Hart*) azon lelete látszik bizonyítani, hogy influenzában is találtak — a vörhenyhez hasonlóan — necrotisáló fibrines elváltozásokat. Hogy az influenzás és a vörhenyes nyálkahártya-megbetegedések között vannak bizonyos közös tulajdonságok és hogy az influenzás felső légúti megbetegedések gyakran okoznak croupa gyanús tüneteket, az köztudomású. A tárgyi lelet azonban nagyon különbözik a diphtheriától, mint azt a croup-gyanúval küldött esetek laryngoscopiás vizsgálatai alkalmával gyakran volt módunkban tapasztalni. Influenzában a gége nyálkahártya színe haragos vörös, fellazult, bársonyos, kevésbé vizenyős és gyakran látható a diphtheriához némileg hasonló lepedék, amely azonban a szívással szemben egészen másképpen viselkedik, mint akár a diphtheriás, akár a vörhenyes ere-

detű, fibrines-necroticus lepedék. A diphtheriához hasonló scarlatnecrosis lepedéke a folyamat természetének megfelelően nem vagy csak igen kevésbé mobilizálható, a diphtheriás lepedéknek egyes részei leszívhatók, míg az influenzás lepedéket a szívó könnyen távolítja el alpjáról. A leszívott diphtheriás vagy influenzás lepedéket egyszerű, de megbízható módon úgy vizsgáljuk, hogy két ujj közé véve morzsoljuk. Tapasztalataink szerint még az egészen kemény szívós, genyes-törmelékes-nyálkás és fibrinnel átszótt influenzás lepedék is teljesen szétkenhető az ujjak között, ellenben a diphtheriás lepedék kemény csomóvá válik, amelyet szétdörzsölni egyetlen esetben sem sikerült, még akkor sem, ha a lepedék egészen vékony volt. Olyan influenzás eredetű fibrines necroticus lepedéket, amilyent diphtheriához hasonló scarlatnecrosisok felett szoktunk látni, ezideig nem észleltünk.

A scarlatnecrosisok gyógykezelésére vonatkozólag röviden csak azt említjük meg, hogy — tapasztalataink szerint — a korai gyógyszerkezelés eredményeképpen nem ritkán a necrosis is hamar tisztul. Ezért minden súlyosabb általános tünetekkel járó és toroknecrosisossal szövődött vörhenyes esetben korán és ismételtelen 5—10.000 A. E. állati vagy 50—50 ccm emberi gyógysavat kell — lehetőleg érbe fecskendezni. Helyileg megkísérlelhetjük a tryptaflavin- vagy argochrom-cseteléseket, vagy a natrium sozojodolicum befúvásokat. A felső légutakra terjedő scarlatnecrosisok esetében, ha azok súlyos nehézlégzést okoznak, az intubálással csak árthatunk. A különben is fekélyes vagy fekélyesedésre hajlamos nyálkahártyán a tubusfekvés még súlyosabb elváltozásokat okozhat, ezért ilyen esetekben az egyetlen helyes eljárás a légszomtszás.

Összefoglalás :

1. A scarlatnecrosisok egyes megjelenési formáját, főleg pedig a gégére helyezkedő folyamatokat a diphtheriától elkülöníteni igen nehéz. |
2. Az elkülönítő kórismézésben a legbiztosabb támaszunk a közvetlen gégetükrözés és a bakteriologiai vizsgálat.
3. A gége vörhenyes betegsége rendszerint súlyos szövődmény; csak egy esetünkben folyt le enyhén. Ezért gégenecrosisossal szövődött vörhenyesetek orvoslásában mindig meg kell kísérlni a gyógyszerkezelést. !!
4. Ha a scarlatnecrosis ráterjed a felső légutakra, nevezetesen a gégére és súlyos nehézlégzés tüneteit okozza, egyetlen helyes kezelés a légszomtszás.

A Pázmány Péter Tudományegyetem orr- és gégekörtani klinikájának közleménye (igazgató: Lénárt Zoltán ny. r. tanár).

Az állcsontöbölgyulladások sebészi kezelésének javallatai.

Irta: *Ipolyi (Ivanich) Ferenc dr.*, műtőorvos, klinikai gyakornok.

Az orr melléküregeinek genyedései közül leggyakoribb az állcsonti öböl genyede.

Oka: heveny nátha, heveny fertőző betegségek (influenza, typhus, tüdőgyulladás, vörheny, kanyaró, diphtheria, orbánc stb.) foggyöki tályog, impactált fog, fogcysták, otitis, periostitis, osteomyelitis, lueses és gümös csontbetegségek, idegen test, daganat, trauma, orrtamponade stb.

Az állcsontöbölgyulladások lehetnek akutak és chronicusak.

A heveny gyulladások jórésze sebészi beavatkozás nélkül, conservativ eljárásokra — gőzölés, diaphoresis, ágynyugalom, meleg borogatás, fejfényfürdő, pantocaintonogens (cocain-tonogen) tamponok alkalmazására — meggyógyul. Ez utóbbit többen (*Halle, Goldmann*) ellenzik, mivel

heves tüszentési rohamokat váltanak ki. Mi azt tapasztaltuk, hogy melléküreg-betegségekben e kellemetlenség ritkább, szemben az ép orrban alkalmazott ilyen tamponokkal.

Ha a gyulladási folyamat nem szűnik, állandóan termelődik a váladék s a váladékpangás következtében később a nyálkahártya hurutos duzzanatából kötőszöveti elfajulás, túltengés, sorvadás, fekély, sőt nyálkahártya elhalás fejlődhet, a geny büzőssé, törmelékessé válhat. Ezekhez csontelhalás, periostitis, szomszédos szervek felé áttörés, esetleg sipolyképződés társulhat.

Természetesen ilyenkor a fentemlített kezelésre nem javul a beteg állapota. A fájdalom megmarad, a láz fennáll, a kábultság állandósul, bőségesen termelődik a geny, erős feszülés kínozza a beteget. Igen heves esetekben áttörésre utaló tünetek jelentkezhetnek (szemhéj-vizenyő, arduzzanat stb.). Ezen esetekben azonnal sebészi kezeléshez kell folyamodnunk.

A sebészi beavatkozás célja kórtisztázó és gyógyító lehet.

A gyógyító sebészi beavatkozásokat fokozataik szerint három csoportba osztjuk. A beavatkozásoknak fokozataik szerint más-más a céljuk.

Legegyszerűbb a conservatív sebészi eljárás, a punctio, mely a retentio megszüntetését célozza. Az átöblítések kitisztítják az üreget, a genyet eltávolítva, időlegesen megszüntetik a pangó váladéknak a nyálkahártyára kifejtett ártalmait.

A műtétek másik nagy csoportjának célja a geny állandó levezetésének biztosítása endonasalis műtét segítségével.

A harmadik csoportba tartoznak a gyökeres műtétek, melyek az üreg föltárása után a megbetegedett nyálkahártya vagy csont, polyp, idegen test stb. eltávolítására alkalmasak s azután széles összeköttetést létesítenek az orrüreggel.

Eszményien gyökeres műtét az üreg teljes megszüntetése volna, mint pl. a *Riedel-féle* homloküregi műtét. Ilyen műtétet az állcsontöblön az anatómiai viszonyok miatt nem lehet végezni.

Azt kell mérlegelnünk, hogy mikor operáljunk és melyik műtéti eljárást válasszuk.

Az arccsontüreg-gyulladások sebészi orvoslása a gége-kórtani klinika gyakorlata szerint a következő:

Punctio végzendő minden esetben, mikor az állcsontöblön genyedését állapítjuk meg. Ha a subjectív tünetek, az objectív lelet, a diaphanosopia, vagy röntgen együttesen vagy csak egyikük is gyanút ébreszt. Positív eredményű punctiot az öblítéseknek kell követniök.

A friss genyedések majdnem mind meggyógyulnak ezen kis beavatkozásra. Az öblítéseket naponként végzzük; ha a váladék nyálkásodik: másodnaponként, fokozatos javuláskor harmadnaponként. Kivételt teszünk azokkal az esetekkel, ahol áttörés jelei mutatkoznak, vagy a tömeges geny miatt óriási a feszülés, ahol az esetleg napjában kétszer elvégzett öblítés sem képes a geny mennyiségét csökkenteni, a feszülést enyhíteni. Ilyenkor feltétlenül javallt a második csoportban említett endonasalis széles feltárás. Ezzel elérjük, hogy széles összeköttetést létesítve a *Highmor*-barlang és az orrüreg között, a váladék állandóan kiürülhet az alsó orrjárat felé. Naponkénti öblítéssel még jobban elősegíthetjük a geny kiürülését. Megszűnik tehát a pangás, sőt a beteg megtanulhatja saját maga végezni az öblítéseket, ami szociális szempontból óriási előnye a betegnek.

Heveny esetekben gyökeres műtétet igen ritkán végzzük. Ez csakis akkor javallt, ha a fentebb vázolt súlyos tünetek nem fejlődnek vissza a széles feltárás után, ha csontelhalás, perforatio vagy súlyosabb fokú nyálkahártya-elhalás tételezhető fel.

Az idősült esetek nagy százaléka öblítésekre szintén visszafejlődik. Büzős, törmelékes genyet tartalmazó *Highmor*-üregek is gyakran meggyógyulnak a rendszeres öblítésre.

Klinikánkon öt-hat hétig folytatjuk rendszeresen az öblítéseket és ha erre sincs gyógyulás, akkor végzzük nagyobb műtétet. Ezen idő előtt csak az esetben operálunk, ha a beteg lelki állapota vagy helyzete (munkaideje, vagy lakhelye miatt nem járhat kezelésre) kényszerít erre.

Elsősorban a széles feltárás jön számításba. Tapasztalataink azt mutatják, hogy legtöbb esetben ez az aránylag jóval kisebb műtét meghozza a gyógyulást. A genypangás és büzősség megszűnik, a nyálkahártya meggyógyul.

Gyökeres műtétet csakis akkor kell végezni, ha a *Highmor*-üreg nyálkahártyáján már irreparabilis szöveti elváltozások jöttek létre. Ha polyp-képződés van — így *Highmor*-üregből kiinduló retrochoanalis polyp esetében — csakis radicalis műtét segít. Fogeredetű *Highmor*-empyemákat szintén csak gyökeres műtéttel gyógyíthatunk meg. Ugyanígy kell eljárni ha csontelhalás van, mert a holtcsontot (*sequester*) csakis az üreg tökéletes feltárásával távolíthatjuk el. Ugyancsak gyökeres műtétet kell végeznünk idegen test vagy daganatok okozta genygyülemek, többrekeszes üregek, valamint áttörések esetében.

Ha a műtétek elvégzését sөvényferdeség akadályozza, ezt mindig megszüntetjük a műtét előtt. Fogeredetű genygyülemek esetén a beteg fogat természetesen eltávolítjuk.

A punctiot és öblítéseket klinikánkon rendszeresen az alsó orrjáraton keresztül *Krause*-troicarral és *Siebenmann*-csővel, *Mikulicz* szerint; az orrbelüli (endonasalis) széles feltárást pedig az eredeti *Lothrop*—*Cloaué*-féle módszer szerint végzzük. Legnagyobb ritkaság, hogy *Cowper* szerint a processus alveolarison vagy pedig a facies caninan át kényszerülünk a *Highmor*-öblítésekre. Erre csakis nagyfokú orrbemeneti hegesedés vagy atresia kényszeríthet.

Hangsúlyozzuk klinikánk tapasztalatát és álláspontját, hogy a legtöbb esetben elegendő ez a beavatkozás és nem szükséges nagyobb, gyökeres műtét, amely a szájsebész és az üreg nyálkahártyájának eltávolítása miatt a betegre nézve sokkal súlyosabb beavatkozás. Ezt fenntartjuk azon esetekre, ahol kóros részeket kell eltávolítani, melyekhez más úton nem férünk hozzá, csak az üreg tökéletes feltárásával.

Az orrbelüli széles feltárást általában nem végzik oly gyakran, mint amennyire megérdemelné. Sokan folyamodnak mindjárt a gyökeres műtéthez olyan esetekben is, ahol arra kellő szükség még nincsen. A *Lothrop*—*Cloaué*-féle endonasalis széles feltárás egyszerű kivitele, kitűnő gyógy- és kosmetikus eredményei folytán nagyon értékes műtéti eljárás.

Végzése a következő: erős *Struycken*-ollóval és kacsacsál resecáljuk az alsó kagyló elülső végét. Ezután a punctios nyílást *Weleminsky*-féle eszközzel tágítva, a csontot *Abraham*-féle eszközzel lereszelve, illetve *Krause*-féle csontcsípővel kitördelve, az oldalsó orrfalon kb. egypengőnyi nyílást létesítünk a *Highmor*-barlang és az orrüreg között. Gondosan ügyelünk arra, hogy az állcsontöblön feneke és a nyílás egy szintben legyen. Ezzel megakadályozzuk, hogy csontléc maradjon vissza a feneke, mely kűszöbként akadályozná a váladék szabad kiürülését. Ha szükséges, vésővel távolítjuk el az alsó csontlécet. Nyálkahártya-lebenyt nem képezünk ebben a műtétben. Fontos a gondos utókezelés, mely lapis edzésekkel megakadályozza a sarjak képződését s evvel a készített nyílás beszűkülését. Az üreget e célra készített hajlított csövekkel öblítjük. Eredmé-

nyeink jók, a gondosan végzett műtét és utókezelés után véglegesen megmarad a tág nyílás.

A műtétet az eredeti előírás szerint végezzük, mivel összehasonlíthatatlanul jobbák így a kiürülési viszonyok, mint azokkal a módosításokkal, melyeknek lényege a középső orrjárat felé készített széles ablak.

A gyökeres műtétek közül leggyakrabban a *Luc—Caldwell*-féle műtétet végezzük, mivel jó áttekintést nyújt, legkevésbé okoz később a fogakban érzéketlenségi panaszokat és nem változtatja meg az arckoponya alakját. Ha a rostacsont egyidejű kitakarítása, esetleg az iküreg megnyitása is szükséges, akkor *Denker*-féle műtétet végzünk. *Denker*-műtétet végzünk daganatok esetében is. Értékes eljárás a *Sturmann*-féle endonasalis gyökeres műtét is.

Klinikánkon 11 év alatt (1923—1933) 1209 betegen 1413 pozitív eredményű *Highmor*-punctiót végeztünk.

Az 1413 állcsontöbli empyemából
921 eset, 65,18% az öblítésekre,
320 eset, 22,65% a *Lothrop—Cloaué*-féle endonasalis széles feltárássra,

167 eset, 12,17% gyökeres műtétre (*Luc—Caldwell*, *Denker*, *Sturmann*) gyógyult meg.

(Százalékos statisztikai eredményeink megegyeznek *Bajkay Tibornak* ugyancsak klinikánkról megjelenő adataival.)

320 *Lothrop—Cloaué*-műtét után hat esetben kellett az összekötő nyílást később tágítani és egy esetben később *Denker*, három esetben pedig *Luc—Caldwell*-féle gyökeres műtétet végezni. A gyógyeredmény 98,77% volt.

67 *Sturmann*-műtét közül egy esetben kellett később *Denker*-műtétet végezni. A gyógyeredmény 98,5% volt.

90 *Luc—Caldwell*- és 11 *Denker*-féle gyökeres műtétünkkel 100%-os gyógyulást értünk el.

A Ferenc József Tudomány Egyetem gyermekklinikájának közleménye (igazgató: Kramár Jenő rk. tanár).

A csecsemőkori bőrgyenedések orvoslása.

Irta: Fischer Ilona dr.

Az utolsó évek irodalmában a csecsemőkori furunculosis kérdéséről kevés közleményt találunk. Ez azt a látzatot keltheti, mintha a kérdés legfontosabb része, így elsősorban a kezelés módjának kérdése már nyugvópontra jutott volna. Azonban ez egyáltalán nincs így.

Marfan az izzadást tartja a furunculosis legjobb táptalajának, ezért szerinte a kezelésben legfontosabb az izzadás megszüntetése és a bőr ápolása. *Slobozianu* bár mindenben osztozik *Marfan* nézetében, ezenkívül vaccinát alkalmaz. *Ochsenius* a korai megnyitás mellett van, így pl. egy csecsemőn hat hét alatt 1500-at, egy másikon egy napon 120-at nyitott meg. A kelevények keletkezésében az izzadás szerepét ő is igen jelentősnek tartja, ezért annak megszüntetésére atropint ad. Többben jó eredményt láttak vaccinás kezelésétől. Így *Bókay Z.* opsodermis-kezeléssel elért szép eredményekről számol be, de emellett a furunculosisokat meg is nyitja. *Odier* és *Dreyfus* borogatás alakjában alkalmaz polyvalens vaccinát. *Petrovic* a kelevényeket megnyitja és autovaccinát is ad; állítólag 8—16 nap alatt teljes gyógyulást ér el. *Spitzer* fertőtlenítő kenőcsöt (panthesin-balzsam) alkalmaz kezdődő furunculosisban nagyon jó eredménnyel. *Waltner* felnőtt vér befecskendezését ajánlja. *Bókay Z.* is jó eredményt látott ettől a kezeléstől. *Mamerto* és *Filipp* immuno-haemoterápiát alkalmaz a közvetkezőképpen: a tályogok genyéből autovaccinát készít ezzel a gyermek szüleit emelkedő adagban beoltja. Minden befecskendezés után 24 órával 5—20 cm³ vért vesz a szülőktől és a csecsemőnek izomközé befecskendezzi. Ezt a teljes gyógyulásig folytatja. *Moll* különféle bőrbetegségekben és így kelevénykórban is szabadlevegő kezelést ajánl melegítőernyő alatt.

Az elmondottak az utolsó 10 év lényegesebb gyermekgyógyászati közleményeinek rövid összefoglalását nyújtják.

A használatos gyermekgyógyászati *tan- és kézikönyvekben* a furunculosis kezelésére a következő utasításokat találjuk.

Bókay—Flesch—Bókay a kelevények megnyitását ajánlja: egyszerre annyit kell megnyitni, amennyit csak lehet. Nagyon makacs esetekben vaccina alkalmazandó. *Birk* szintén a furunculosisok megnyitását ajánlja. *Hamburger* a beolvadt kelevényeket egész kis bemetszéssel megnyitja, de azokat, amelyek még kemények nem. A megnyitás előtt a bőrt fertőtlenítő kenőccsel bekeni, hogy a furunculosis tovaterjedését megakadályozza. Néha jó hatást látott kvarcbesugárzástól. *Finkelstein* a megnyitás híve de fontosnak tartja hogy a megnyitás előtt a bőrt zsirtalanító és izgató szerekkel (aether, benzín) ne dörzsöljük. *Göppert—Langstein* a megnyitás mellett foglal állást. Izzadó csecsemő részére gondoskodjunk hűs ágyról, igen erős izzadáskor, súlyos esetekben alkalmazunk függőágyat és tegyük kísérletet vaccina terápiával. Jóhatású a rendszeres napozás. *Feer* megnyitja a kelevényeket és erre a célra legjobbnak tartja a thermocautert. *Rietschel* szintén megnyitja őket és ugyancsak thermocautert használ. Ő is a kis sebzés híve. Jónak tartja a kvarckezelést is. *Lust* a kelevényeket thermocauterrel nyitja meg, makacs esetekben vaccina-orvoslást ajánl.

Természetesen valamennyi szerző kiemeli, hogy kelevénykóros csecsemő általános állapotának javítása igen fontos és ezért elsősorban a táplálás rendezésére kell nagy gondot fordítani. Súlyos esetekben és fiatal csecsemőknek általában nőitejtáplálást tartanak szükségesnek. Ugyancsak általánosan hangoztatott és közismert szempont a bőr minél gondosabb ápolása.¹ Továbbá általánosan ajánlott és kedvelt a fertőtlenítő fürdők alkalmazása.²

E rövid áttekintésből látható, hogy a szerzők nagy többsége az *aktív therapia* híve: a beavatkozás súlypontja a *megnyitáson* van.

Klinikánknak úgyszólván állandó beteganyagához tartoznak kelevénykóros csecsemők és gyakran kell kezelnünk a furunculosis legsúlyosabb alakjait is. Hosszú évek folyamán az előbb ismertetett kezelési módok minden változatát kipróbáltuk. Eredményeinkkel, sajnos, nem lehetünk megelégedve. Az utóbbi évek alatt azonban olyan kezelési rendszer alakult ki intézetünkben, mellyel a korábbi éveknél lényegesen jobb eredményt tudunk elérni. Ezért indokoltnak tartottuk, hogy eljárásunkat ismertessük és annak kipróbálását ajánljuk.

Könnyű esetekben, amikor a csecsemő jó állapotban van, bőrén csak egy-két furunculus, teljesen mindegy, hogy mit csinálunk, hogy megnyitjuk-e a kelevényeket vagy sem. Súlyos furunculosisban azonban gyakran tapasztaltuk, hogyha *egyszerre nagyszámú kelevényt nyitunk meg, a csecsemő általános állapotában hirtelen változás áll be*: nagyon leromlik és septicussá lesz. A sokszor végzetes fordulat elsősorban akkor szokott bekövetkezni, ha mélyebben levő bőrtályogokat nyitunk meg nagyobb számban, ahol tehát a sebzés a bőrnek ép rétegein halad át és aránylag nagy felszívófelületet hoz létre. Ez a körülmény arra indított bennünket, hogy a megnyitással egyre óvatosabban járjunk el. Eleinte csak annyit változtattunk régi kezelési módunkon, hogy egyszerre csak kevés furunculust nyitottunk meg és a megnyitásra természetesen a leginkább elpuhultakat és körül-

¹ *Bedő* hívta fel figyelmünket arra, hogy a szegényebb néprétegben általános szokás a vizeletes és széketes pelenkákhoz a csecsemő fürdőkádjában kimosása. A fategnő, amelyben a fürdőzés is, a pelenka mosása is történik, nehezen tartható tisztán és egyrészt bőrinfectiók létrejöttét és terjedését segíti elő, másrészt ezeknek gyógyulását hátráltatja.

² Erre a célra általában hypermangános-fürdőket ajánlanak. Nem tartjuk fölöslegesnek annak megemlítését, hogy nagyon gyakran tapasztaljuk, hogy ilyen fürdők rendelése helytelenül történik, mert rendszerint a mindennapos tisztasági fürdő helyett kapja a csecsemő a hypermangános fürdőt. Ezzel azonban a bőrápolás nemhogy javulna, hanem inkább még tökéletlenebbé válik. Hypermangános vízben a szappan nem habzik és így a bőr tisztára mosása benne lehetetlen. E fürdők helyes alkalmazási módja az, hogy előbb megkapja a csecsemő rendes tisztasági fürdőjét és csak utána a desinficiens-fürdőt.

határoztak választottuk. Azt tapasztaltuk, hogy az incisióknak ilyen megszorítása is már határozottan kedvezően befolyásolta gyógyítási eredményünket. Az idők folyamán conservatismusunk egyre kifejezettebb fokot ért el, mert ismét és ismét tapasztalhattunk, hogy a legsúlyosabb esetek kezelésében is ez az álláspont a leghelyesebb, a gyógyulást semmiképpen sem hátráltatja és veszélyes fordulatoktól a csecsemőt megkíméli.

Jelenlegi kezelési módunk gyakorlati kivitelét röviden így vázolhatjuk. Alig nyitunk meg furunculust, csak azt nyitjuk meg, amelyik teljesen elpuhult, felette a bőr egészen elvékonyodott, tehát már közvetlen kifakadás előtt áll. A csecsemő a *Dobszay* ajánlotta (Kinderärztl. Praxis 1933, 514.) függőágyban fekszik meztelenül, a keléseket tömény hypermanganoldattal, vagy 2%-os trypaflavin-oldattal ecseteljük és dermatollal vagy más hintőporral behintjük. Természetes, hogy a csecsemő megkapja a rendes naponkénti tisztasági fürdőt és bőrének általános ápolására megfelelő gondot fordítunk, továbbá gondoskodunk korának és állapotának megfelelő táplálékról. A súlyosabb betegeknek és az egészen fiataloknak lehetőleg nőitejet adunk. A súlyos esetekben és azokban, ahol a kelevénykór terjedőben van, ismételt transfúziókat végzünk. Általában 4–7 naponként transfundálunk, annyiszor, ahányszor azt a csecsemő állapota csak megkívánja.

Még nem nagyszámúak ugyan, de igen kielégítőek káliszappanos protrahált fürdőkkel szerzett eddigi tapasztalataink. (Egy fürdőre kb. 20–25 g káliszappan szükséges.) Ez a kezelési mód a düsseldorfi gyermekklinikáról származik. A csecsemő naponta kétszer 1–2 órán át fekszik a fürdőkádban kifeszített lepedőn úgy, hogy a szappanos víz a furunculust teljesen elfedje. A betegség igen súlyos alakjában 10–12 óráig is fürösztjük csecsemőinket. A fürdő kellő hőfokának megmaradásáról melegvíz állandó utántöltésével kell gondoskodni. (Esetleg a fürdő idején melegítőlámpát is alkalmazunk, hasonlóan a *Dobszay*-féle függőágy lámpáihoz.) A fürdőkben a kelések, még a mélyebbek is, meglepő gyorsan megpuhulnak, felfakadnak és teljesen kiürülnek.

Jó tapasztalataink arra indítanak, hogy a *kímélő kezelés mellett foglaljunk állást* és hogy módszerünk kipróbálását melegen ajánljuk.

Irodalom. *Marfan*: Clin. pediater. 1925. — *Odier-Dreyfus*: Norisron, 1926. — *Ochsenius*: Münch. Med. Wschr. 1927. — *Bókay Z.*: O. H. 1927. — *Bókay Z.*: Jahrb. f. Kinderheilk. 119. — *Ochsenius*: Mschr. Kinderheilk. 46. — *Waltner*: Mschr. Kinderheilk. 30. — *Moll*: Klin. Wschr. 1930. — *Petrovic*: Srbski Arch. celok. Leckarst. 30. — *Slobozianu*: Rev. Obstetr. 10. — *Spitzer*: Schweitz. Med. Wschr. 1932. — *Mamerto és Filippi*: Arch. Argent. Pediatr. 3. — *Bókay-Flesch-Bókay*: Gyermekorvoslás tankönyve. — *Hamburger*: Kinderheilk. — *Finkelstein*: Säuglingkrankh. — *Feer*: Lehrb. der Kinderheilk. — *Göppert és Langstein*: Prophylaxe und Therapie der Kinderkrankheiten. — *Lust*: Kinderkrankheiten. — *Birk*: Säuglingskrankheiten. 1930. — *Dobszay*: Kinderärztl. Prax. 1933.

Az OTI központi II. sz. szemészeti rendelésének közleménye (osztályvezető: Petres József.)

Elsődleges szalagalakú szaruhártya-homály.

Irta: Petres József dr. szemész főorvos.

A jólátású szem corneáján fejlődő szalagalakú homály keletkezése, amelyet semmiféle gyulladás vagy a szemre ható külső ártalom nem előzött meg, még mindig vitás. Csúpn az bizonyos, hogy különösen a fiatal korban a látó szemem fellépő szalagalakú cornea-degeneratio okát az egész szervezet alkati sajátosságaiban, rendellenességeiben is keresnünk kell.

A szerzők nagyobb részének a felfogása (Uthoff, Kesttenbaum, Von S. R. Gifford, Waubke, stb.) megegyezik abban, hogy a folyamat a cornea felszínes részében játszódik le és abban a Bowman-hártyának tulajdonítanak fontosságot. Arra azonban nehéz volna felelni, hogy miért, noha kétségtelen, hogy a Bowman-hártya mind külső sérülésekkel, mind alkatbeli rendellenességekből származó és a szemre is kiható elváltozásokkal szemben gyengült ellenállóképességű.

Ugyanis azt látjuk, hogy a corneális elfajulások szövettani képében a Bowman-hártya leválása, felemelkedése és súlyosabb esetekben szétesése domináló. Uthoff, Gifford, Best, Waubke, stb. a Bowman-hártya leválását és szétesését szoros összefüggésben levőnek tartják a cornea felszínes rétegében újonnan képződött kötőszövetes elemek keletkezésével. Hogy mi indítja meg az első vagy a második folyamatot, arra a közölt eseteket nézve nem kapunk határozott feleletet.

Tudjuk, hogy a szalagalakú corneális homályban mindig kimutatható a méz. Ha ez akár a csarnokvízből diffundál és a cornea szemrészi részében végbemenő fokozottabb párolgás miatt rakódik le oda, vagy az újonnan képződött kötőszövetes elemek fokozatos elmeszesedéséből, akár magának a Bowman-nak az elmeszesedéséből származik, az elpusztult epithelt fedő hyalinnal együtt azt bizonyítják, hogy degenerációs folyamat. Ha ez a fiatal korban jól látó szemem, gyulladásmentesen, minden subjectív kísérőjelenség nélkül keletkezik, érdeklődésre tarthat számot, mert szokatlan és ritka kórforma.

Első pillanatban egészséges, 11 éves fiú, jól látású szemem volt alkalmam észlelni a fenti kórkép kifejlődését s annak az alábbiakban elmondandó javulását. Mind a kórkép primaer elfajulása jelleme, mind a beteg alkati vizsgálatának eredménye arra késztet, hogy közöljem az észlelteket. A már említett 11 éves fiút apja azzal a panasszal hozta vizsgálatra, hogy bár semmi nem történt gyermeke szemével és mindig egyformán jól látott mindkét szemével, pár hónap óta »szürkeség lepte be« a balszemét.

A szem állapota első vizsgálatkor a következő volt:

jobb oldalon: jó látású, ép szem,

bal oldalon: izgalommentes a szem, szemhéjak állása jó, a kötőhártya ép. A corneán szalagalakú homály látható, amely a corneát horizontális irányban hidalja át és a pupillát teljesen elfedi. A homálynak mind felső, mind alsó széle élesen végződik, felette és alatta is a cornea ép és csillogó. A homály szélessége 3,5 mm, hosszúsága 10 mm. A homály területében a cornea érzékenysége megszünt, de a cornea ép részén nem; a horizontális homály felett az epithel egyenetlen. A csarnok rendes mélységű, Tn. 24 Hg mm. Visus: k. m. I. Szemmozgások szabadok. A szaruhártya érmentes.

Constitutív vizsgálatának eredménye (dr. Szondi):

I. Habitus: ötszögletes arc, kifejezetten cerebrális típusú homlokkal, kissé széles orrhát és orrgyök, nyomokban még epicanthus. Cutis marmorata. Zománc hypoplasia (Calcipriv hypoplasia).

II. Endokrin status: 1. Morphologiailag, pajzsmirigy rendes. 2. Herék: korának megfelelő nagyságúak (Testometerrel 15 mm széles és 20 mm hosszúak). 3. Sella turcica: korának megfelelő nagyságú, alakja rendes.

B) Életjelenségek: Növése rendes. Csontos váz érése rendes. Ivari szervei normálisak. A vér cukortartalma szabályos (0,08%). Az alimentáris glycaemiás reactio kisebb a rendesnél (asthenias típusú: 42% a normális 65–80% helyett).

III. Neurológiailag: teljesen tünetmentes, a bőr vegetatív beidegzése sympathicotoniára vall (dermographia alba), Röntgenképén semmiféle jelentős elváltozás nem látható, ujjbenyomatok talán kissé mélyebbek.

IV. Belgyógyászatiilag szintén tünetmentes. Tn.: 90/60 Hg mm. Pulsus 100.

V. Genealógiailag: A gyermek apjánál szintén kifejezett zománc hypoplasia látható, apai nagyapja iszákos.

VI. A gyermek története: Első gyermek, szülés rendes volt, héthónapos koráig rosszul fejlődött, kanyaron kívül más baja nem volt.

Mérszegény családi constitutio.

Felmerülhet az a kérdés, vajjon szabad-e a zománc hypoplasia jelenlétéből a vizsgált és az apa calcipriv típusú mérszanyag cseréjére következtetni. A feleletet Erdheim

classikus kísérletei adják meg. Erdheim patkányokon parathyreoidea kiirtással mesterségesen hozott létre tetaniát, súlyos mézanyagcsere-zavarokat és ugyanakkor — tehát azonos okból — tipusos zománc hypoplasiát is észlelt.

Az elmondottakat összegezve, azt látjuk, hogy a beteg apja és a beteg maga is calcipriv constitutiójú egyén. Bár a folyamat féldalalásága ellene szól a jelzett szervezetbeli származásnak, a corneának a szerzők által leírt 2%-os sósavoldattal történő ledörzsölését mellőztem. A kalciumszegény constitúcióval magyarázható mézanyag-csere-zavar feltételezése volt a therapia kiinduló pontja. Ezért egyetértőleg a gyermekgyógyászokkal és azért is, mert az alimentáris glycaemiás reakciója kisebb volt a rendesnél, vagyis astheniás típusú, a betegnek vasat és calciumot adtam. A hatás meglepő volt. Ferrum protoxalatum c. arseno és Calc. carb., calc. phosphoricum, Ferri carb. sacch. keverékének szedése után egy hónappal a szem kissé vérbő lett. Nemsokára az egész corneliás folyamat felpuhultnak látszott. Nyolc-tíz napig tartott ez az állapot, ezt követően a homály középső része apró kis darabocskák alakjában levált a cornea felszínéről. A levált részek alatt a cornea csillogó ép volt.

Vagyis, a calcipriv constitutiójú beteg elégtelen vagy szabálytalan elosztódású mézalapanyagának a helyes mederbe terelése volt az orvoslás célja. Azt hiszem, hogy a mézszegény constitutio nem szól ellene annak, hogy a szalagalakú homályban rendszerint kimutatható a mézlerakódás. Hisz a zománc hypoplasia nem jelenti a teljes, egyenletes mézhiányt, hanem ennek a kóros állapotnak jellemző tényezője a szabálytalan mézszelostódás is lehet.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A máj működési zavaráról typhus abdominalis esetén. *Tschilow.* (Wien. kl. Wschr. 1934. 48. sz.)

Szerző Sofiában egy nagy typhusjárvány alkalmával a betegek nagy többségén erős urobilinogenuriát észlelt. Ez az észlelet késztette arra, hogy a máj működési zavarát szénhidrattehétel útján kimutassa, ami sikerült is neki. Typhusos betegek vércukra 40 g galaktoseval történt terhelés után ugyanis jóval magasabbra emelkedett, mint ahogyan azt egészséges egyénekén észlelni szoktuk. Ebből szerző a máj parenchymájának sérülésére következtet, ami egyúttal megmagyarázza az erős urobilinogenuriát is.

Egedy Elemér dr.

Az akaratlagos légzési szünet mint functiópróba. *G. Hundhausen.* (Klin. Wschr. 1935. 2. sz.)

Az akaratlagos légzési szünet időtartamának vizsgálata a következőképpen történik: A beteget felszólítjuk, hogy két mély légvétel után, a harmadik belégzés tetőfokán tartsa vissza a lélekzetét, amíg csak bírja. Ennek az akaratlagos szünetnek az időtartamát mérjük le. A szünet időtartama egyrészt a légzőcentrum ingerlékenységétől, másrészt a centrumot ellátó vér H-ionconcentrációjától függ. A beteg ugyanis annál hosszabb ideig tudja lélekzetét visszatartani, minél kevésbé ingerlékeny a légzőcentruma és minél később halmozódik fel a kritikus mennyiségű CO₂ a vérben. Viszont a vér szénsavtartalmát elsősorban a gázcsere szabja meg, tehát a légzőfelület nagysága, a tüdő állapota és a keringés minősége. Éppen ezért kísérletük meg az akaratlagos légzési szünetet a tüdő, illetőleg a keringés milyenségének megítélésére felhasználni. A szerző vizsgálatai azonban azt mutatták, hogy a methodus nem nagyon megbízható, amennyiben az akaratlagos légzési szünet már az egészséges embereken is igen különböző: 30 és 90 másodperc között ingadozik úgy, hogy normal-átlagidőről nem lehet beszélni. Azonkívül a vizsgálat egyazon egyéneken megismételve is nagyon különböző eredményt adhat, valószínűleg az idegrendszer állapotától függően: a légzési szünet pl. gyakorlással 130 másodpercig is növelhető. Eléggé állandó a légzési szünet megrövidülése súlyos tüdőbetegségekben, tuberculosisban, emphysemában. Viszont a keringési szervek megbetegedéseiben —

bár nagy általánosságban csökkent — alig használható mint functiópróba, mert pl. kezdődő decompensatióban is előfordulnak hosszú értékek (70—102 másodperc), viszont teljes compensatio mellett is lehetséges nagyfokú rövidülés, nyilván ideges okokból. Nagyfokú anaemiákban néha meglepően hosszú légzési szünetet mérhetünk. Előfordult pl., hogy a beteg, kinek csupán 18% haemoglobinja volt, még négy nappal a halála előtt harminc másodpercig tudta visszatartani a lélekzetét. Ennek oka abban keresendő, hogy az anaemia lassú kifejlődése idején a légzőcentrum ingerlékenysége compensálólág csökkent. *Czomiczer dr.*

Nagy coraminadagok alkalmazása fulladásveszély esetén. *F. Wimplinger.* (Münch. Med. Wochenschrift. 1935. 3. sz.)

Szerző három esetet közöl: az első esetben fürdés közben víz alá merült és húsz perc múlva kimentett teljesen asphyxiás férfinék, a másik két esetben igen súlyos morphium- és veronalmérgezeteknek végső kísérletként (lobelin és strophantin nem hatott) 24—48 óra alatt 10 ccm-enként 25—45 ccm coramint adott, nagyjából intravenásan és részben izomba. Mindhárom esetben azonnali feltűnő hatással; a betegeket sikerült megmenteni. *Frenveisz István dr.*

Fertőző betegségek és hyperthyreosis. *Hofmann.* (Wien. kl. Wschr. 1935. 3. sz.)

Ha Basedow-kórbán és hyperthyreosisban szenvedők kórelőzményét gondosan kutatjuk, igen gyakran tudunk kimutatni valamilyen hevenyfertőző betegséget, ami a pajzsmirigy hyperfunctióját közvetlenül megelőzte. A tankönyvek megemlítik a constitutiót, a lelki megrázkódtatást, a jó d használatát, mint a pajzsmirigy hyperfunctióját kiváltó tényezőket. Szerző a bécsi I. sz. belklinikára Basedowos és hyperthyreosisos beteganyagát 20 évre visszamenően tekintette át a fertőzőes kórelőzmény szempontjából. A fel dolgozott 189 eset 41%-ában minden kétséget kizáróan ki tudott mutatni valamilyen hevenyfertőző betegséget, mint kórelőzményt. A pozitív eseteket tekintve azok 22%-ában torokgyulladás, illetve angina, 19%-ában influenza, 10%-ában ízületi gyulladás, 7%-ában cholecystitis, 6%-ában tüdőtuberculosis szerepel, mint hyperfunctiót kiváltó tényező. De szerepelt még mellhártyagyulladás, tüdőgyulladás, szívburkokgyulladás, vesegyulladás stb. Szerző statisztikája tehát rávilágít ama körülményre, hogy a pajzsmirigy túlműködésének előidézésében más szervek hevenyfertőző betegsége is szerepelhet. *Egedy Elemér dr.*

Sebészet.

A hiatus oesophagei sérveiről. *A. W. Fischer.* (Archiv f. klin. Chir. 178 kt. 2 f.)

Akerlund három csoportba sorolja a hiatussérveket: 1. veleszületett rövid nyelőcső, mely minden repositiós kísérletet lehetetlenné tesz, 2. az ú. n. paraoesophagealis sérvek, melyeknél a nyelőcső lefutása normális és végül 3. azon sérvek, melyeknél bár a nyelőcső a sérvtartalom egy részét képezi, de azért a normálisnál nem rövidebb. Klinikailag és röntgenvizsgálattal ezen csoportokat egymástól elkülöníteni nem lehet. Kivételt képeznek a veleszületett rövid nyelőcsővel rendelkezők. A panaszokkal a sérvek nagysága nem párhuzamos. Igen kicsiny sérvek is okozhatnak kellemetlen nyomásérzést a gyomorgödörben, a falatnak fennakadását, gyomorgéget, felbőgést, hányást stb. és igen gyakori a Bergmann által leírt epiphrenalis syndroma. Ezzel szemben találkoztunk panaszmentes esetekkel is, ahol csak a véletlenül végzett gyomorrontgenvizsgálat deríti ki a fennálló bántalmat. Kezelésünk elsősorban (a kizáródásos esetektől eltérően) belgyógyászati. A lapos hátonefűvés kerüendő, továbbá mindennemű táplálék (bélgázképző anyagok) felvétele, mely a belső hasúri nyomást fokozza. Szénsavas vizek fogyasztása a gyomor felújodása és így a sérvtömlőből való kihúzódása miatt az acut jelenségeket sokszor szünteti. A műtét legtöbbször a has felől is lehetséges és lényege a rekeszszerák összevarrása a sérvtömlőnek kiirtása nélkül. Szerző végül egy esetének műtéti megoldását ismerteti. *Romsauer Tibor dr.*

Az angina pectoris műtéti kezelésének jelenlegi állásáról. *O. Orth.* (Klin. Wschr. 1934. 37. sz.)

A sympathikus és parasymphikus sebészete egyéni meglepetésekben gazdag. Ez az idézet fejezi ki az e területen végzett műtétek nehézségeit és az eredmények bizonytalanságát. Az angina pectoris fájdalom vezető pályáit az ezzel foglalkozó physiologusok és állatkísérletezők részben a nervus depressorba, részben egyenesen a szívbe, esetleg a gang. cardiale vagy gang. stellatum, mások az aorta falában elhelyezett sympathikus hálózatba, avagy a nyaki sympathikus törzsbe

helyezik. Az anastomosisok a vagus és a sympathikus idegek között igen dúsak, úgy hogy egyik vagy másik önálló kiiktatásáról sohasem beszélhetünk. Az idők folyamán négy, sikereket is felmutató műtéti eljárás alakult ki: 1. Jonnescu f. nyaki egy- vagy kétoldali sympathikus törzs resectioja a nervus accelerans cordis érintése nélkül; 2. Eppinger és Hofer a nervus depressor resectióját végzik; 3. Danielopolu a határköteg részresectióját, 4. Tuffier pedig periarterialis sympathectomiát végez az aortán.

Szerző a Jonnescu műtétet végezte több ízben. A teljes irodalom (136 eset) áttekintése után az eredményeket a következőkben foglalhatjuk össze:

A különböző műtétek halálozása 12.5—22.7% között, mozog, teljes gyógyulást pedig 22.7—62% között találunk a szerzők eredményei alapján. A fennmaradó percentszám részben javulást, részben eredménytelenséget tükröz vissza. A műtét javallatát illetően fontos, hogy a belgyógyászati kezeléssel dacoló esetek minél korábban kerüljenek a sebész kezéhez és a műtét ne ultimium refugiumnak tekintessék.

Ha a sokszor húzódozó belgyógyász és sebész pontosan felismerik angina pectorisnál az ő therapeutikai tudásuknak a határait, akkor ez a megismerés a szenvedő betegeknek az üdvét fogja eredményezni.

Romsauer Tibor dr.

A kirekesztés resectio és a GEA-val kombinált pylorus lefűzés késői eredményeinek értékelése nyombél-fekély esetén. Konjetzny, Kastrup. (Der Chirurg. 1934/12.)

35 beteget vizsgáltak meg tartós eredmény szempontjából 10 évre visszamenőleg, kirekesztés resectio után. Igen jó eredmény volt 24-nél, jó 5, rossz 6 betegnél. Igen jó lejezték a teljes panaszmentességet, rendes étkezés, súlygyarapodás és munkabírás mellett. Jóval, amikor a panaszmentesség csak bizonyos idő után állott be, diéta élet mellett munkabírás, és rosszal, ha panaszai megmaradtak s a munkaképesség akadályozott volt. Ulcus pepticum jejunita utaló tünetek még rossz esetekben sem voltak, két betegnél pedig, ahol erre gyanakodtak, a megejtett röntgenvizsgálat negatív volt. 18 betegnél végeztek chemiai vizsgálatot, s 10 esetben magasabb, 4-ben normális és 4-ben alacsonyabb savértéket találtak. Ezen 10 igen jó eredményű beteg közül 7 hyperacid volt, tehát a műtét utáni magasabb savérték nem jelent rossz eredményt. A vita a kirekesztés resectiónál az, hogy a bent hagyott pylorus a műtét eredményt befolyásolja, tehát szorgalmazzuk-e a pylorus eltávolítását is, vagy nem. Kirschner-Philippides és mások vizsgálataik alapján kimondják, hogy a pylorus visszahagyása a késői eredményt nem befolyásolja, sőt továbbmenve azt hangsúlyozzák, hogy a palliatív resectiók eredményei majdnem megközelítik a radicalis resectiókét. Vizsgálatok igazolják, hogy még a subtotalis resectio sem befolyásolja biztosan a sósav csökkenését s így esetleg pepticus fekély keletkezését. Mindaddig, míg nincs kimerítő ismeretünk az érintetlen és operált gyomor pathológiájáról, a kirekesztés resectiót oly eljárásnak kell minősíteni, amely gyógyulást eredményez s amelynek eredménye nem áll messze a radicalis resectióétól.

Nánay Andor dr.

Szüléset.

Külső fájásmérés és a szülés lefolyása. H. Kolbow. (Zeitschr. f. G. u. G. 1934. 110/1.)

Frey és munkatársai vizsgálatai alapján ismerjük a fájászámok fontos szerepét a szülés normalis lefolyása szempontjából. Ha a fájások száma a megállapított maximumot meghaladja, úgy a legtöbb esetben szülési akadályról van szó, mely a szülés természetes lefolyását lehetetlenné teszi. Ez mindenekelőtt a téraránytalanságra vonatkozik és ilyenkor a pontos fájászámolás rendkívül megkönnyíti a műtéti javallatokat. A fájások számának meghatározása azonban cserben hagy olyankor, ha fájásrendellenességről van szó. Így Günther K. F. Schultze 110 először szülő nő esetében időelőtti vagy korai burokrepedéssel 4—6%-ban talált simán lefolyt szülést olyankor, midőn a maximalis fájászám lényegesen több volt. Többes szülő nőknél még gyakrabban lehetett a Frey-féle számoktól eltérést észlelni, anélkül, hogy a szülés lefolyása lényegesen zavart szenvedett volna. Fontos azonban, hogy ezen esetekben a szülőtevékenység nem volt kielégítő.

Hasonló eredményekre jutott Hans Peter Müller is. Frey maga is hangsúlyozza, hogy megállapításai csak azon esetekre érvényesek, melyekben fájáserősítő szerek adagolása nem történt, amely sokat von le eljárásának értékéből (Schultze). Azonban mint ahogy Winter vizsgálatai óta tudjuk, nem a fájáserősítő szerek adagolása az oka az eltérésnek, hanem a méh elsődleges csökkent értékűsége, mely a fájáserősítő szerek alkalmazását szükségessé tette. Azon esetek számára, melyekben az egyébként normalis szüléshez rendellenesen sok fájás

szükséges, a magyarázatot a fájások minőségében kell keresni.

Mostanáig nem állt rendelkezésünkre olyan készülék, mely a fájások minőségét pontosan leírta volna. Újabban azonban Frey egy készüléket szerkesztett, — a hysteronographot — mely nemcsak a fájások számát, erősségét, tartamát méri, de ezenfelül a méh nyugalmi tonusának értékét is állandóan regisztrálja.

A hysteronograph-fal végzett vizsgálatok eredményeként megállapítható, hogy a méh nyugalmi tonusának értéke, valamint a fájások által kiváltott kilengés nagysága a szülőtevékenység két alapvető tényezője, melynek váltakozó tevékenységéből a szülés haladása legnagyobbbrészt függ. Mindazon szövődésmenyes spontán szülések esetén, melyek aránylag csekély számú (50, legfeljebb 100) fájás után befejeződtek, a talált értékek átlaga a következő volt: a méh nyugalmi tonusa 10.0—11.5 mm, fájáskilengés 1.0—2.0 mm, fájásgyakoriság 8—10 (7—11) félóránként. Ezen értékek úgy első, mint többször szülő nőknél azonosak. A burokrepedés nem befolyásolja lényegesen a fájás minőségét. A kitolási szakban rendszerint megmaradt az eredeti méhnyugalmi tonus. A fájáskilengés ellenben a hasprés közreműködése révén 0.5—1.0 mm-rel fokozódott.

A fájások nem kielégítő minősége egymagában is oka lehet tartósabb szülési zavarnak. A nem kielégítő méhtevékenységnek négy válfaját lehetett megkülönböztetni: 1. a méh teljes nyugalmi helyzetben. A méhizom-tonus messze a normalis 10 mm-es érték alatt van. Egyes fájások hiányosak vagy igen gyengék, 1 mm alatti kilengésűek. 2. Szabályos fájások dacára a méh nyugalmi tonusa rendkívül alacsony. A fájások kilengése ilyenkor magas, 3—5 mm-nyi. Az egyes látszólag erőteljes fájások mégis hatástalanok maradnak, mert a méh szükséges alapotonusa hiányzott. 3. Az alapotonus normalis, de az egyes fájások kilengése elégtelen. 4. A méh fájásszünet alatti feszültsége rendellenesen magas, 12 mm-es vagy még több. A fájásszünetben nem következik be a szükséges ellazulás, úgyhogy állandó görcsös összehúzódás áll fenn. Dacára a fájások látszólagos nagyságának és fájdalomosságának, a szülés mégsem halad a méh állandó, görcsös összehúzódása miatt.

Klinikai szempontból különösen a II. és IV. típusnak nagy a jelentősége, mert itt látszólag kielégítő, sőt erőteljes fájások dacára sem halad a szülés.

Természetesen a szülés többé-kevésbé gyors lefolyása nem egyedül a fájások minőségétől függ, erre a szülőutak és a szülési tárgy egyaránt befolyást gyakorolnak. A fájászámok értékelése körjólattól szempontból azonban csak teljes értékű fájások mellett lehetséges. Azon esetek, melyekben a fájások túlnagy száma dacára is a szülés anyára és magzatra ártalmas hatás nélkül folyik le, kivétel nélkül rendellenes fájásokra vezethetők vissza.

Rechnitz Kurt dr.

Vegyí méhkiirtás. G. Gambarow. (Zbl. f. Gyn. 1934. 34. sz.)

Hegartágítás után a méhürbe 7—13 cm hosszú, 8—10 mm vastag, zinkchlorid, zinkoxyd és lisztből készített Dumont-pallier-pálcát helyez, mely körül a zinkchlorid maró hatására elhalt méhfalból sequester képződik s ez 8—14 nap alatt vagy magától kilökődik, vagy fogóeszközzel könnyen eltávolítható, úgyhogy a méh falából csak a serosa s az ezzel határos vékony izomréteg marad vissza. Ezen eljárást három, a méhtest rákjában szenvedő, magaskorú s szív-, illetve vesebaja miatt különben sem operálható nőbetegen végezte el. Kisebb alhasi fájdalomok s néhány napig tartó hőemelkedésen kívül szövődésmény nem fordult elő. Egyik betege hét a másik egy év múlva recidivamentes volt, a harmadik 1 1/2 évvel a kezelés után — valószínűleg recidiva folytán — meghalt. Tapasztalatai alapján a méhtest rákjának oly esetekben, ahol a műtét kivihetetlen vagy ellenjavalt, ajánlja — esetleg sugaras kezeléssel összekapcsolva — a méh vegyi úton való kiirtását.

iff. Mauks Károly dr.

Urologia.

Az ú. n. »Psoasrandsymptom«-áról pyelographiában. K. Hutter. (Ztschr. f. Urol. 1934. 28. 721.)

Pyelographiá alkalmával gyakran észlelte azt a feltűnő jelenséget, hogy a vesemedence és az ureter kezdeti része medialisan egy éles egyenes vonaltól vannak határolva, mely a lateralis psoaszélel párhuzamosan halad. Szerző ezt a jelenséget nevezi »Psoasrandsymptom«-nak (P. S.) és szerinte ez a jelenség a felső húgyutak hypotoniájának a tünete. Ribbing német, mely szerint a P. S. csupán a contrastanyag rétegeződésének a következménye, azzal cáfolja, hogy a P. S. hydronephrosokban, melyekben a rétegeződéssel leginkább számolni kell, a P. S. sohasem észlelhető, másrészt a beteg különböző helyzeteiben történő röntgenfelvételeknél is látható a P. S.

Bodon Gy. dr.

A vesemedence-papillomákról. *F. Kamil.* (Ztschr. f. Urol. 1934. 28. 739.)

Két típusos esete kapcsán általános ismertetését adja a vesemedence-papilloma tünettannának, diagnosízának és kezelésének. Vérzések ellen 10—20%-os kollargolöblítéseket ajánl. Akár jóindulatú a papilloma, akár rosszindulatú, mindegyik esetben a legradicalisabban kell eljárni és a vesével együtt az ureter is legalsó szakaszáig eltávolítandó.

Bodon Gy. dr.

A pyonephrosis kezelésének eredményeiről. *E. Bantz.* (Ztschr. f. Urol. 1934. 28. 724.)

A kieli sebészeti klinikán 1917—1932 között 101 pyonephrosist észleltek. Kizárólag nephrektomiát végeztek, a nephrotomia nem vált be. A pyonephrosis esetek öszmortalitása 1917—28 48%, 1925—28 59,7%, 1928—32 11,9%. A nephrektomizált esetek mortalitása 1917—28 29,4%, 1925—28 27,3%, 1928—32 12,5%. A nem operált esetek mortalitása a vizsgált időszak alatt 80%—72% között változott. A nephrektomiák 1929 óta észlelhető mortalitáscsökkenése abban a körülményben leli a magyarázatát, hogy ez idő óta nagy gondot fordítanak az esetek kellő műteti előkészítésére. Hosszú időn keresztül, esetleg hónapokon át az általános erőbeli állapotot próbálják felfokozni, elsősorban a vesemedence ureterkatheteren keresztül történő drainage-á és öblítésével. E mellett peroralis desinfienciák és esetleg digitalis cura. Régebben ezt a kezelést csak az inoperabilis esetek számára tartották fenn. Kitűnő hatását látták a nagy mennyiségben alkalmazott szőlőcukorinfúzióknak is.

Bodon Gy. dr.

Szemészet.

Klinikai tapasztalatok argolával-lal. *Hermann.* (Bajor Szemészársaság üléstudósítás, Ref. Klin. Monatsb. f. Aug. 1934 jan.)

Szerző 2%-os kenőcsöt használt, melyet a betegek jól tűrtek. 300 pontosan ellenőrzött nem diplobacillus eredetű kötőhártyahurutot kezelt kizárólag argolával-lal. Az ezüst-nitráttal szemben előnye, hogy kisebb a fehérjékcsapó hatása (fele annyi) ugyanazon baktericid hatás mellett. Tehát főleg ott javult, ahol az energikus ezüst-therapia. Igen jó hatású a pneumococcus-hurutnál, ahol a lapist helyettesíti (gyermek-ek!). Házi használatra is alkalmas, nem fájdalmas szer; benne az ezüst a hexamethyltetraminhoz van kötve. Hatásmechanismus: csekély felmelegedésre az oxigenje felszabadul és az ezüst ion alakjában jelenik meg. Az idült gyulladások kezelésében azonban nem múlja fel a többi fehérje-ezüst kolloid-készítményeket; utóbbiakra a mélyhatás jellemző kevesebb activ Ag. mellett. Szemhéj-ekzemák is jól reagálnak. A szert Casper és Zeltner állították elő, urológiai célokra (cystitis).

(Hasonló eredményekről számolt be előadásában Nónay és több hozzászóló a Magyar Szemészársaság 1931. júniusi ülésén. Ref.)

Grósz István dr.

Az ideghártyaszakadás elzárására szolgáló elektrolysisról. *Imre József.* (Zeitschrift für Augenheilkunde 1934 November.)

Imre József abból az alkalomból, hogy *Vogt* az elektrolysis ajánlotta az ideghártya szakadásának elzárására, felemlíti, hogy a Magyar Szemészársaságban már 1932-ben beszámolt az elektrolysisról a tapasztalatairól. Az elektrolysis egyszerű kíméletes, de hosszan tartó érhártyagyulladás okoz. Vannak esetek, amikor a cauterezés nélkülözhetetlen és pedig galvanocauterrel. Az eseteket egyenként kell megítélni. A diathermia *Safar-Weve* módszere szerint kis degenerációs nyílások s nagy sérülések szakadások esetén beválk.

(Az ideghártya leválásának operatív gyógyítása *Govin* kezdeményezésére az utolsó 12 év alatt igen nagy haladást mutat, de a módszerek és az indicatiók megállapítása még alapos megfigyelést s kísérletet igényel. *Vogt* az elektrolysisnál a káthod alkalmazására fekteti a súlyt. Évek szükségesek a legjobb eljárás megállapítására. Ref.)

Grósz Emil dr.

A káthod-elektrolysis eredménye. *Vogt.* (Graefes Archiv f. Ophthalm. 934. 1.)

Eljárását a legkíméletesebb beavatkozásnak tartja szemben a cauterrel (500—1000^o-nyi hőkezelés) és a nem adagolható lúgkezeléssel. Az 50—120 Ma-rel dolgozó diathermiát is veszélyesnek tartja (szikraképződés); a tű ugyanis csak a basisán cauterez és itt képződnek a buborékok is (56% H, 32% N, 10% O és 1,6% CO₂), míg a tű csúcsa lehül és coagulatio helyett csak új rést üt a retinában. A »katholysisnél« ellenben a tű egész hosszában így a csúcsán is buborékképződés van. Az eredmény: pontoszerű finom chorioretinalis hegek,

mert 1/2—1 Ma-rel alig okoz diszoziotív ártalmat a szövetekben. Az anód használatát, mint alkalmatlant elveti. A műtét-hez csak egy az epilatiohoz szükséges készülék kell és néhány finom tű. A beszúrás előtt zárja az áramot (1—2 Ma) és a tűt 1/4—1 másodpercig tartja a szemben, miközben lehetőleg a szakadás alapját és szélét találja el. Közben orientatio céljából tükröz (a bő H-képződés miatt jól látható a beszúrás). E beszúrásokat többször (12-szer) megismétli. Több kórtörténetet közöl, köztük infaust eseteket is (igen régi vagy nagyterjedésű szakadások, magas kor), melyeket igen jó eredménnyel operált meg. A tükrözésnél steril phys. NaCl-dal öblíti le a corneát, contact üveget nem használ. Állatkísérletek alapján a tű néha a Safar-féle tüsepróval is helyettesíti: Az inderferens elektródot (anód) a bulbusra helyezi. Eljárását, mely megismételhető, finom adagolási lehetősége, kitűnő eredményei és veszélytelensége miatt a többi eljárások elé helyezi.

Grósz István dr.

Bőrgyógyászat.

Hogy kezeljük a makacs seropositív, tünetmentes syphilit? (*Körkérdés*). (Derm. Wschr. 27. sz. 1934.)

J. Hämel, Würzburg: Tervszerűen bevezetett kezelés folyamán tartós Wa. R. positivitást ritkán észlelünk. Ilyen esetekben legelső sorban vizsgálat tárgyává kell tennünk azt, hogy a kezelés valóban a jelenlegi tapasztalatoknak megfelelően a legkielégítőbb volt-e. Azon betegeknek, akiknél ennek dacára a Wa. állandó positivitást mutat, legfontosabb momentum a gerincvelőfolyadék pontos vizsgálatának eredménye. Ha ellenben a gerincvelőfolyadék negatív, úgy több, 4—5 erőteljes kombinált kúra keresztülvitele ajánlatos.

Mieser, Zürich: Makacs seropositív esetében energikus kombinált kúra ajánlatos rövid intervallumokkal, e mellett változtathatjuk a praeparatumokat, igénybe vesszük a biológiai activáló methodusokat, elsősorban a láztherapiát (malária), quarsfénybesugárzást és egyebet. Ha a seropositívitás a syphilit késői stadiumában észlelhető, ilyenkor a beteg állapota irányadó. Ha fiatal egyénről van szó, az erőteljes kúrák továbbvitele ajánlatos. Idősebb betegeknek, ha az erőteljesebb cura után súlyosabb tünetek nem észlelhetők, elegendő a beteg állandó controllvizsgálata (siv, liquor). Ha a tartós seropositívitás anamnestikai adatok nélkül áll fenn, a kezelés után még legalább 10 éven keresztül ellenőrzés alatt tartjuk a beteget.

P. Mulzer, Hamburg: Ha a seropositívitás a primaer vagy a korai második szakban áll fenn, maximalis korai kezelést végzendő. Jó szolgálatot tesz ilyenkor, ha a kezelést láztherapiával kombináljuk. Régebbi secundaer, vagy tertiaer seropositívitás mellett, ha különben a liquor normalis, kombinált maláriacúra célravezető. Ha a vér szanalása a lázkúra után nem következik be, újabb neosalvarsan bi. kúra végzendő. Ezek eredménytelensége esetén, ha a beteg klinikailag semmiféle tünetet nem mutat, tanácsos prophylactikus hosszabb időn keresztül évenként 4—6 héten át jódot adagolni. A megfigyelések szerint a legmakacsabbak a kezelésekkal szemben a régi congenitalis luesek. Prognostikailag azonban ezek az esetek a legkedvezőbbek.

G. Riehl, Wien: Seropositív esetében állandó ellenőrzés mellett több éven keresztül újabb kombinált neosalvarsan-bismutkúrák végzendők. Tanácsos a kombinált kúrákat activáló methodusokkal egybekapcsolni.

B. Spiethoff, Leipzig: Makacs seropositív esetében, ha az a fertőzés korai szakában észlelhető, az erőteljesen véghezvitt kombinált antilueses kúra maláriakezeléssel kombinálható. Késői syphilit esetében a maláriacúra csupán positiv liquorlet esetében vezetendő be. Abban az esetben azonban, hogyha a liquor kóros elváltozást nem mutat és e mellett egyéb szervek tünetmentesek, az állandó ellenőrzés mellett különbeni kezelés felesleges.

J. J. Zoon, Utrecht: Az utrecht-i bőr- és nemibeteg-klinikán már régebb idő óta azt a gyakorlatot követik, hogy kezelés után is állandóan positiv syphilit esetében, ha tünetek nincsenek, antiluetikus kúrát nem végeznek. Állandó ellenőrzés alatt tartják a beteget, különös figyelemmel a belső szervek állapotára és az idegrendszerre.

Németh Pál dr.

A Löwenstein-féle tenyésztési eljárással szerzett tapasztalataink. *H. Kalbfleisch* és *E. Kalbfleisch.* (Wiener Klin. Wschr. 1934. 30. sz.)

A Löwenstein-féle tenyésztési eljárás a tbc-bacillusoknak a tbc-s secretumból és excretumból való kimutatására az általa közölt táptalajon jól bevált, biztonság tekintetében azonban nem éri el a tengerimalac-kísérletet. A tbc-bacillusoknak a véráramból való kitenyésztése *Löwenstein* szerint, dacára az eljárás legpontosabb betartásának, az emberi és tengerimalac tbc-nek csak egyes eseteiben sikerült.

Szép Jenő dr.

KÖNYVISMERTETÉS

A röntgenológia alapvonalai. Irta: *Kelen Béla* egyet. nyilv. r. tanár. (Kiadta a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat.)

A magyar röntgentudomány legillusztrisabb képviselője nagyon értékes ajándékkal lepte meg a magyar orvosokat s gazdagította a magyar röntgenológiát. Röntgen-munkában és oktatásban eltöltött évtizedek kellene ahhoz, hogy valaki az orvostanhallgatók, gyakorlóorvosok és röntgen-szakorvosok részére egyaránt értékes könyvet írasson. *Kelen* professor ezt a nehéz problémát olyan sikerrel oldotta meg, hogy az öreg szakorvos is egyre fokozódó kíváncsisággal olvassa végig a 334 oldalas munkát. Csak a gyűjtött tapasztalatok azon magaslatáról, melyen *Kelen* professor áll, lehetett ilyen világosnak, egyszerűnek meglátni azt, ami a röntgen-diagnostikában valóban fontos s ami a kezdők, haladók részére egyaránt szükséges. A magyar röntgenológia fejlődésében nevezetes dátum ennek a könyvnek megjelenése. Végre van tankönyvünk, mely a medikus s a gyakorló orvost a röntgentudomány minden terén kellő mértékben tájékoztatja, a szakorvos kezébe pedig megbízható vezetőfonalat ad.

A fizikai, elektrotechnikai alapfogalmakat s a röntgenezés technikai részét könnyen érthető módon tárgyalja. A röntgentudománynak ezt a nehéz, sok tankönyvben zavaros fejezetét mesteri kézzel tudja leegyszerűsíteni, könnyen megjegyezhetővé tenni. Nem követel az olvasótól több fizikai előismeretet, mint amennyivel a medikus s gyakorló orvos rendelkezik. Kevés fizikai képlettel, matematikai levezetések, fejtegetések nélkül is eléri célját. A nehezebben érthető graphikonok helyett az adatokat táblázatokban találjuk. Szerző minden fejezetben gyakorlati célokat tart szem előtt. Könyvéből hiányzanak a röntgentankönyvekben szokásos, részben elavult, részben felesleges fejezetek. Kiemelendő értéke, hogy valóban a legújabb keletű röntgendiagnostikát nyújtja. Minden szerv diagnosztikájánál általános és részletes részt ad, melyben a medikusok az elemi tudnivalókat, a szakemberek pedig ismereteik rendszeres összefoglalását és gyors tájékozódást találnak. A gyakorló orvos pedig ezenkívül tömör foglalatát találja annak, amit a röntgenezéstől várhat. Hely jutott az elkülönítő körjelzés szempontjából fontos momentumoknak is. 141 ábrája kitűnő. Therápiás része tökéletes egészet képez.

Általános és részletes tudnivalókat tartalmazó fejezetei több évtizedes tapasztalás szűrőjén mentek át.

S a könyv stílusa? Szerző «népszerűnek» jelzi könyve előszavában. Ez több annál! Nemcsak egyszerű, világos, magyaros, hanem mindvégig élvezetes. Az a stílus, melyet *Kelen* professor orvosegyesületi előadásaiban, legutóbb a rákciklus folyamán is, örömmel figyeltünk. Leköti, érdekli az olvasót.

A röntgenre vonatkozó alapismereteket ma már egyetlen orvos is orvostanhallgató sem nélkülözheti. Meggyőződéssel állítom, hogy *Kelen* professor könyvéből sajátíthatják el leggyorsabban, legkönnyebben. A fentiekben ismertetett könyvet az Orvosegyesület a Balassa-jutalomdíjjal tüntette ki.

Erdélyi József dr.

Die Haut- und Geschlechtskrankheiten. Herausgegeben von Prof. L. Arzt und Prof. K. Zieler. (Lieferung 18—19 u. Lief. 20. Urban u. Schwarzenberg, Berlin, Wien, 1934.)

Rövid szünet után újra előtűnik fekszik a kitűnően szerkesztett kézikönyvnek két vastok füzet. A 18—19 folytatás az első kötet befejező részét képezi és 23 ív terjedelmű. Megírásában több szerző osztozkodott. A «bőr és belső elválasztás» fejezetét *J. K. Mayr. Prof.* (München) írta, dicséretes rövidséggel. «A bőrbajok táplálási terapiájá»-nak ismertetése *E. Urbach* (Wien) tollát dicséri. E felette szövevényes és még korántsem tisztázott kérdés most áll az érdeklődés gócpontjában, Az olvasó sok tanulságos adatról szerez tudomást. A cikket 18 ábra és egy színes tábla gazdagítja. «Az öröklés a bőrbajok aetiologiájában» című fejezet *L. Leven-tól* (Wuppertal—Elberfeld) ered. A sok-sok tanulságos adat e részben igen jól van összefoglalva. «Általános dermatológia» címen ismerteti *L. Arzt prof.* (Wien) azokat az általános bőrkórtani fogalmakat, melyeknek ismerete feltétlenül szükséges az egyes körképek felismeréséhez. A nagy tapasztalású, kitűnő szerző e fejezetet páratlanul gazdag ábraanyaggal (112 ábra, két színes tábla) világítja meg. «Az általános therápiás rész» *C. Siebert* (Berlin) tollából ered és dicséretes beosztással tárja az olvasó elé a felette számos szükséges tudnivalót. «A bőrbajok fizikális kezelésé»-nek megírását *J. Kowarschik* (Wien) vállalta. E rész a thermikus és elektromos gyógyeljárások rövid, világos leírását tartalmazza (31 ábrával). «A fénykezelési eljárások és a röntgenkezelés» fontos fejezetét *H. Fuhs prof.* (Wien) és

J. Konrad (Wien) írta meg. Ezt a fejezetet a világos, áttekinthető leírás jellemzi; nagy előnye az 50 tanulságos ábra és két színes tábla is, mely a szöveget gazdagítja. Az utolsó fejezet a *radiumról* szól és *H. Fuhs prof.* kitűnő tollát és nagy tapasztalását dicséri. A fontos fejezetet 11 ábra kíséri.

A kézikönyvnek különösen értékes része az a két fejezet, mely a 20. folytatásban talál elhelyezést. A füzet első részét *H. Gotttron prof.* (Berlin) dolgozta fel négy ívnyi terjedelemben és a *bőr keringési zavarait és vérzéseit* foglalja magában. A szerző az e csoportba tartozó különböző bántalmakat kitűnő beosztással, világosan tárgyalja és a fejezet nyilván azért is sikerült oly jól, mert *Gotttron* több idevágó önálló kutatással teljesen beavatott e tárgykörben. A gyakorlat szempontjából igen fontos fejezet az, mely a *bőr mechanikai, vegyi, hő és sugaras sérüléseit* tárgyalja és *L. Kumer* (Innsbruck) nagy tapasztalását és kitűnő tollát dicséri. A mintegy 12 ívre terjedő fejezetaránylag igen szűk keret ahhoz, hogy az idetartozó bántalmaknak nagy számát kielégítően, jól érthetően lehessen feldolgozni. Nos, *Kumer*-nak ez a feladat mégis jól sikerült, mert az olvasó minden felesleges sallangtól mentesen a legszükségesebb tudnivalókat szabatos leírásban megkapja. A leírás kitűnően élénkíti a sok pompás ábra (88 szöveg közti ábra és egy színes tábla), melyeknek egy jó része *Arzt* klinikájának gyönyörű gyűjteményéből ered.

A két most megjelent folytatás megint csak újabb bizonyítéka annak, hogy *Arzt* és *Zieler* hatalmas vállalkozása minden tekintetben sikerrel járt, mely a szakkörök teljes elismerését máris kiérdemelte.

Guszman prof.

Die Variabilität der Organismen und ihre Normgrenzen. Hans Günther. (Georg Thieme. Leipzig. 132 oldal. Ára 7 márka.)

A statistika mint módszer az exact természettudományokba is befészkelte magát; az élettől foglalkozó tudományágak (elsősorban az öröklés- és alkattan) nem is nélkülözhetik azt. Az itt szereplő anyagnak és oki tényezőknek rendkívüli változatossága a tárgy collectiv feldolgozását kívánja, melyben éppen a statistika jön segítségül, mely a nagy anyagból törvényszerűségeket olvas ki. Érthető tehát, hogy *Günther* munkája, mely a szervezetek változékonyságával és a normalitás határaival foglalkozik, voltaképpen legnagyobb részben a variációs statistika elemeit, módszereit adja, amint ez a könyv alcíméből (zugleich ein kurzer Leitfaden der Variationsstatistik) is előtűnik. A statistikai módszer megfosztja az anyagot mindazoktól az esetlegességektől, melyek a véletlentől függnek és kihámozza belőlük a lényegét. De éppen mivel a véletlennek igen nagy szerepe van az itt szereplő tulajdonságok alakulásában, eloszlásában, ez az anyag egyszersmind tárgya lehet a valószínűség-számításnak is, mely a véletlentől függő eseményekkel, tulajdonságokkal foglalkozik. Ugyanaz a feldolgozás tehát, mely a collectiv számszerű jellemzését adja, egyúttal felhasználható arra, hogy az eredmények valószínűségi fokát, sok esetben bizonyosságát is megadja (hibaszámítás). Így a törvényszerűségek felismerésére vezető módszer egyúttal az eredmények megnyugtató kontrollává válik. Szerző könyvével a statistikai módszer szeretetét is propagálni kívánja az eredmények megbízhatóságáért érdekében; a részletek iránt érdeklődőknek a gondos irodalmi utalások lehetnek segítségükre.

Buday László dr.

Utmutató a hivatalos gyógyszerek rendeléséhez. Irta: *Sághy Ferenc dr.* egyet. m. tanár, tisztiorvos.

Vékony zsebfüzet, mely egy névsorban ismerteti a hivatalos szereket, legnagyobb adagaikkal, megmondván az összetettek összetételét. Csoportokba foglalja az ampullázott s a comprimált szereket, a közgyógyyszerellátás terhére rendelkezhetőket, norma pauperum-ot és végül a vegyi vizsgálatra szükséges mennyiségek táblázatát adja, ami a patika-vizsgálóknak igen hasznos. Orvosoknak, de különösen tisztiorvosoknak ügyes tájékoztató.

Sz.

Der Arzt als Erzieher des Kindes. Prof. Dr. A. Czerny. 106 oldal. Franz Deuticke, Leipzig—Wien. 1934. Ára 2.80 márka.

Hogy orvosi közreműködés nélkül minden tanítás és nevelés csak félmunka, avval az összes illetékes körök már régen tisztában vannak, csak azon kérdésben merültek fel nézeteltérések, mekkora befolyást biztosítsanak az orvosoknak ezen a téren. Magyarország volt az első állam, amely *Fodor József* kezdeményezésére már 60 évvel ezelőtt felállította az iskolaorvosi intézményt és gyakorlatilag is megvalósította ezen elvet. A szerző nagyon helyesen már az iskolakötelezettség előtti időben is multhatatlanul szükségesnek tartja, hogy a nevelés minden kérdésében az orvos tanácsát is igénybe vegyék és bizonyos szigorúan körvonalozott esetekben még az enyhe testi fenyítést is nemcsak megengedhetőnek, de elkerülhető-

lenül szükségesnek is tartja. E nélkül elég sok gyermekben egocentrikus hajlamok kapnak lábra, amelyek azután az érettebb korban sem fejlődnek vissza és a meg nem értés, később az elhanyagoltság keserű utóízével valósággal elkese-ritik az illetők egész életét. Az iskolai túlerheltetés kérdésében mindig az orvos szava legyen döntő, nem pedig a paedagogusoké, akik mindig saját tárgyukat tartják legfontosabbnak és bármilyen csekély korlátozással szemben is a legerélyesebb ellenállást fejtik ki.

A széles látókörű gyermekorvos élénk színekkel tárja elénk az »egyetlen gyermek betegségének« kaleidoszkopszerűen változó körképét, és megjegyzi, hogy ezen betegség elég gyakran a többgyermekes családokban sem hiányzik.

Úgy orvosok, mint paedagogusok nagy élvezettel és sok haszonnal fogják forgatni a rendkívül tartalmas és szellemes könyvecskét.

Vajda Károly dr.

Közkórházi Orvostársulat január 16-i évváró közgyűlése.

Furka S. elnök megállapítja, hogy a Közkórházi Orvostársulat élete az elmúlt évben is élénk munkásságban telt el, s működésének 41-ik évét zárta le. Emlékezetes marad az elmúlt esztendő két szempontból. Nevezetesen a múlt évben leplezték le a Rókus-kórház homlokzatán *Semmelweis Ignác* domborműves emléktábláját és állandó helyiséget teremtettek és rendeztek be a társulat számára. Most már van célszerűen berendezett, elég kényelmes üléstermük, ami bizonyára fokozni fogja úgy a főorvosok, mint általában tagjaik tudományos munkálkodását és az ülések látogatottságát. Kegeletes szavakkal emlékezett meg múlt évben elhunyt 12 tagtársukról. A nyugdíjaztatás folytán az igazgatótanácsból kivált tagtársakat: *Kovács József Krepuska Géza, Minich Károly, Okolicsányi-Kuthy Dezső, Ráskay Dezső és Wenhardt Jánost* kérte, hogy támogassák a társulatot továbbra is, majd üdvözölte az újonnan kinevezett főorvosokat: *Gölze Árpád, v. Cseley József, Haynal Imre, Borsos (Nachtnebel) Odón és v. Gönczy Istvánt*. Megköszönte a székesfőváros vezetőségének adományát, valamint *Ritók Zsigmond* központi kórházigazgató és *Wolff Károly* Rókus-kórházi igazgató-főorvos lelkes támogatását.

Bejelentette ezután, hogy az elnökség két éves megbízatása lejárt s újnak adja át a helyet; az igazgató-tanács egyhangú határozata alapján elnökké: *Torday Árpád*, alelnökké: *Bézi István*, belső-titkárrá: *Raisz Dezső* főorvosokat választotta meg. Meleg szavakkal üdvözölte az új elnökséget, s kívánta, hogy nagy tudományos felkészültségükkel és eddig is tapasztalt buzgó munkásságukkal minél nagyobb eredményeket érjenek el.

Bézi I. titkári jelentésében beszámol a tudományos ülésekről, az alapszabály módosításáról, mely szerint a külső tagok évi tagsági díját 8 P-ról 4 P-re szállították le. Ülés-tudósításainak az *Orvosi Hetilap*-ban és a *Gyógyászatban* közléséért és a mindenkor tapasztalt előzékenyséért köszönetet mond a lapok főszerkesztőinek.

Majd beszámol a jutalomdíjakról: a *Szili-féle szülészeti és nőgyógyászati jutalomdíjat* (200 pengő) kapta *Simkó Béla*. Az *Egger* gyógyszerészeti gyár *Revival-díjából* 100—100 pengőt kapott *Nebenführer László* és *Réffy Ferenc*. Értékes tudományos munkásságáért és szorgalmáért dicsőre elismerésben részesült *Szenteh István* és *Pásztay Géza*.

Két eseményről számol még be, melyek határkövet jelentenek a Társulat életében: 1934. évi május hó 27-én az Orvosi Nagyhét alkalmával leplezték le a Szent Rókus homlokzatát ékesítő *Semmelweis-emléktáblát* felemelő ünnepély keretében.

A másik fontos esemény az *állandó ülésterem* ünnepélyes felavató ülése volt a Szent Rókus-kórházban 1934. évi december hó 12-én.

Elnök indítványára a közgyűlés *Bézi István* belső-titkárnak kiválóan eredményes munkásságáért köszönetet szavaz.

Hochenburger E. pénztáros a társulat vagyoni helyzetéről számol be és előterjeszti a jövő évi költségvetést.

Az új titkárt a közgyűlés egyhangúlag megválasztotta: elnök: *Torday Árpád*, alelnök: *Bézi István*, belső-titkár: *Raisz Dezső*, üléselnökök: *Szálvik Ferenc, Törsev Ernő*, külső-titkár: *Liteczky Andor*, pénztáros: *Hochenburger Emil*, ellenőr: *Pásztay Géza*, jegyzők: v. *Hegedüs Lajos* és *Windt Sándor*, pénztárvizsgálók: *Halka Lajos, Raisz Aladár* és *Vámos Gyula*.

Ezután **Guszman J.**: tartotta meg a hagyományos *Semmelweis ünnepi előadást* »A világra hozott syphilis prophylaxisa« címen. (Egész terjedelmében megjelent az O. H. f. é.

4. számában.) Elnök a nagyszerű előadást meleg szavakkal köszönte meg és nyújtotta át az illusztris előadónak a társulat legnagyobb kitüntetését a díszes *Semmelweis emlékérmét*.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztályának január 15-i közgyűlése és ülése.

Safranek J. elnöki megnyitójában *Bilancioni* professornak elhunytáról számol be, aki mint Magyarországnak lelkes híve, fáradhatatlanul munkálkodott a két ország között lévő culturalis és baráti kapcsolatok kimélyítésében. A szakosztály kegeletes megemlékezésüknek felállással ad kifejezést. Bejelent a két esztendő ciklusra szóló megbízatás lejárta. Megelégedéssel tölti el az a tudat, hogy amikor hazánk válságos éveit éli, szakosztályuk jelentős munkával veszi ki részét országunk újjáépítésének magasatos munkájából.

Ismerteti *Zimányi V.*-nak a ful- és gégeszakosztály egyesítését célzó indítványát, majd *Liebermann T.*-nak azon indítványát, hogy adott esetben együtt tartson ülést a két szakosztály, végül *Wein Z.* indítványát, aki háromtagú bizottság kiküldését ajánlja, mely a fülszakosztály háromtagú bizottságával vegye fel az érintkezést, tárgyaljon ez ügyben és tegye meg a jelentést szakosztályunknak. *Zimányi* és *Wein* indítványát nem tartja jelenleg actualisnak, mert a fülszakosztály kiküldött bizottsága sem tett még eddig ez ügyben jelentést. *Liebermann* indítványára megjegyzi, hogy együttes ülések eddig is történtek.

A titkári és pénztári jelentés után a tisztikar megválasztása következett: Elnök: *Safranek J.*, alelnök: *Tóvölgyi E.*, titkár: *Bajkay T.*, jegyző: *Soós D.*, pénztáros: *Hochenburger E.*, Elnök megköszöni a maga és tisztviselő társai nevében a meg-tisztelő bizalmat.

Fischer I. (m. v.): *Fröschels-Schalit-féle meatobturator*. Ismerteti azokat a körülményeket, amelyek a veleszületett lágszájpad hasadék esetében obturator alkalmazását teszi szükségessé. Ismerteti a lágszájpad hiányát pótló, régebbi rendszerű obturatorok lényegét, kiemelve a Fröschels-Schalit meatobturátor előnyeit. Majd betegen bemutatja az obturátort.

Lénárt Z.: Az obturator használatát el lehet kerülni, ha az orrjáratokat tartósan megszűkítjük olyan értelemben, amint azt *Fröschels* vatta behelyezésével átmenetileg elérte. Felső-laló ezen célból macerált csont implantációjával szűkítette meg az alsó és középső orrjáratot. A műtétet egyelőre csak az egyik oldalon hajtotta végre, az eredmény biztatónak mutatkozott. Klinikáján az orrjáratok megszűkítését ozaena miatt évek óta jó eredménnyel végzik ilyen módon. Felhívja a figyelmet erre az eljárásra, amely egyszerű és tartós eredményt tesz lehetővé; nagy előnye, hogy így feleslegessé válik az obturátor használat.

Réthy A.: A gyermek előzőleg már négy ízben volt operálva és a hegeseések miatt az újabb beavatkozás sem volt eredményes. Az obturátor nagy mértékben javítja a gyermek beszédét. Leghelyesebb, farkastorok esetén, a második és harmadik év között operálni, mert akkor kapjuk meg a legelőkeltebb fonetikai eredményt. Ha a műtét után a lágszájpad túl rövid volta miatt rhinolalia aperta marad vissza, úgy bemutató által kidolgozott műtéttel segíthetünk, amikor is a garat felső részének bejárata erősen megszűkül s a lágszájpad a garat constrictoraival jut szoros érintkezésbe, miáltal a beszéd feltisztul.

Szende B.: *Melléküreggyulladás és agytályoggal szövődött agranulocytosis esete*. 59 éves férfi beteg kemény szájadlában magas láz kíséretében fekély keletkezett, amely az arcüreg felé sipoly képződéséhez vezetett. A sinus maxillaris fertőződött és a fertőzés tovaterjedését a rostacsonti kamrák és a lamina cribrosa keresztlül az agy felé már műtéttel sem tudták megakadályozni, ahol a jobb oldali homlokleányben diónyi tályog képződött. A beteg meningitisben elhalt. Luesre a vizsgálatok nem mutattak. A vérképben a granulocytopenia mellett (fvs. 1200) kezdetben még megvolt a sepsisre jellemző balratalódás és csak később, az általános állapot romlásával, alakult ki a tisztá agranulocytoticus vérkép. Ezzel is alátámasztást nyer az a felfogás, hogy a Schultz által leírt agranulocytosis csupán a sepsis egy élettani változata. Felveti a kérdést, hogy az agranulocytosis nem spirillosis-e, részben az arsenall való befolyásolhatóság, részben a fekélyek klinikai megjelenési formájának a lueshez való hasonlatossága miatt. Kórszövettani metszeteket, fényképeket és röntgenfelvételt mutat be.

Safranek J.: 12 évvel ezelőtt mutatta be szakosztályukban a nálunk észlelt első agranulocytosis esetet. Azóta 7—8 ily esetet észlelt és az érdekesebb lefolyású eseteket le is közzölte. Kiemeli egyrészt az elsőleges kóros mutató, súlyos

necrotisáló anginával, agranulocytosisra jellemző vérképpel, negatív bakteriologiai vérlélettel kezdődő megjelenési formát, amikor az i. v. salvarsan és egyéb chemotherapiás eljárások, vértransfusió, a csőves csontok röntgenkezelése stb. rendszerint teljesen sikertelenek. Másrészt azokat, amelyek bár hasonló helyi tünetekkel járnak, de többnyire valamely előzetes (fertőző) betegséghez társultak és amelyek kevésbé jellegzetes vérképet és inkább elhúzódó, kevésbé súlyos lefolyást mutatnak. A torok-kaparákban olykor található spirochaetáknak és fusiformis bacillusoknak nem tulajdonít kóroktani szerepet, mert ezeknek, mint »toxigen saprophytáknak« csekély a pathogenitásuk, azonban az elsődlegesen, más okból alterált, vitalitásukban csökkent szövetekben korlátlanul elszaporodhatnak és mélybenyúló progrediáló elváltozásokhoz vezetnek.

A Magyar Röntgen Társaság dec. 16-i ülése.

Bemutatók.

Révész V.: *Érdekesebb esetek a fogászati röntgenologia köréből.* Sokszor csak atipusos beállítású felvételek dönthetik el a kórismét. Pl. egy esetben az alsó bölcsességfog bennmaradt gyökerei után levésték a canalis mandib.-ig, de nem találták meg. A rendes felvételeken túlmélyen látták a gyökereket az axialis felvétel megmutatta, hogy a lágyszövetekben fekszenek. Másik esetben a fogcsirnak tartott árnyékról az axialis felvétel megmutatta, hogy nyálkó a submaxill. mirigy kivezető csövében. Egy további esetben a Highmoore-üregben látták minden szokásos felvételen a bölcsességfogot. Csak a Mayer-beállítással derült ki, hogy a fog gyökerei az orrüregben vannak s csak a korona legfelső része nyúlik bele a sinus maxill.-ba.

Rosenak I.: *Sialographiával diagnosztizált vegyes tumor a parotisban.* 3 éve duzzanat a bal fül alatt. Hovatartozásának megállapítására sialographiát végeznek $\frac{3}{4}$ cm³ 40% jodipin befecskendezésével. A nyílirányú felvételen jól látható a parotisvezeték deviatioja és anatómiai elváltozása, jelezvén, hogy a daganat a parotistól indul ki. Műtét és szövettani vizsgálat igazolja, hogy a parotis vegyes daganata volt jelen.

Előadás.

Fodor Gy. I.: *Az alsó állcsont osteomyelitise.* Ismerteti az alsó és felső állcsont anatómiai szerkezetének sajátosságait, ezzel kapcsolatban az okokat, melyek miatt az alsó állcsont osteomyelitise sokkal gyakoribb, mint a felsőé. Röntgenfelvételeken szemlélteti az intra- és paradentális fertőzésekből származó eseteket. Számos esetben hosszú röntgenlappangási időszakot észlelt. Bár a lágyszövetek betegsége s az egyéb tünetek bizonyossá tették a csontvelő betegségét, radiologiaiilag a betegséget csak hosszabb idő után lehetett diagnosztizálni. A gyermekosteomyelitisek életkorok szerinti jellegzetességeit ismerteti és demonstrálja. Az állkapocs rendkívüli regenerálódó képességének igazolására több felvételt mutat be, hol nagykiterjedésű csonthiányok esetén is kifogástalan regeneratumot látott. A mandibula anatómiai épsége még oly esetekben is tökéletesen helyreállt, hol a csont folytonossága nagyobb szélességben megszakított volt.

Holits R.: *A combcsont elváltozását mutatja be a trochanter minoron és környékén, mely nem illik bele egy jellegzetes röntgentüntetsportba sem. Még leginkább malignus-elváltozásnak felelne meg, de $\frac{1}{2}$ év után változatlanul bizonyult a röntgenlelet.*

Bárony T.: Egy egészen hasonló esetben később mégis csontsarcomának bizonyult a csontelváltozás.

Január 21-i ülés.

Bemutatók:

Polgár F.: *Ujtások az átvilágításba iktatott felvételt készítés terén.* a) Az átvilágító ernyőre akasztható alumíniumcompressort mutat be, melybe a felvételi cassetta betolható. b) Az átvilágító ernyőre erősíthető kis kampóra lehet felakasztani a felvételi cassetta. c) Cocktail-rázókeverőt demonstrál, melyben a baryumcontrastanyag gyorsabban s tökéletesebben suspendálódik, mint a szokásos keverő eljárásoknál.

Holits R.: A keverő fedőjét célszerű volna úgy méretezni, hogy egyúttal a contrastanyag mennyiségét mérje. Egy átkapcsoló ötlelet ajánlja, mely automatikusan biztosítja a felvételi cassetta betolását s a felvétel leexponálását célzott felvételen.

Előadás:

Schulhof Ö.: *A rövidhullámú kezelésről.* Behatóan ismerteti az ultrarövid hullámú kezelés fizikai és élettani alap-

jait, technikáját. Részletesebben foglalkozik a kezelés indicióival és contraindicióival. Egyes, meglepően eredményes kezelt esetekről számol be.

Rósa L.: Kiemeli, hogy a kezelés hatásossága nem hőhatáson alapul, hanem a rövidhullámok specifikus befolyásán; kis intenzitású kezelés olyankor is alkalmazható eredményesen, mikor a hőkezelés contraindicióval. Rákkezelés teljesen céltalan. Esetleg a röntgenhatás fokozására lehetne kísérletezni, rövidhullámú besugárzással kombinálni.

Az Erzsébet Egyetem Tudományos Egyesülete Orvosi Szakosztályának december 17-i ülése.

Fáber V.: *A glykogenbetegségről.* Ismerteti az eddig előfordult glykogenbetegeseket, majd saját észleléséről számol be, mely az ötödik, boncolással is megerősített, illetőleg boncolással felderített glykogenbetegesetet. Négy héteg élte koraszülöttön figyelte meg, hogy a tüdőgyulladásban meghalt csecsemő mája nagy mértékben megnagyobbodott (2400 g testsúlyra 425 g máj!) és a vesék is tetemesen nagyobbak voltak a rendesnél. A máj és vesék megnagyobbodásán, valamint a tüdőgyulladásán kívül a belsőszerveken makroszkopos elváltozás nem volt. Részletesen ismerteti a máj és vesék szövettani leletét, melyek szerint e szervek megnagyobbodását kétségtelenül a hámsejtek glykogen felraktározása okozta. A chemiai vizsgálat szerint 15.3%, a vesékben 5.9% glykogen volt nedves súlyra számítva. A pankreas sorozatos metszetekben dolgozta fel. A Langerhans-szigetekben mélyreható elváltozásokat figyelt meg, a kivezető csövek mentén pedig pankreatitist észlelt, ez utóbbit azonban másodlagosnak tartja. Az eddigi vizsgálok a betegség okát a májban, illetve a glykogenben keresték. Előadó részletes szövettani vizsgálatai, elsősorban pedig a pankreas lelete alapján a betegséget belső-secretiós eredetűnek tartja. A belső-secretiós zavar feltevése szerint a Langerhans-szigetek elváltozásaival függ össze.

Jendrassik L.: A kórkép magyarázatát az az említett jelenség adhatja meg, hogy az ily beteg májának pépjében glykogenbontás nincs, de létrejön ép máj kivonatának hozzáadására. Egyúttal arra is mutat ez, hogy a bajnak magukban az illető szövetekben lehet a kiindulópontja.

Geiger: Milyen volt a zsírszövetek glykogen tartalma? Valószínű ugyanis, hogy nemcsak a glykogennek cukorrá való elbontása, hanem a zsírrá való átalakulás is zavart szenved. Nem hiszi, hogy a Gierke-kór létrejötténél a sziget-systemának különösebb szerepe volna, valószínűbb, hogy a hypophysis elülső lebenyének functiozavara vezet a glykogenos kifejlődéséhez. Ezt a feltevést újabb kísérletes vizsgálatokkal támogatja.

Faber V.: A boralatti kötőszövet zsírtartalmát nem vizsgálta meg glykogenre, csak a vesemedence körüli zsírszövetet, itt azonban nem talált glykogent. Jendrassik kérdésére illetőleg utal az előadásban mondottakra.

Közgyűlés.

Az elnöki, titkári és pénztárosi beszámoló után a közgyűlés a tisztikar lemondását tudomásul veszi és a szakosztály vezetését újabb egy évre a most távozó tisztikarra bizza.

Elnök: Albrich Konrád. *Üléselnökök:* vitéz Berde Károly és Kenessey Aladár. *I. titkár:* Schmidt Jenő. *II. titkár:* Szüle Dénes. *Pénztáros:* Boros Béla.

A Magyar Természettudományi Társulat Mikrobiologiai Szakosztályának január 22-i ülése.

Előadások.

Faragó F.: *Schick-oltások eredménye Magyarország különböző vidékein.* Az I—II éves korcsoportban 7533 Schick-oltást végzett Magyarország négy különböző vidékén. A vizsgálatokhoz használt Schick-toxin stabilitását és internationalis egyenértékűségét ellenőrizte és megfelelőnek találta. A Schick-positív reakciók százalékos megoszlása a négy vidék közül háromban számottevő különbséget mutatott. Különösen feltűnő volt a ceglédi magas Schick-positív érték (átlag 88.8%). A Schick-positívok száma és a diphtheriás megbetegedések száma között fordított arány volt található. A négy csoport átlagának graphikonja hosszabban elnyúló lefolyást mutatott a más szerzők által közölt graphikonoknál, amely talán arra mutat, hogy hazánk szobanforgó négy vidékén valamivel idősebb korban fejlődik ki a természetes immunitás, mint az összehasonlítást szolgáló más országokban.

Györfy I. és Lissák K.: *Adatok a Wassermann-reagin kémiai hovatartozására vonatkozólag.* Az immunológiai tapasztalatok nyomán végzett colloidkémiai vizsgálatok révén megállapítást nyert, hogy a Wa. R. pozitívását okozó substantiák (»Wassermann-reagin«, »Wassermann-substantia«) nem valódi antitestek, hanem nagymértékben labilis serumfehérjék. Ezeknek a Wa. R. folyamán kifejtett aktivitása arra vezethető vissza, hogy a szervlipoidok praecipitáló hatásával szemben különös érzékenységet tanúsítanak. Ebből a szempontból mintegy átmenetet képeznek a stabilisabb, tehát pozitív Wa.-reakciót nem okozó serumfehérjék és a fibrinogen között, amely utóbbinak fokozatos átalakulása útján jönnek létre, tudvalevőleg, a különböző dispersitású serumfehérjék. Ezt a körülményt figyelembevéve a Wassermann-reagint egy olyan fibrinogenproduktumnak tekinthetjük, amely a colloidstabilitás szempontjából sokkal közelebb áll a fibrinogenhez, mint bármelyik más serumfehérje. Feltehető tehát, hogy a Wa. R. pozitívására vezető körülmények között fibrinogen labilisabb közvetlen-átalakulástermékeket produkál, mint különben.

Orvosok a politika és diplomácia szolgálatában.

Irta: diósadi Elekes György dr. Debrecen.

Politikus nemzet vagyunk, megszoktuk, hogy a magyar politikai élet legkiemelkedőbb alakjai többnyire jogászok, ügyvédek, földbirtokosok, arisztokraták és újságírók és csupán kis részben egyéb foglalkozásúak. Régebbi időkben pedig a tekintetes vármegye csinálta a magyar betegségnek csúfolt politikát.

Mennyire mások e tekintetben a viszonyok külföldön, különösen Franciaországban és a latin-amerikai államokban. Az angol Gladstone mondása, hogy a népek vezetői az orvosok lesznek, az említett országokban megvalósulni látszik.

De már az ókori népeknél is nagy politikai hatalommá váltak az orvosok. Asklepiost isteni tiszteletben részesítették s Musa, Augustus császár orvosa, mindenható volt, így pl. az ő révén nyertek polgárjogot a római idegen orvosok. Kleopatra, Egyiptom királynője, ki mint uralkodó, mint diplomata egyaránt nagy szerepet játszott kora történetének kialakításában, első nőorvosaink közé számít. A középkor nagy pápája, II. Sylvester, papkorában a gyógyítótudományáról híres bencésrendnek volt tagja. Egyik politikai sikerét mi magyarok is jól ismerjük, hiszen tőle kapta Szent István királyunk a magyarországot a kereszténységhez kapcsoló koronát.

Mátyás király udvari orvosait, Bressai Ferencet és Fontana Ferencet (utóbbi kiváló anatómus volt) titkos diplomáciai megbízásokkal küldte többször is külföldi udvarokhoz s mind a kettő királyi nászok létrehozója. Az unitárius vallás egyik hazai megalapítója, Blandrata György udvari orvos, vagy mint akkor mondták, testorvos, két erdélyi fejedelem és egy lengyel király politikai tanácsadója volt. A mai Magyarországon Csilléry András dr. volt az, ki a legmagasabb politikai pályát futotta meg, amennyiben felelős népegészségügyi miniszter lett.

A nyilvános élet porondján, bár kisebb polcon, mások is szerepeltek orvosok, br. Müller Kálmán, Fáy, Scholtz, Györy Tibor államtitkárokként működtek; 1872-ben egyidejűleg tíz orvos viselt polgármesteri tisztséget, 1910-ben hét orvostagja volt a magyar képviselőháznak. De hol maradnak e számok pl. Uruguayéhoz képest, hol 1922-ben öt orvos lett szenátor 19 egyéb foglalkozású mellett és 25 orvos képviselő 125 egyéb foglalkozásúval szemben. Vagy Spanyolországéhoz képest, hol 1931-ben a parlament negyvenhét orvostagja valósággal orvosi kisebbséget alkotott. Jutottak orvosok miniszteri, miniszterelnöki, sőt kormányzó székbe is, nem csupán képviselőséghez. Úgy látszik, igaza van a francia közmondásnak: La médecine

mène a tout, à la condition, qu'on la quitte. — Az orvosi tudomány mindenre képesít, feltéve, hogy otthagyja az ember. Franciaországban 1882-ben 26.000 orvos volt, ebből képviselő 44; kerületi, megyei, városi politikai vezetőállásban volt 6700. 1895-ben Chautemps, Combes, Gaudaud, Berthelot orvosok egyúttal miniszterek, sőt Combes miniszterelnök. Tíz év múlva ismét három orvos ült bársonyszékben, Merlon, Dubief, Gauthier. Kétségkívül orvos is, politikus is azáltal jut nagy szerephez az életben, hogy mindkettő az egyéni, illetve emberi közösség sorsába aktívan a legmélyrehatóbban avatkozik be. Ez a szuggesztív, irányító képesség közös vonása a két foglalkozásnak. A legtöbb orvospolitikus a franciák, a latin-amerikai népek, az olaszok közül került ki. S ez nem véletlen, hanem a faji vérmérsékletben rejlő okok magyarázzák.

Szomorú emlékeztető ránk magyarokra nézve Clémenceau György, ki orvosi diplomájának megszerzése után rövidesen, már 30 éves korában a harmadik köztársaság nemzetgyűlésének tagja s pályája merészen ívelt felfelé, mikor is 1906-ban első ízben lett miniszterelnök és VII. Edvárd politikai barátja. Ő alkotta meg az antantot, 1917-ben ő döntött a háború mellett és ugyancsak ő irányította a versailles-i békeszerződési tárgyalásokat is. Ellenfelei tigrisnek nevezték s ő tökéletesen megérdemelte melléknevét. Nemrég a köztársaság elnökségére jelölték, de a választáson alulmaradt.

Hasonló vereséget szenvedett Hellpach Vilmos volt badeni államelnök, ki Hindenburggal szemben bukott el a német birodalmi elnöki választáson. Hellpach bukása után visszatért heidelbergi ideggyógyászati praxisához.

A kínai Szun-Yat-Szen gyakorló orvos volt, mielőtt Dél-Kína köztársasági elnöki székét két ízben is elfoglalta volna. Egy-egy évig tartott uralkodása, s halála óta Kína állandó külső és belső harcok színtere.

Az orvosállamelnökök névsorát még kiegészíthetjük néhány latin-amerikai politikus nevével, így Jose Maria Montalegreével, ki 1859-ben Costarica, Wood Leonardéval, ki 1899-ben Cuba államelnöke s végül Ramon San Martinéval, ki napjainkban távozott véres harcok után ugyancsak Cuba államelnöki székéből, hová a kórbonctani katedréről került.

Egyik orvostörténészünk írja: »Ha a történelem politikai fejlődéséről és az orvostudomány fejlődéséről görbét szerkesztenénk, megfigyelhetnők, hogy... a fejlődés egyes stádiumait politikai határvonalak jelzik.« De rövid megfontolás után arra is rájövünk, hogy feltűnő politikai változásokat nem csupán a tudományos felfedezések hatalmas légiója kíséri, hanem elmosódnak azok a határok is, melyek az egyes embert szigorúan a saját foglalkozásuk szűk kereteibe szorítják. Ilyenkor a bankvezér bibliát magyaráz, a politikus sportrekordot javít, a pap gazdálkodik s az orvos politizál.

Ezt látjuk az ifjú Kína modern nemzeti törekvésében, az ú. n. Kuó-min-tang-ban, ezt a francia radikális antiklerikalizmusban, a német és olasz nemzeti egységi törekvésekben. Virchow éppúgy résztvevett a német egység harcaiban, mint Trousseau, Malgaigne a franciákéban, Balassa a magyar kiegyezésben, Vajda-Vojvoda, Hatiegan, Cantacuzino Nagyrománia megalapításában. S ki tagadná Virchow vagy Trousseau orvosi kiválóságát.

Azt hiszem, kevesen tudják, hogy a francia forradalom hírhedt guillotine-ját egy francia katonatorvos, Antoine Louis fedezte fel és nevét egy párizsi gyakorló orvosról, Guillotin Ignác Józsefről nyerte, ki mint az Assemblée Constituante tagja, kivégzések céljaira kerékbetörés helyett ajánlotta ezt az annál humanusabb eszközt.

De hát miféle orvos az, kérdezhetnők, aki otthagyva mesterségét, idegen pályán kalandozik? Különösen hang-

zik, de igaz: az orvospolitikuskok között van gyakorló orvos, ki rendszerint később nem tér vissza pályájára. Vannak egyetemi tanárok, szülész-, sebész-, bel- és bőrgyógyászprofesszorok, vagy elméleti tárgyak tanárai, kórboncnok, szövettanász, kémikus, fizikus stb. Ezek politikai karrierjük befejezése után rendszerint visszatérnek eredeti foglalkozásukhoz. Kell hogy valami magasabbrendű, humanisztikus hajtóerő fűtse őket az orvosi művészettel annyira ellenlábás foglalkozások, pl. kereskedelem-, vasút-, had- és külügyminiszterség, vagy pl. pekingi nagykövetség és meghatalmazott miniszteri állás gyakorlására. Még legközelebb fekszik az orvosi gondolkodáshoz a kultusztárca, melyet valóban számos orvospolitikus tartott kezében.

Bókay János professzor nemrégiben az orvosok orvosi és zenei kettős képességéről beszélt Debrecenben. S csak a minap került piacra egy magyar könyv, mely az orvosoknak az orvosi és szépirodalmi téren mutatkozó párhuzamos tehetségét bizonyítja több mint 300 orvos-szépirodalmi analízisében. Az imént felsorolt, természetesen csak gyéren illusztrált és nagy vonalakban vázolt példák alapján az orvosok orvosi és zenei kettős képességéről beszélhetünk. A mindennapi praxisban látott nyomor szinte kötelességévé is teszi az orvosoknak, mivel sok szociális bajról csak ők vesznek tudomást s ismerik gyógszerét.

Aki figyelemmel kísérte a magyar orvosok küzdelmét az önálló orvosi kamaráért, aki ismeri az OTI és az OTBA körüli ádáz harcokat, láthatja, hogy minden küzdés meddő lesz mindaddig, míg a magyar orvosok nagyobb számmal és hatalmasabb súllyal nem vesznek részt a politikában. Itt az ideje, hogy önálló és a mindennapi politikától független egészségügyi minisztériumunk legyen, szakvezetés mellett. E téren még Csehország és Románia is megelőztek bennünket. Az eredmény az említett országokban is, másutt is a legjobb.

Hogy a politizáló orvosok milyen nézeteket vallottak vagy vallanak, az egyéni temperamentum dolga. Legtöbbjük demokrata, köztársasági, mint a francia orvospolitikuskok legnagyobb része. Az angol Cranbrook Gathorne Hardy vagy Sir Geddes Auckland Campbell konzervatívok, tory-pártiak. Mások, mint pl. Clemenceau vagy az ír Corrigan sovén nacionalisták. Vannak köztük antiklerikalisták, mint Combes és Bert, de van egyházpárti is, mint Robert Cecil, Salisbury őrgrófja. Nem hiányoznak a kalandorok sem, akik közül kiemelkedik Schnitzler Ede, ez a német zsidó származású, angol szolgálatban álló orvos, ki Emin pasa néven Equatoria kormányzója lett. A kommunista világnézet éppúgy megtalálja képviselőjét az oroszoknál Semaschko és Rakovszky egészségügyi népbiztosokban (utóbbinak neve sokat szerepelt az ukrainai béketárgyalásoknál), mint a forradalmi szellem az angol Charles Hall-ben vagy a német Johann Jakobiban.

Ha végül ezen politizáló orvosok működését értékelnünk kívánjuk, láthatjuk, hogy legnagyobb részük maradandó alkotásokkal örökítette meg nevét. Augagner madagaszkári kormányzó mint orvos a kései öröklött vérbaj jeleinek felismerése által, mint a köz embere a tananarivói vasútvonal és Madagaszkár egészségügyi szolgálatának kiépítése által alkotott maradandót. Bacelli olasz professzornak a maláriáról, a lépről írt munkái éppoly értékesek, mint az olasz egyetemek autonómiájának általa történt kivívása. Tehát egyáltalán nem állja meg helyét a latin közmondás: Ne sutor ultra crepidam! És amikor nálunk Baranyában az egyke, a Tiszántúlon a typhus pusztít, amikor az orvosi művészet etikai alapjait maga az állam veri szét, akkor az orvosoknak jobban ki kell venni részüket a közéletben és Magyarország közegészségügyét, a szolgabírák kezéből kivéve, végre száz százalékban szakemberek irányítsák!

VEGYES HÍREK

Személyi hírek. A debreceni Tisza István Tudományegyetem orvosi kara meghívta *Csilléry András dr.-t* az egyetem stomatológiai előadójául. — Tolna vármegye tiszteletbeli főorvosaivá kinevezték *Schall Kálmán dr. és Blum János dr.* bonyhádi, *Berky József dr.* dunaföldvári, *Damokos Irvak dr.* gyönki, *Zaboji Béla dr.* paksi, *Fordos Dezső dr.* és *Kelemen József dr.* szekszárdi, *Riesz József dr.* dombóvári orvosokat.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület február 9-én, szombaton délután 6 óraker tartandó ülésének napirendje: Bemutatás: *Matolay György*: Ectopia vesicae műtéte. — Előadás: *Scholtz Gusztáv*: A repülés korszerű élettani kérdései.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztálya február 12-i tudományos ülésének napirendje: Bemutatás: *Szecsény György*: A tonsilla állományában előforduló izomszövetéről. Előadás: *Ernyei István* (Szeged) m. v.: Az orridgegek elemeire vonatkozó kutatások.

Budapesti Kir. Orvosegyesület otológiai szakosztálya február 15-én délután 1/27 óraker a II. számú sebészeti klinika tantermében tartandó tudományos ülésének napirendje. Előadások: 1. *Szász Tibor*: Tubaelzáródás kezelése röntgensugárral. (Mult ülésről elmaradt előadás.) 2. *Deseő Dezső* m. v.: A hallás szerepe a térbeli tájékozódásban. (Physikai kísérletekkel.)

A Közkórházi Orvostársulat február 13-i tudományos ülésének tárgysorozata. Bemutatás: 1. *Simkó Béla*: A nyak veleszületett bőrhiana. 2. *Probstner Arthur*: Hólyaggyümbelete. — Előadás: 1. *Mihalkovics Elemér és Sulyák István*: Magzatvesztések kezeléséről, különös tekintettel a fertőzött esetekre. 2. *Pozdora Pál*: Az otitis fibrosáról.

Az Országos Közegészségi Egyesület előadásorozatának február 12-i előadását d. u. 6 óraker a Közegészségtani Intézet tantermében *Hasenfeld Arthur dr.* egy. rk. tanár tartja »A szív és a hosszú élet titka« címmel.

A Magyar Röntgéntársaság február 18-án, este hét óraker az Apponyi Poliklinika tantermében tartandó ülésének tárgysorozata: Előadás: 1. *Frisch Ernő*: A duodenum mobile. (A mult ülésről elmaradt). Bemutatások: 2. *Vidor Jenő*: Multiplex osteomatosis esete. 3. *Rothbarth László*: Röntgenológiai ritkaságok: a) Os naviculare bipartitum; b) Köhler-szerű megbetegedés a III. metacarpuson.

A Budapesti Orvosi Kör előadásorozatának február 11-i előadását este 7 óraker a kör helyiségében *Fritz Sándor dr.* tartja »Heveny maró mérgezések a gyermekkorban« címmel.

A Budapesti Orvosi Casino előadásorozatának február 12-i előadását este 7/17 óraker *Kövesi Géza dr.* tartja »A szív és aorta lues« címmel.

Semmelweis-bankettet tartott f. hó 29-én a budapesti Orvosi Kaszinó, melyet *Kövesi Géza* elnök megnyitó beszéde vezetett be. Utána a Semmelweis serlegbeszédet *Scipiadés Elemér* professor tartotta, melyben többek között a következőket mondta: Semmelweis neve az orvostörténelem legfényesebbike. Miért lett azzá, *Györy Tibor* világította meg, majd *Malade, Kruij, Müller, Siegrist, Thiel* és a magyar orvostudomány nagy hírességei. Miért maradt is az, arra felelnek támadói, kik fenntartás nélkül elismerik, hogy: ő volt s ő ma is a világ szülőanyjának legnagyobb jötevője.

Bár megtanultuk tőle a gyermekágyi láz halálos eseteit egy bizonyos minimumra redukálni, ez a minimum, mindenütt, azonos maradt, ami annyit jelent, hogy várunk még valakit, aki ezen, ma még reménytelen, eseteknek eredményes prophylaxisát és terapiáját meghozza. *Ki lesz majd ekkor a világ szülőanyjának legnagyobb jötevője, megmarad-e annak Semmelweis?*

Azt hiszi, hogy e kérdésre ma is már csak igen-nel lehet felelni, mert Semmelweis nagy felfedezése maig sincs megfejtve.

Mitöbb, úgy látszik, útban vannak immár a gyermekágyi gyulladások helyi gócaiban széteső organikus testeknek, a vérplasma colloidalis szerkezetének, sepsis kapcsán a reticulo endothelialis rendszer anatómiai változásainak s a vele kapcsolatos anyagcsere módosulásoknak kutatása révén azok is, akik a Semmelweis-féle decomponált anyagrejtély megértéséhez az utat egyenetlik.

Mi magyar orvosok hirdetjük szerte, hogy ezen munkák is még mind Semmelweisből, a kiapadhatatlan mélységű magyar kútfőből merítenek. Csak ha majd sikerül a talány megfejtése, *telik be Semmelweis felfedezésének igazi nagysága.*

Feladata volna kezébe venni a serleget, mellyel *Semmelweis* gigászi szellemét idézheti, megilletődés fogja azonban el, mert körötte éri lebegni nagy szellemeit az immár elköltözötteknek is, akik jórészt még szemeláttára ittak a nagy hagyományú kehelyből, köztük *Tauffer Vilmosét* is. Ezért, a *Semmelweis* mellett, idézi *Tauffer* szellemét is, mert ő az örök tanító-

mesternek méltó tanítványa volt s ha *Semmelweis* a szülőanyák legnagyobb jótévője, akkor *Tauffer* az anyavédelem kapcsán a magyar anyáktól érdemelte meg ezt a nevet.

Tauffer műve azonban akkor lesz teljes, ha tanítványai összefognak és ebből a magyar gynaekológiának is, meg az egész magyar orvosi rendnek beköszönhet végre a régen sóvárgott, boldog újesztendeje.

Lobmayer Géza egy. magántanár és *Temesváry Rezső* udv. tanácsos üdvözlő szavai után *Domány Imre* főtitkár tartotta emlékbeszédét *Tauffer Vilmos* professorról, aki 1907-ben az első *Semmelweis*-bankett ünnepi szónoka volt.

Vidéki orvosok részvétele a Balneologiai Egyesület kongresszusán. Április 26-tól 28-ig rendezti az Országos Balneologiai Egyesület 40-ik kongresszusát, amellyel kapcsolatban sor kerül Budapest gyógyértékeinek bemutatására is. A vidéki orvoskollegák részvételének megkönnyítésére az Egyesület felterjesztéssel fordult a m. kir. kereskedelemügyi ministeriumhoz menetdíjkezdvezmény engedélyezése ügyében. A Központi Gyógyhelyi Bizottság előzékenysége és áldozatkészsége folytán vidéki résztvevők a Szent Gellért, Szent Lukács és Szent Margitsziget gyógyfürdőkkel kapcsolatos gyógyzállókban napi 5 pengőért kapnak teljes ellátást. Mindennemű felvilágosítással az Egyesület főtitkára *Frank Miklós dr.* (I., Attila-körút 19.) szolgál.

A trachoma ellenes védekezés nemzetközi organizációja ez év április hó 3-án *Grósz Emil dr.* egyetemi tanár elnök-

lésével Londonban, a *Royal Society of Medicine* házában tartja üléseit. Ezúttal a trachoma megelőzéséről és elterjedésének meggátolásáról lesz szó. Referensek: *Jitta*, a holland egészségügyi tanács elnöke s a népszövetség közegészségügyi osztályának szakértője, *MacCallan*, az egyiptomi trachoma ellenes védekezés 20 éven át volt vezetője, *Myashita* tokiói egyetemi tanár, *Zachert*, a trachoma ellenes védekezés miniszteri referense Varsóban.

Ugyanezen alkalommal fogják a különböző államok delegatusai a következő öt éves *cyclus* végrehajtó bizottságát és tisztikarát megválasztani.

A Budapesti Orvosok Kamarazeneegyesülete házi hangversenyét február 22-én, pénteken este nyolc órakor rendezi a kir. Orvosegyesületben. Műsor: 1. *Mozart*: Vonósnégyes. Előadják: *Belohorszky Gábor dr.*, *Zoltán László dr.*, *Zsögön Béla dr.*, *László Tibor dr.* 2. *Bach*: Pütködsi Kantáta, *Brahms*: Dalok. Eneklő: *Török Maja*, zongorán kíséri: *Herz Ottó dr.* 3. *Vivaldi*: Versenymű, *Locatelli*: Labyrinth. Hegedűn előadja: *Uray Vilmos*. 4. *Schumann*: Thema és variációk, két zongorára, kürtre és két gordonkára. Előadják: *Kernler Jenő dr.*, *dr. Flesch Arminné*, *Eckstein Pál dr.*, *Egyedi Klára*, *László Tibor dr.*

Orvosdoktorrá avatottak a pécsi Tudományegyetemen január 30-án *Koczó László*, *Szigeti Nándor Lajos*, *Falk Dezső*, *Weitzenfeld Miklós*, *Révész Pál*, *Schlesinger József*. Üdvözlőjük az új Kartársakat!

Kimutatás az 1935 január 27-től február 2-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) és halálesetekről (Mt.)

Törvényhatóságok Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphtheria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis		Morbilli		Influenza		Malaria		Typhus exanth.		
	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	
1. Abaúj-Torna	92.827	2	1	—	—	1	—	3	—	—	—	—	38	—	—	—	—	—	—	—	
2. Bács-Bodrog	III.860	2	1	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
3. Baranya	251.131	6	—	—	—	4	—	5	—	—	—	—	12	4	—	—	—	—	—	—	
4. Békés	334.130	1	—	2	—	18	—	1	—	—	—	—	26	1	—	—	—	—	—	—	
5. Bihar	179.115	2	2	—	—	3	—	4	—	—	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	
6. Borsod, Gömör és Hont	304.182	3	1	2	—	11	—	11	—	—	—	—	35	—	—	—	—	—	2	—	
7. Csanád, Arad, Torontál	174.511	1	—	—	—	6	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	
8. Csongrád	148.191	1	—	—	—	6	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
9. Fejér	230.719	8	1	—	—	10	—	11	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	
10. Győr, Moson, Pozsony	156.241	1	1	—	—	4	—	4	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	
11. Hajdú	180.159	3	2	—	—	2	—	1	—	—	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	
12. Heves	320.921	2	1	—	—	3	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
13. Jász-Nk.-Szolnok	417.676	5	—	—	—	10	2	5	—	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	
14. Komárom és Esztergom	181.173	—	—	—	—	3	—	8	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	
15. Nógrád és Hont	226.557	4	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
16. Pest-Pilis-Solt-Kk....	I.418.317	15	—	3	1	39	1	52	1	1	—	—	78	1	—	—	—	—	—	—	
17. Somogy	388.775	1	—	—	—	3	—	4	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	
18. Sopron	143.235	1	—	—	—	8	1	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	
19. Szabolcs és Ung	410.116	9	4	1	—	11	1	4	—	—	—	—	24	—	—	—	—	—	—	—	
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	154.630	6	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	
21. Tolna	267.560	—	—	—	—	16	—	21	1	—	—	—	97	2	—	—	—	—	—	—	
22. Vas	274.227	1	1	—	—	8	—	5	—	—	—	—	50	3	—	—	—	—	—	—	
23. Veszprém	246.093	—	—	—	—	4	—	8	—	—	—	—	26	1	—	—	—	—	—	—	
24. Zala	367.564	1	—	1	—	8	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
25. Zemplén	148.150	—	—	1	—	4	1	3	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
I. Baja	29.329	1	1	—	—	4	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
II. Budapest	I.027.106	9	—	6	—	53	—	47	—	—	—	—	122	—	—	—	—	—	—	—	
III. Debrecen	121.326	—	—	—	—	10	1	8	—	—	—	—	115	—	—	—	—	—	—	—	
IV. Győr	50.844	2	—	—	—	2	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
V. Hódmezővásárhely ..	59.825	—	—	—	—	4	—	8	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
VI. Kecskemét	80.729	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	33	—	—	—	—	—	—	—	
VII. Miskolc	62.597	—	—	—	—	3	—	11	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	
VIII. Pécs	65.963	1	—	—	—	6	—	2	—	—	—	—	38	1	—	—	—	—	—	—	
IX. Sopron	36.022	1	—	—	—	3	2	1	—	—	—	—	41	—	—	—	—	—	—	—	
X. Szeged	137.479	—	1	—	—	5	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
XI. Székesfehérvár.....	41.247	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Összesen : 8,840.527		90	17	16	1	275	13	256	2	2	—	—	774	16	—	—	2	—	—	—	
Előző évben :		58	7	7	—	356	10	280	3	1	—	1	312	9	—	—	—	—	—	2	—

Budapest székesfőváros közegészségügyi állapota.

1935. év január hó 1—15-ig:

Hasi hagymáz 23	(1)	Báránymillő 193	(—)
Kanyaró 255	(2)	Vérhas 6	(1)
Vörheny 139	(5)	Trachoma 40	(—)
Számárhurut 34	(—)	Gyermekbénulás.... 1	(—)
Roncsló torok- és gégelob..... 88	(5)	Járványos agyhártya lob 1	(—)
Influenza (szövődm.) 3	(—)	Malária —	(—)
Gyermekági láz .. 5	(—)	Anthrax —	(—)

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Pályázatok.

417/1935. szám.

A sziráci járás főszolgabírájától.

Nógrád és Hont k. e. e. vármegyék sziráci járásában elhalálozás folytán megüresedett bujáki községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása a 62.000/1926. B. M. sz. rendeletben megállapított fizetés, fuvarátalány és természetbeni lakás, továbbá a vármegyey szabályrendeletben megállapított rendelési, beteglátogatási és műteti díjak.

Felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képesítésüket, magyar állampolgárságukat, politikai

megbízhatóságukat, a kömmün alatti magatartásukat és esetleges eddigi szolgálatukat igazoló okmányokkal és születési bizonyítvánnyal felszerelt kérvényüket hozzám legkésőbb 1935. évi február 15. napjának déli 12 órájáig annál is inkább adják be, mert az elkésve érkezett vagy hiányosan felszerelt kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választás kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Szirák, 1935 január 30.

Szucevich Sándor s. k.
főszolgabíró.

Esztergom szab. kir. megyei város egyesített Kolos és Simor közokrházánál megüresedett orvosai állásra pályázatot hirdetek. Az orvosai állás javadalmazása a XI. fizetési osztály 3-ik fokozatának megfelelő fizetés, természetbeni egy szobás lakás, fűtés, világítás, mosás és az önköltségi ár 50%-ának visszatérítése ellenében természetbeni élelmezés.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1886. évi I. t.-c.-ben előírt képesítésüket és esetleg eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt és Komárom és Esztergom közigazgatásilag egyelőre egyesített vármegyék alispánjához címzett kérvényüket hozzám 1935. évi február hó 18. napjának déli 12 órájáig nyújtsák be. A később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

Azon pályázó, aki csecsemővédői szolgálatot tud kimutatni és bizonyos fokú sebészeti jártassága van, a többi pályázóval szemben előnyben részesül.

A kinevezendő orvos magángyakorlatot nem folytathat.

Esztergom, 1935. évi január hó 14-én.

Glatz Gyula s. k.,
polgármester.

Richter-féle gyermektáplisztt csecsemők mesterséges táplálására

évtizedek óta kitűnően bevált, szénhidrátokat könnyen oldódó alakban tartalmazó igen kellemes piskótaizú tápszer.

Kipróbált

Antipyreticum
Antirheumaticum
Analgeticum

LYSALGIN

Gyártja:

8 kapszula ára P 1.60

**Arany Kereszt Gyógyszer
Budapest, V., Nádor-u. 24**

*** CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN ***

NOVURIT INJECTIO

A MAGYAR HIGANYOS HUGYHAJTÓ

A szervezet vízmentesítésére cardialis oedemáknál, májcirrhosisnál, ízületi gyulladásoknál, chron. thrombophlebitisnél, tüdő- és agyvízenyőnél, nephrosisnál, stb.
1 és 2 cm³-es ampullák



NOVURIT SUPPOSITORIUM

minden olyan esetben, ahol NOVURIT injectiót technikai okból adni nem lehet. Elhízás kezelésére stb.
5 kúpot tartalmazó dobozok



CHINOIN gyógyszer és vegyi termékek gyára r.t., Ujpest

*** CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN ***

Chinocal-lal, egy új chinin-calcium kombinációval kitűnő eredményeket ért el *Lódy László dr.* bronchopneumoniák gyógykezelésénél, miként arról a *Gyógyászat* 1934. évi 38. számában beszámol. A hőmérséklet szokásos maximuma előtt néhány órával adva a Chinocalt, sikerült egy esetben a bronchopneumoniás lázt teljesen elnyomni, sőt 4 nap alatt a bronchopneumonia oldódását elérni, recidiváló góc kifejlődése nélkül. Egy másik esetben a gócos pneumonia fellépése után azonnal alkalmazott két Chinocal-inj. a súlyosabb forma fellépését megakadályozta. Kiváló eredményeket ért el influenzás, gócos pneumoniánál is. A kezelés akkor is sikeres volt, ha csecsemőknek, gyermekeknek a Chinocal-t ambulanter adták. Maximálisan 5—6, de rendszerint 3—4 inj. után a bronchopneumonia oldódott. Legtöbb esetben feltűnő volt a láz csökkenésén kívül a közérzet és az étvágy olyarányú javulása, amelyet a magas hőmérsék megszűnése nem magyarázhatott. Chinocal tehát, amely a chinin lázcsökkentő, szívtonizáló, antibactericid hatását a calcium gyulladásgátló, exsudatiót csökkentő, vérkeringést javító hatásával köti össze, bronchopneumoniák legkezdetibb időszakában adva, a gyulladással járó folyamat kifejlődését meggátolja, a betegség második-negyedik napjától kezdve adva, a betegség lefolyását lényegesen enyhíti és a complicatiókat csökkenti.

A csecsemőgyógyászati tápszerezés haladása. (Az Országos Stefánia Szövetség 102. számú Védőintézetének közleménye. Irta: *Weber György dr.*, vezető-főorvos. Megjelent a *»Gyógyászat«* 1934. évi 36. számában.) Szerző egészséges, reconvalescens és egyéb betegek nagy anyagán folytatta megfigyeléseit és az elért eredmények alapján még koraszülöttnél is ajánlja a *Soxmaltan* (Maltosa-Dextrin) szénhydrattápszert. Különösen dyspesziás csecsemőknél szerzett tapasztalatai azt mutatják, hogy a *Soxmaltant* tejhigításban vagy Caphoseinnel adva a székletek javultak, számuk csökkent, közérzet és súlygörbe javult. Nagyon ajánlja oly csecsemők táplálására, akik atrophia vagy constitutiójuk folytán hasmenésre hajlamosak. Végeredményben a *Soxmaltant* igen értékes csecsemőtápszernek tartja, amit az elért hatások igazoltak.



**Kipróbált szer,
ártalmatlan a
gyomorra és
szívre.**

**Togal-
tabletták**

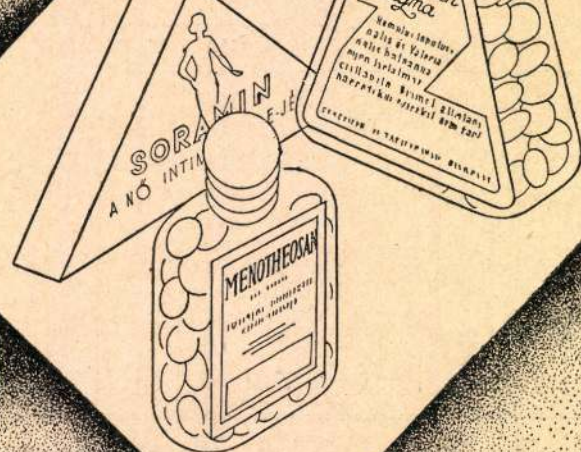
0,28 g. Acid. acet.
sal., 0,013 g. Chin.
citr., 0,04 g. Li. citr.

**Antineuralgicum
Antipyreticum
Antirheumaticum
Analgeticum**

Mintával és német szakirodalommal szolgál:

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

**A NŐGYÓGYÁSZ
RÉSZÉRE**



MENOTHEOSAN

a klimaktérium
gyógyszere

HOVALETTEN

sedativum, enyhe
hypnotikum

SORAMIN

a nő intim
toilette-jéhez

DR. WANDER R.T.

MINTÁVAL ÉS IRODALOMMAL KÉSZSÉGGEL SZOLGÁL

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal

VIII., Üllői-út 26, II. em. Tel.: 31-1-86

Előfizetések postautalvánvön vagy csekklapon küldendők. A feladóvevényt nyugtául ismerjük el

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

Hirdetések kizárólagos felvétele

„Petőfi“ irodalmi vállalat Pesti Alfréd
Budapest, VII., Kertész-utca 16

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

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



**a legerősebb
köhögést
is enyhíti.**

A Dicodid köhögéscsillapító és sedatív hatása tekintetében
a codeint messze felülmúlja.

10 tabl. 0,005 ered. cs. (P. 1.30)
20 tabl. 0,005 ered. cs. (P. 2.40)
10 tabl. 0,01 ered. cs. (P. 1.80).

2-3-szor naponta 0,005-0,01 g-ot.



KNOLL A.-G.
Ludwigshafen a. Rh.

TOPHIN

**Magyar
phenylchinolin-
carbonsav DRAGÉE
alakjában.**



Az OTI és Máv terhére szabadon rendelhető!

A húgysavkiválasztás legerélyesebb fokozója.

Javallatok: Kőszvény, rheuma, ischias
1 ph. 10 dragée P 1.20
1 » 20 » » 2.—

Poralakban magistralis felhasználásra.

DR. EGGER LEÓ ÉS EGGER I. BUDAPEST VI.

A PETEFÉSZEK ELÉGTELENSÉGEINÉL:

GLANDUBOLIN

Izolált tüszőhormon.

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

ANTEOVIN

Izolált tüszőhormon (Glandubolin) és a hypophysis elülső lebeny gonadotrop hormonjának (Glanduantin) kombinációja.

Az ovarialis hypofunkciók (a-, hypo-, oligomenorrhoea) erélyes gyógykezelésére.
Ampullákban és tablettákban.

OVAKLIMAN

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

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

CHINOIN - CHINOIN



CHINOIN - CHINOIN

TRANSPULMIN injectio

bronchopneumonia, chron. bronchitis,
kisgyermek croupus pneumoniájának
kezelésére — 1 és 2 cm³ ampullák

SOLVOCHIN injectio

croupus pneumonia specificuma.

CHINOIN gyógyszer- és vegyitermékek gyára rt., Ujpest

ORVOSI HETILAP

Alapította **MARKUSOVSKY LAJOS** 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VÁMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA
POÓR FERENC

GORKA SÁNDOR
REUTER KAMILLÓ

HÜTTL TIVADAR
ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

TARTALOM:

- Manninger Vilmos:** Carcinoma. (171—173. oldal)
Forota Erich: A röntgenkymographiáról. (174—178. oldal)
Fátyol Csongor: A terhesség megszakítása hysterotomia anterior útján. (178—181. oldal)
Hernádi Mihály: Typhus bacillusgazdák környezetvizsgálata Szegeden. (181—183. oldal)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (25—28. oldal)
Berkesy László: Tanulmány a gyomornedv összes és neutra-
lis chlortartaljáról. (183—184. oldal)
Kiss Pál és Wollek Béla: Pneumonia crouposa kapcsán tá-
madt szívblook gyermekben. (184—185. oldal)
- Vass László és Boskó József:** A venás nyomás jelentősége keringési zavarokban. (185—187. oldal)
Zemplényi Imre: Megjegyzések Kárpáti József dr. cikkére. (187. oldal)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Bőr-
gyógyászat (187—190. oldal)
Könyvismertetés (190. oldal).
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei (190—193. oldal).
Orbán György: A nehéz víz koncentrációja az emberi szer-
vezetben. (193—194. oldal)
Zemplényi Imre: Orvosi Kamara (194. oldal)
Vegyes hírek (a borítólap 3. oldalán).

Carcinoma.

(Klinikai előadás.)

Írta: *Manninger Vilmos dr.* egyet. rk. tanár.

Az Orvosi Hetilap 1934. évf. 45. számában *Fenyvessy Béla* professor oly érdekes adatokat közölt az 1934 szeptem-
ber 2—9-én megtartott frankfurti tudományos hét elő-
adásairól, hogy levélben felkerestem, küldje el ezen elő-
adásokról az esetleg már megjelent, vagy várható referatu-
mokat. Ő ezt készségesen meg is ígerte. A véletlen — ez
esetben az O. H. szerkesztőjének irányító keze — a múlt
héten megjelent nyomtatványok második kötetét, amely
a carcinomáról szóló előadásokat és hozzászólásokat tar-
talmazza,* ismertetésre nekem küldte el. Amikor figyelmeztet-
tettem, hogy ezen előadásokról már beszámolt *Fenyvessy*
és pedig oly finom, objectív és kimerítő módon, hogy kár
volna ismétlésekbe bocsátkozni, arra hívtam fel egyben
a szerkesztő úr figyelmét, hogy ennek ellenére érdemes
volna *bővebben* foglalkozni a carcinomát tárgyaló kötet-
tel, mert véleményem szerint a rákkutatás történetében
újabb gondolatsorozat megindulását jelenti a frankfurti
tudományos hét anyaga. *Vámossy* professor felhatalmazott,
próbáljam meg klinikai előadás formájában ezt a mozzanatot
a nagy orvosi közönség számára összefoglalni.

Aki nem foglalkozott nagyon behatóan a rákkérdés
irodalmával, az e könyv átolvasása után is azzal teszi azt
félre, mennyi egymással homlokegyenest ellentmondó dolgot
tudnak a rákkutatók ilyen üléseken összehordani. E mellett
nagyjelentőségű, elvben forradalminak mondható meg-
állapítások oly csendben hangzanak el, hogy a nem nagyon
figyelmes olvasó elsiklik felettük. A legfontosabb, a rák-
kutatás alapvető kérdéseit új irányba átkapcsoló gondo-
latok szerzője, *Klein Gusztáv*, előadásának »mottó«-jául ezt
választotta:

»A rákkutatásban alig vannak lehetőségek, amiket mások
már el nem gondoltak, el nem mondtak, vagy meg nem írtak
volna, amit azután mások épügy vissza nem utasítottak.«

* *Carcinom*: Wienssch. Woche zu Frankfurt a/M. 2—9.
September 1934. B. II. Georg Thieme-Verlag, Leipzig, 1935.
149 old., ára RM 9.—.

Valóban úgy is van, hogy az egész könyvben nem igen
találtam egy adatot sem, amelyet mások már fel nem
vetettek volna. E rendszertelenül elszórt adatokból azon-
ban az előadók egynéhány oly egységes irányú, a rák kór-
fejlődését, felismerését és talán kezelését is új utak felé
terelő elméletet állított egybe, amely a legéberebb meg-
figyelésünkre tarthat számot.

Hangsúlyoznom kell még azt, hogy főképpen *Klein*
előadása oly vizsgálatok során nyugszik, amelyeknek *sem*
methodikáját, *sem technikáját* nem ismertette, úgyhogy az
adatok nagyrésze még ellenőrzésre szorul. Azokból a vizs-
gálatokból azonban, amelyeket ellenőrzésre egyetemeknek
és kórházaknak felülvizsgálatra már rendelkezésre bocsá-
tott, azt kell feltételeznünk, hogy a többi is oly nagy
anyagon való pontos és kritikus észleléssel merte e világhírű
szakemberekből álló bírálóbizottság elé vinni, hogy helyt-
állásukról megnyugodhatunk.

Míndez a hosszú bevezetés csak arra való, hogy *Klein*
előadásának szavahihetőségét magam előtt is igazoljam.
Erre főleg azért van szükség, mert e nagyarányú vizsgálatok
költségét az I. G. Farbenindustrie A.-G. oppai laborato-
riuma viselte és már ez évre ígéri a diagnostikumnak for-
galomba hozatalát. Ebben az évben már 100.000 adagra
fogják a termelését emelni.

Engem személy szerint kétszeresen érdekel ezen vizs-
gálatoknak sorsa, mert osztályomon 17 év előtt *Mátéffy*
László, az oly korán elhunyt munkatársam, teljesen egyező
irányban és ugyane célra végzett kutatásokat, amelyeket
csak anyagi erőnk kimerülése és osztályomról más munka-
körbe való átlépése szakított meg.

Klein vizsgálatainak célját és menetét így jellemzi:
»Prioritási kérdések nem érdekelnék. Mértékadó az volt,
hogy vélemények és lehetőségek százaiból egyeseket, mint
alapvetőket megérezzünk és úgy építsünk ki, hogy nemcsak
kísérletben és klinice megtámasszuk azokat, hanem hogy
lehetővé válják olyan tények egész tömegét, amelyek eddig
elkülönülve állottak, a megtalált és megerősített alapokba
beépíthetni.«

Két munkatársával, *Klinke* és *Linser* segítségével három
kérdéstömeggel bírkózott meg. Ezek:

I. A szervezet humoralis védőkészüléke = a dispositio kérdése.

II. Az emlősök rosszindulatú daganatainak aetiológiája.

III. A védőkészülékből levonható kezelési kérdések.

Ad I. A történelmi igazság szerint *Ficheraé* az érdem, hogy olyan időben, amikor még *Aschoff* a reticulo-endothelialis systema egységes szerepét és elméletét meg sem alkotta, *Fichera* fáradságos kísérletekkel azon szervek kivonatában találta meg a rák fejlődése ellen védő anyagokat, melyekben később az R.E.S. legfőbb gócait állapították meg.

Caspari 1922-ben állította fel elméletét, amely szerint a szervezetnek védekező munkája a rák ellen nagyjában nem specifikus, hanem a szervezetben *mindeniütt* széjjelszórt, a R.E.S. (reticulo-endothelialis systema) neve alatt ismertett szövetekben folyik le. E készüléknek ingerét *Caspari* a széteső ráksejtekből eredő »nekorhormonok«-ban keresi. Véleménye szerint addig, amíg a nekorhormonok csak kis mennyiségben jutnak a szervezetbe, az *Arndt-Schultz-féle* törvény értelmében a R.E.S.-t fokozott munkára ingerlik, míg a nagymennyiségű nekorhormon bénítólag hat. A rák széteséséből eredő ezen ingeranyagok *Caspari* szerint azonban akkor is béníthatják e védőszervet, ha *kis mennyiségben*, de *sok ideig*, állandóan jutnak a szervezetbe. Ily esetben szerinte csak az egyízben adott igen nagy ingeradag, amely teljesen bénítja a R.E.S.-t, válthat ki esetleg oly nagy reakciót, amely újból munkába állíthatja a R.E.S.-t. Ő is hangsúlyozza, hogy ez nagyon veszedelmes kezelési kísérlet és »*kívánatos volna az egyes esetben alkalmazható adag pontos megállapítása*«. A másik, *specifikus* componenszt ő abban látja, hogy nem közömbös, milyen sejtekből származnak a nekorhormonok. Szerinte a leghatásosabbak a *daganatból*, vagy a R.E.S.-t leginkább tartalmazó *szervekből* származó elhalt sejtanyagok.

Eddig a pontig teljesen egyezők *Caspari* és *Fichera* kísérleti adatai és az azokból levont gyakorlati következtetések. *Fichera* ezen, a rák ellen védő szerv-kivonatokon kívül (melyeknek hatását ő is nem-specifikus és specifikus tényezőre bont) még a daganat növekedését *elősegítő* anyagokat (hormonokat) is keres. E két csoport egyensúlyzavarában látja a daganat megindulásának legfőbb okát. A nem-specifikus tényezőt ő a R.E.S. ingerlésében, a specifikust abban látja, hogy az *antiblastikus szervekből* a keringésbe kerülő specifikus *oldóanyagok* a daganat sejtjeit megtámadják, oldják. Ezen oldott sejtek anyaga (= nekorhormon) ingerli specifikusan a R.E.S.-t. Ezen oldóképesség a *Freund-Kaminer-féle* reakcióval ellenőrizhető, melynek lényege az, hogy élő ráksejtek emulsióját összehozzuk friss vérsavóval. Fiatal emberek vérsavója hígítva is oldja a ráksejtet, öregeké csak töményen, rákos betegeké nem.

Itt kapcsolódik be *Klein* munkája a rák elleni védekezés finomabb kivizsgálására. A legelső lépés az volt, hogy a *Freund-Kaminer-féle* sejtoldási reactio hibaforrásait pontosan kikereste és a már régen ismert durva hibákon kívül a finomabbakat is kiküszöbölte. Azt régen tudtuk, — és ezzel bajlódott oly sokáig *Mátéffy* is osztályon — hogy lues, gümőkór, terhesség és mindenféle fekélyes folyamat befolyásolja a reakciót. Azt azonban, hogy minden narkotikum, az insulin, az emésztési fermentumok, vérzések, de főleg röntgen- és radiumbesugárzások mily sokáig hatnak e kényes vizsgáló eljárás adataira, csak *Klein* vizsgálatai tisztázták. Főleg a sugaras befolyás igen hatásos. Kis adagok — egyszeri röntgenátvilágítás — *14 napra emelik*, nagy adagok (egy Ca-adag) *10 hétre* csökkentik a vérsavó oldóképességét. Csak há ezen hibaforrásokat kiiktatjuk, értékelhetjük a gyakorlatban a *Freund-Kaminer-féle* ráksejtoldó reakciót.

A müncheni (*Lexer*), heidelbergi és tübingeni (*Kirschner*) sebészeti és az erlangeni (*Wintz*) női klinika ellenőrző

vizsgálatai szerint is a ráksejtek oldódása hiányzott nemcsak a szorosan vett rákesetekben, hanem sarkoma és lymphogranulomatosis infiltrans legtöbb esetében is (94—97%), míg az oldás megvolt minden esetben, melyben rákos betegség biztosan ki volt zárható. Rákos esetben nem ritkán nemcsak hogy nem csökken a rákemulsió sejtjeinek száma a vizsgálat ideje alatt, hanem a sejtek még szaporodnak is, úgyhogy a vizsgálat befejezésekor több a sejt, mint annak kezdetekor.

A számolás egyéni hibaforrásának kiküszöbölésére kidolgoztak egy fényképező eljárást, mely utólagos ellenőrzésre minden esetben rögzíti a sejtszám képét. Az eljárás kidolgozásakor *Simon* professor, a ludwigshafeni kórház sebésze 2226 oly esetből, amely vagy műtéttel vagy boncolással igazolható volt, úgy küldte a vért, hogy a vizsgálóintézet (a Biolabor) csak számot kapott, diagnosis nélkül. Majd egyazon vért többfelé osztva, különböző számmal küldték át, később, amikor a diagnosis ellenőrzésére a szám mellé ezt is hozzáírták, sorozatosan tévesztő kórhatározásokat küldtek. Ezen 2226 esetből az első 163-ban a hibaforrás 13.6% volt (tuberculosisnál 41.5, diabetesnél 33.3%, graviditásnál 47%). E durva hibaforrások kiiktatása után a 8. seriesben (232 esetben) 2.9%-ra sülyed az általános hibaforrás. Új számológok begyakorlása közben ez a hiba újból 6%-ra megy fel. Mai formájában 5.5% hibaforrással kell számolnunk. Az eljárás megbízhatóságára jellemző az, hogy eddig minden esetben, amelyben az oldóképesség hiányzott, a tumort megtalálták, annak ellenére, hogy nem egyszer semmi más, rákra utaló tünet nem volt. Ki kell azonban emelni, hogy a reakciót nem adják a bőrrákok, amíg fölületesek, sőt a lysis fokozott is lehet. Ezzel szemben oly egyének vére, akiknek fölmenő két nemzedékében rosszindulatú daganat volt, pozitív reakciót adhat.

Klein az eljárás használhatóságát a következőkben látja: »Megengedi, hogy az egyénben mindenkor a vér oldástükrét (lytischer Spiegel) lemérjük és ezzel a szervezet reakciós állapotát meghatározzuk, továbbá, hogy a védekező systemára ható izgató vagy ártalmas tényezőket értékeljük és hogy különlegesen a műtétet követő javulást, vagy leromlást, különböző röntgen- vagy radiumadagok hatását ellenőrizhessük.«

Ad II. A második kérdés az *emlősök rosszindulatú daganatainak kóroktanára* vonatkozik. Ezideig adatait nem ellenőrizték, úgyhogy nem merek rólok ítéletet mondani. Ha valóknak bizonyulnak, nagy lépést jelentenek előre a rák fejlődésstanának útvésztojében.

Klein azt állítja, hogy *homolog* anyaggal 40—90%-ig, *biztosan sejtmentes ojtással*, bizonyos feltételek között melegítéssel *előtt sejtekkel* is sikerült emlősökön három hét alatt rosszindulatú daganatot termelni. Ha bőr alá, izomba, vagy a hasüregebe oltott ultrafiltratumot, annak helyén, majd áttétekben jelentkezett a daganat; ha intravenásan fecskendezte be a sejtmentes szűrletet, rendszeren a tüdőben és a vesében eredt meg a daganat. Az átojtott daganat *szöveti szerkezete az eredeti daganatéval egyezett*. Rákszűrlettel mindig rák, sarkomáéval sarkoma fejlődött. Az új daganat *finomabb szöveti szerkezete* is egyezett az eredeti daganatéval.

Ha *sejtes* anyagot ültetett be, az implantatum rákos sejtjei (a 2. órától a 12. napig végzett sorozatmetszetek tanulsága szerint) elhalnak. Fehérvérsejtek és histiocyták átnövik az implantatumot, majd néhány nap múlva az elhalt szövetdarabka környékén a beoltott állat nem differentiált sejtjeiből indul meg az új daganat burjánzása. Minél erősebb az ártalom az oltandó állat védekező rendszerére, annál biztosabb a daganat megeredése.

Éppen ily módon sikerült *Klein* szerint *idegen állatfajta* daganatát *más állatfajta*ra átültetni (a rágcsálók családján belül), ha a beoltandó állat ellenállóképességét teljesen vagy legalább is igen nagy mértékben lerombolták.

Újszülött emlősön a más fajtáról átültetett daganat egyideig e nélkül is tovább nő, épúgy, ahogy *Murphy*-nak sikerült termékenyített tyúktojásban rákot tovább tenyészteni. Egy bizonyos idő múlva azonban, amikor a szervezet ellenállóképessége megnő, az újszülött emlősben növénynek indult daganatot hirtelen átnövik a histiocyták és fehérvérsejtek, csakúgy, ahogy a tyúkembrióban továbbnövő daganat rendszeren a költetés 18. napján elpusztul. Ezekben az esetekben az átültetett daganat úgy nő tovább az új gazdában, mint a szövet — tenyésztésbe explantált (a régi daganat sejtjeinek oszlásából).

Ha a gazda ellenállóképességét a reactio megindulásakor újból lerontjuk, az átültetett daganat tovább nő. Minthogy azonban felnőtt állaton az ellenállóképesség lerontására szükséges beavatkozás foka közel áll a halálos adaghoz, e kísérletek igen kényesek. Az ellenállás (az oldástükörrel mérhető) csökkentésére mindazokat a tényezőket használták, amelyeket eddig mint a rákképződés megindítására szokásos izgató anyagokat vagy eljárásokat ismertünk. (Kátrány- és anilintermékek, arsen, indol, a R.E.S. blokkadja, főleg pedig röntgen.) Mindezen szerek és eljárások kis mennyiségben ingerlik a védekező szerveket, nagy adagban megbénítják azokat. *Klein* felfogása szerint a Virchow-féle ingerelmélet helyett e szerek hatását a rák fejlődésére úgy kell felfognunk, hogy a védekező készüléket bénítják, azaz azonosak a rákdispositióval. A rák megindulását csakis specifikus, csakis tumorból izolálható »agens« közvetíti, amely azonos Caspari »ens malignitasával«. Ennek az agensnek elkülönítését és tulajdonságait eddig csak egyes intézetekkel közölte *Klein*, nyilvános ismertetését későbbi közlésre halasztja.

Ad III. A harmadik kérdés, a fentiekből levont eredményeknek a kezelésre való alkalmazása, még egészen a kezdet kezdetén van. Sikerült oly activator előállítása, amely a csökkent vagy hiányzó lytikus képességet e rendszernek többszörösére tudja emelni. Az emberre csak igen rövid idő óta vitte át e kísérleteit és igen óvatosan ezeket mondja:

»Nem vagyunk eléggé naivak azt hinni, hogy csakis befecskendezésekkel már kifejlett, nem operálható daganatokat visszafejlesztthessünk, de van remény arra, hogy a rákra hajlamosokat úgy befolyásolhatjuk, hogy elvesztett védekezőképességüket visszanyerjék, illetve, hogy helyettesítő kezeléssel a sebészeti és sugárzó, bevált eljárások eredményeinek állandó diagnostikus ellenőrzése révén a kiújulások számát csökkentjük.«

*

Az elmondottakból kiderül, hogy a három kérdés-csoportból csak a legelső az, amely három, rákkérdésekben közismerten megbízható egyetemi klinikán a szükséges ellenőrzéseken átment. A helyes adatok számlálka annyira pontosan egyezik, hogy ennek a kórhatározó eljárásnak jelenét és jövőjét mérlegelés tárgyává tehetjük. A rák dispositiójára és aetiológiájára vonatkozó adatok még az az ellenőrzés kohóján át nem mentek s így nehéz róluk véleményt mondani. Összevetve azonban a frankfurti hét három előadójának, *Caspari*-nak, *Fichera*-nak és *Teutschländer*-nek hasonló irányú előadásával, oly sok valószínűséggel utalnak a helyes irányba, hogy azokkal is kell komolyan foglalkozni. A helyzet ma az, egy, ma pandémikusan elterjedt kártyajáték menetéből véve a példát: a bemondás megtörtént, a játékos (*Klein*) kihívta első nagy ütőkártyáját (a diagnostikus eljárás kitűnő megjavítását) és a partner (*Caspari* és *Fichera*) kirakta a kártyáit (25 év munkájának eredményét). Aki ismeri e játék szabályait, tudja, hogy a jó játékos a bemondásból és kirakásból nagyjában következtethet, milyen lap van a játékos kezében. Valószínűnek kell mondanunk, hogy *Klein* professor a játszmat megnyeri és hogy bemondásai reálisak.

Egy hypothesisnek értéke mindig attól függ, hogy vele az észlelések milyen körét lehet megmagyarázni. *Klein* rákelmélete: 1. az ellenállóképesség (mérhető) csökkenése; 2. a specificus agens (melyet állítólag izolált) és 3. helybeli szövetártalom (vagy szövetdispositio) egyezik nagyjában azzal a formulával, amelyet a mult évben, az irodalom és saját észleléseim alapján mint a rák kórfejlődésének ma leginkább elfogadható elméletét egy népszerű ismertetésben közöltem.¹ A különbség csak az, hogy *Klein* most közölt mérései alapján az ártalmaknak egész sorát, amelyet cikkemben a Virchow-elmélet szerint az izgató anyagok közé soroltam, át kell majd tenni a dispositio csoportba. Valószínű, hogy az öröklött dispositio is a csökkent ellenállás (az activ mesenchyma = R.E.S.) rovására írható. Felfogásunkban e szerint azok az adatok, amelyek a frankfurti tudományos ülésen előtérbe jutottak, lényeges átalakulást nem jelentenek. Az átcsoportosításnak azonban vannak igen fontos gyakorlati előnyei és következményei. Ha a gyakorlatban is beválik a módosított Freund-Kaminer-reactio, ez nemcsak annyit jelent, hogy 93—95 %-ban biztosan megállapíthatjuk a kezdődő rákot (talán az előrákot, a praecancert is?), hanem módunkban lesz a különböző rákellenes beavatkozások (a műtét, a röntgen és radium adagának, egyéb segítő eljárások, ingeranyagok, stb.) hatását pontosan mérni és ellenőrizni. Ez az a módszer, amelyre én is törekedtem *Mátéffy*-val, amely mint finom indicator, lehetővé teszi bármely rákellenes szernek pontos adagolását. Ha az az activator, amelyet *Klein* ígér, csakugyan annak bizonyul, aminek ő reméli, oly szernek, amely a megszünt védőképességet (az activ mesenchymát) új munkára tudja ösztökélni, úgy a rák kezelése is nyer e kutatások eredményeiből. A tisztán tudományos jelentőségű második kérdés-csoporthoz, a rákátoltások ismertetett csodálatos eredményeihez addig nem merek egy szót is hozzátenni, amíg ezen kísérleteket mások meg nem ismételték. Azok a kivételesen sikerült átoltások egy állatfajtáról a másikra, amelyekről a nemrég lefolyt rákeladásokban *Balogh Ernő* számolt be intézetében végzett vizsgálatokról² és amelyeknek ugyancsak még ellenőrzésre szoruló sorozatáról *Blumenthal*-nak³ a mult év végén megjelent könyve emlékszik meg, valószínűvé tesz, hogy *Klein* adatai helytállóak. Ha igazságuk beválik, leesik az a nagy függöny, mely az emlősök rákjainak kórfejlődését a tyúk *Rous* leírta sarkomáitól elválasztotta. Tovább megyek: a sejtmentes szűrlettel átoltható tyúk-daganatok vitás kérdéseinek egész sora talál magyarázatot, ha a változó megeredés kérdését az agensen kívül a beoltott állat ellenállóképességének változásával hozzuk vonatkozásba.⁴ De nem folytatom e fejtegetéseket, mert félek, hogy a bizonyítható igazság területéről a hypothesisek ingó talajára tévedek. Annyit azonban — *Mátéffy* 17 év előtt megszakított vizsgálata alapján — ma is merek már mondani, hogy a Freund-Kaminer-féle vizsgálóeljárás hibaforrásaik kiküszöbölése egymagában igen nagy haladást jelent, nemcsak a rák felismerésében, hanem a kezelési eljárások megítélésében is.

Irodalom. ¹ A rák mint népbetegség. Egészségpolitikai Szemle 1934. 2. szám — ² *Puinoky Gyula*: Über die heteroplastische Transplantation des Ehrlich'schen überimpfbaren Mäusecarcinoms. Z. f. Krebsf. 1930. B. 32 p. 520. — ³ *Blumenthal Ferdinand*: Ergebnisse der experimentellen Krebsforschung und Krebstherapie. Sijthoff's uitgeverij N. V. Leyden 1934. — ⁴ *Foulds L.*: The filterable tumours of fowls: a critical review. The imperial cancer research fund. London 1934.

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

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

A röntgenkymographiáról.*

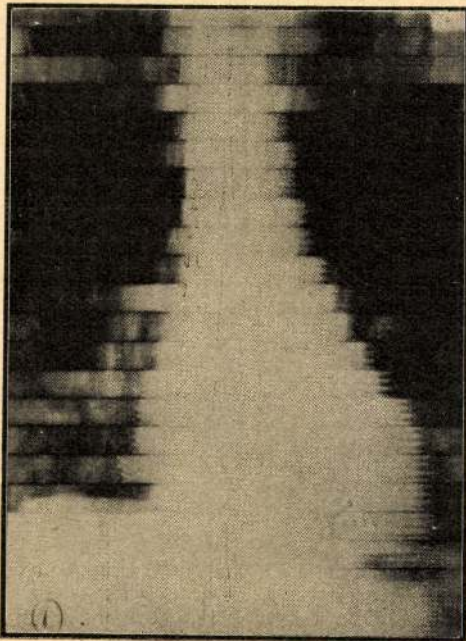
Irta: Forfota Erich dr.

Röntgendiagnostikánk a legutóbbi időkig hiányos volt, mert belső szerveink mozgásairól nem tudtunk finomabb, mérhető és bármikor reprodukálható adatokat szerezni. Az átvilágító ernyőn látjuk ugyan a test mélyébe rejtett szerveink mozgásait is, az ernyőmegfigyelések azonban nagyon hiányosak. Az ernyő gyöngye fényereje mellett tökéletlen látóélességünk, a mozgások pedig gyorsak, szabadszemmel nehezen elemezhetők. Szemünk nem képes arra, hogy egyidőben lezajló többszörös mozgásokat is figyelemmel kísérjen és lehetetlen különböző mozgásképeknek különböző időben való összehasonlítása.

Röntgendiagnostikánk e hiányosságát régóta igyekeztek már pótolni. Mint elsők *Rieder*, *Kaestle* és *Groedel* próbálkoztak röntgenmozgófényképezéssel és azóta is állandóan folynak kísérletezések ilyen irányban. Gyakorlatilag is használható eljárást azonban a röntgenkinematographia mindeztideig nem hozott.

1912-ben *Gött* és *Rosenthal* más megoldáson fáradoztak. Ők írták le először a röntgenkymographiát, vagyis olyan eljárást, mely a röntgensugarak segítségével graphikailag oldja meg a mozgásábrázolást. *Pleikart Stumpf* az ő eljárásukat tökéletesítette és néhány évvel ezelőtt olyan készüléket szerkesztett, mellyel ma már használható mozgásképeket tudunk előállítani.

Ha mellkasátvilágítás alkalmával betegünk és a fluoreszkáló ernyő közé olyan ólomlemez helyezzük,



1. Felvétel.

melybe néhány mm széles vízszintes rést vágunk, akkor az ernyőn a rések megfelelően vékony megvilágított sávot fogunk látni, melyben a szívcontur a pulsatio ütemében

ide-oda mozog. Ha az ernyőt filmmel helyettesítjük és gondoskodunk arról, hogy a felvételi idő alatt a film a rése merőleges irányban egyenletes sebességgel elmozduljon, akkor olyan felvételt kapunk, melyen a szívcontur mozgópontjai mozgásukra jellegzetes, szabályos hullámgörbét rajzoltak.

Az így készült felvételt röntgenkymogrammnak, az eljárást röntgenkymographiának nevezzük. *Gött*, *Rosenthal*, *Sabatt* és kevesen mások foglalkoztak vele — a röntgendiagnostikában azonban elterjedni nem tudott. *Stumpf* készüléke a vázolt régebbi rendszerrel szemben annyiban módosult, hogy egyetlen rés helyett ólomrácsot használ, melynek egymástól szabályos távolságokban számos keskeny rése van; a film pedig az expositio ideje alatt egyenletes sebességgel a résekre merőleges irányban éppen annyi elmozdulást végez, mint amennyi a réseknek egymástól való távolsága. Ilyen módon a felvételekhez a film egész felületét ki lehet használni és egyetlen filmre a vizsgált szerv conturjáról számos conturpont egyidejű mozgásképét rögzítjük, mely mozgásképek összességükben jellegzetes szervkymogrammot adnak.

A szegedi belgyógyászati klinikán néhány hónap óta foglalkozunk röntgenkymographiával. Mivel ez az eljárás hazánkban kevésbé ismeretes, a vele foglalkozó vizsgálók közleményeiből azonban az látszik, hogy röntgendiagnostikánk értékes bővítését jelenti — néhány szív kymogramm kapcsán röviden kívánom vázolni, hogy a röntgenkymogrammok segítségével a szív mozgásairól mi mindent lehet érzékelhetővé tenni. (L. 1. sz. ábrát.)

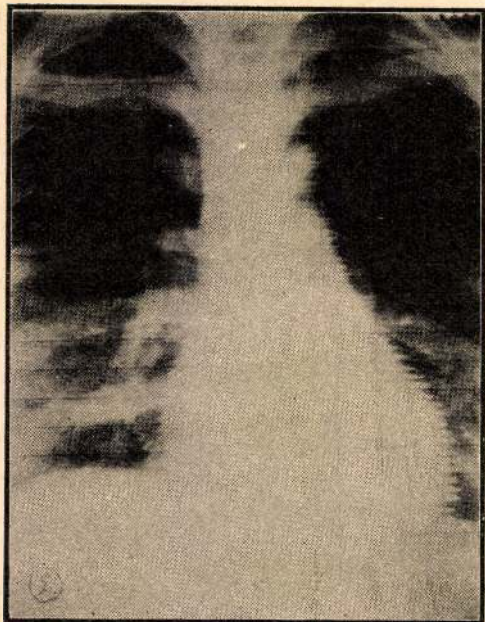
Az ólomrácsrendszer vékony rései a felvételen vékony vonalak alakjában láthatók, melyek a képet szabályos csíkokra osztják. A szívcontur mentén minden egyes olyan pont, mely közvetlenül egy ilyen vízszintes vonal felett van, a felvételi idő alatt az egyenletesen elmozduló filmre mozgásgörbét, kymogrammot rajzol, mely alulról felfelé a következő vízszintes vonalig terjed. Egy ilyen felvétel tehát számos conturpont kymogrammjának sorozatából áll, melyek együttvéve, graphikai ábrázolásban az egész szervcontur egyidejű összes mozgását érzékeltetik. (A conturpont térbeli elmozdulásának nagyságát és irányát illetőleg fentiek csak bizonyos korlátozással helytállóak. Az egysíkú felvétel a térbeli elmozdulásnak csak azon komponensét ábrázolja, mely a film síkjával párhuzamos síkban és a rések irányában történik. Ha tehát egy adott conturpont valódi térbeli elmozdulását akarnók nagyságában és irányában ismerni, három egymásra merőleges síkban történt felvétel segítségével, szerkesztés útján lehetne a kérdést megoldani.)

Az 1. sz. felvétel ép szívről, álló ólomráccsal, elmozduló filmre készült. A röntgenkymograph úgy van szerkesztve, hogy egyenletesen elmozduló rácson keresztül, mozdulatlan — nyugalomban lévő filmre is készíthessünk felvételt. (L. 2. sz. ábrát.) A lemezen ilyen feltételek mellett is jellegzetes mozgásgörbéket kapunk, ezek azonban a vízszintes vonalak között nem alulról felfelé, hanem fordítva, felülről lefelé olvasandók. Az álló filmre készült felvételen a nyugalomban lévő szervek természetesen ugyanolyan képet adnak, mint a szokásos, közönséges röntgenfelvételeinken. A tájékozódást ezért gyakran megkönnyíti álló filmre készült kymogrammok előállítása.

Ha a 2. sz. ábrán a bal rekesztől felfelé követjük a szívconturt, először a szív bal kamraívének megfelelő mozgásgörbéket találjuk. A pulsatio ütemében nagy amplitudójú, erőteljes hullámokat, csipkéket látunk itt, melyeknek alakja a kamraműködésre jellegzetes. A csipkének felső, rézsútós szára a kamra diastolés tágulása közben történt elmozdulásnak — a meredekebben futó alsó szár a gyorsabb systolés összehúzódnak felel meg. Időbelileg pontosan ellenkező értelmű mozgásgörbéket látunk a középarnyék

* Előadott a budapesti Kir. Orvosegyesület 1934. évi május hó 18-i rendes ülésén.

felső részében baloldalon, az aorta és az art. pulmonalis kontúrján. A kamrasystolé alatt a nagy artériák hirtelen tágulnak, az artériák kiürülése és összehúzódása viszont lassabban, a kamradiastolé alatt megy végbe. A bal kamra és az artériák árnyéka között van egy rövid kis contour-részlet, melyről tudjuk, hogy itt a bal pitvar fülcséje contour-képző. Itt a mozgásgörbék harmadik alakjával találkozunk, mely a pitvarmozgásokra jellemző. Kisebb amplitudójú, dupla csipkéket látunk itt. A dupla csipkéket első kilengése a kamramozgásokat kissé megelőzi, magának a pitvaractio



2. Felvétel.

okozta elmozdulásnak, a második, közvetlenül utána jövő kilengés pedig időbelileg a kamramozgással esik egybe s a pitvarfalnak az erősebb kamraizomzat okozta együttmozgásának felel meg. Jobboldalon a rekeszív felett tiszta kamramozgásokat látunk annak jeléül, hogy ebben az esetben a szív jobb contourjának rekesz feletti részén a jobb kamra contourképző. Feljebb haladva a kamracsipkék mindinkább ellapulnak és jellegzetes pitvari mozgásgörbéknek adnak helyet. Jobboldalt magasan, a vena cava superior alkotta contour mentén egészen alacsony hullámú, szabálytalan görbéket látunk, melyeket normalis esetekben alig lehet már elemezni. A szív környezetében ép viszonyok közt csak közvetlenül a szív szomszédságában látjuk a hilus árnyékában a nagy pulmonalis verőerek lüktetését és a tüdő szövetének kisértékű átvett mozgását. Távolabb, a tüdőszövet mozdulatlan és mozdulatlanok a rekeszív-ek is. (A szív kymogramm-felvételek légzési szünetben készülnek.)

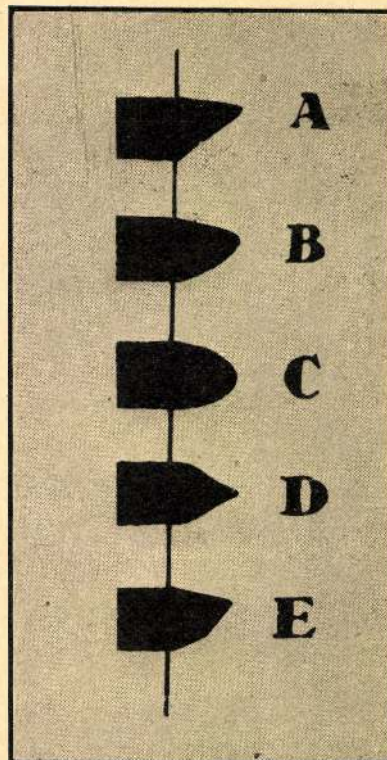
A kymogramcsipkék alakja és viszonylagos nagysága jellegzetes tehát a szív különféle üregréseinek működésére. A kymogramok segítségével könnyű az egyes szívreszeket egymástól jellegzetes mozgásgörbék alapján elhatárolni. Részben ez adja meg a kymographia jelentőségét beteg szívek vizsgálatában, mert könnyű vele a szívüregek tágulatát, nagyságváltozásait megállapítani.

Jelentős lehet azonban már maga az a körülmény is, hogy egy bizonyos contourpont a szívactióval synchron egyáltalában végez-e mozgásokat? Mediastinalis daganat és aorta aneurysma elkülönítő kórhatározása pl. kymographia segítségével könnyű, mert a jellegzetes nagyérv kymogramm jelenléte, vagy hiánya a kérdéses árnyékcontour mentén, — átvett tumorpulsatio esetében a mozgásgörbének a nagyérv kymogramokra jellegzetes alaktól való eltérése a kérdést eldönti.

Schilling közölt egy esetet, mely szerint egy angina pectorisban szenvedő beteg, kinek előző kymogrammfelvételein a bal kamraív mentén mindenütt jól voltak láthatók a kamramozgásokra jellegzetes csipkék, a beteg állapotában hirtelen beállott rosszabbodás után, az újonnan készült kymogrammon a kamramozgások körülírt helyen nem voltak többé kimutathatók. A klinikai kép és az E. K. G.-fölvétel alapján a bal coronaria emboliájára kellett gondolni és ez esetben első ízben sikerült kymographiával a szívinfarktus helyét élőben pontosan meghatározni. A boncolás a kymogrammeletet igazolta.

A szívmozgások röntgenábrázolásától azonban nemcsak topographiai, vagy bonctani felvilágosítást várunk, hanem, mivel a szív és nagyerek működése mozgásaikban nyilvánul, várható, hogy megváltozott működés megváltozott mozgástypussal fog együtt járni. Fontosnak bizonyult ilyen szempontból a kamramozgások megfigyelése, vagyis a bal kamraív mentén az egyes csipkék alakjának, nagyságának és a csipkék amplitudó szerinti eloszlásának regisztrálása. (L. 3. sz. ábrát.)

A bal kamracontur mentén látható mozgásgörbéket alakjuk szerint *Stumpf* alapján kb. a következő sémában lehet csoportosítani: Vannak egyenesszerű csipkealakok (a) és olyanok, melyeknek szárai lekerekítettek (b); vannak tompa hegyben végződő lekerekített szárú csipkék (c), és csaknem homorú szárak között éles hegyben végződő alakok (d), és vannak végül olyanok, melyeket *Stumpf*

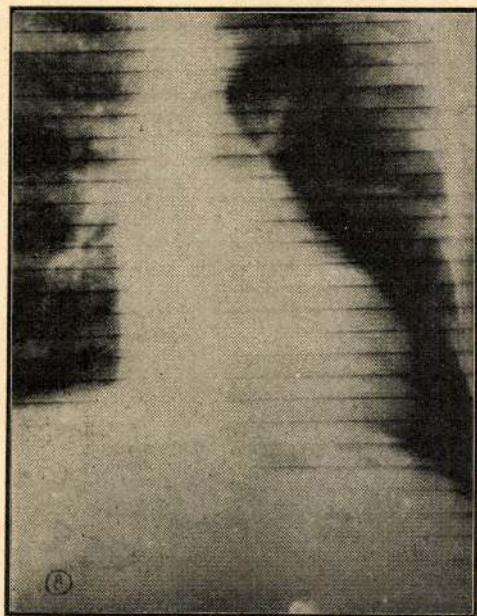


3. Felvétel.

trapezformájúaknak nevez (e). Fiatal, egészséges egyénekben többnyire az a és b alakok láthatók, a csúcs körül gyakran a c forma. Hegyes csúccsal végződő, d forma szerinti csipkéket többnyire astheniás alkatú egyéneknél találunk neurotikus szíveken, továbbá Basedow-kórban, hyperthyreosisban; lelapult, trapezformájú, egészen sekély, néha alig látható csúcsú csipkéket tágult, izomfajulásos szívekben. Nagyrészt tisztázatlanok még ezek az összefüggések; nagy anyagon, sok oldalról jövő vizsgálati eredmények kellenének. Mivel azonban egy-egy ilyen csipke megfelel a szívcontur diastolés tágulása és systolés össze-

húzódása okozta mozgás rajzos ábrázolásának, mivel belőle a mozgás nagyságára és időbeli lefolyására következtethetünk, az ilyen megfigyelések alkalmasnak látszanak a szív-izomzat újabb functiovizsgálatára s így érdemes és hálás vele foglalkozni.

Úgy látszik, hogy a bal kamraív mentén a csipkék amplitudo szerinti eloszlása is jellegzetes. *Strumpf* és *Fürst* sorozatos vizsgálatokat végeztek nagyszámú, fiatal, egészséges emberen és azt látták, hogy az épszívűek legnagyobb számában a legmagasabb csipkéket a csúcsterületen és a körül látni, a kamra kraniális részeiben pedig az amplitudo alacsonyabb lesz. Az ilyen eloszlást *typus I.*-nek nevezték. (*L. 1. és 2. sz. ábrákat.*) Az esetek egy bizonyos kisebb százalékában azonban szívpanaszok nélküli egyéneken is azt látták, hogy a legnagyobb amplitudójú csipkék magasan, a pitvar-kamrai határ közelében vannak, a csúcs körül pedig csak alacsony hullámok. A vizsgálatra került egyéneket különféle functionális szívpróbáknak, munkaterhelési próbáknak is alávetették és akkor kiderült, hogy azok a szívek, melyeknek izomzata nem a csúcson, hanem a kraniálisabb kamrarészekben végezte a legnagyobb kitérésű pulsatiós mozgásokat, gyengébb teljesítőképességű, könnyebben fáradó, ú. n. »funktionsuntüchtig« szívek voltak. Más helyről tudtommal nincsenek még elég nagy anyagban szerzett észlelések, melyek ezen leleteket megerősítik, vagy megcáfolják, de ha igaznak bizonyul ez az összefüggés, akkor értékes és korai functionális leletként volna értékesíthető. Feltűnő, hogy beteg szíveken, vitiumokban, myodegeneratiók esetén mi is mindig a *II. typus* szerinti eloszlásban találjuk a kamramozgásokat akkor is, ha egyébként alig találhatók klinikai functionális tünetek s talán *Kirch* kórbonctani vizsgálatait adják meg a kamraizomzat pulsatiós amplitudójának segmentaris eloszlása és functioképesség

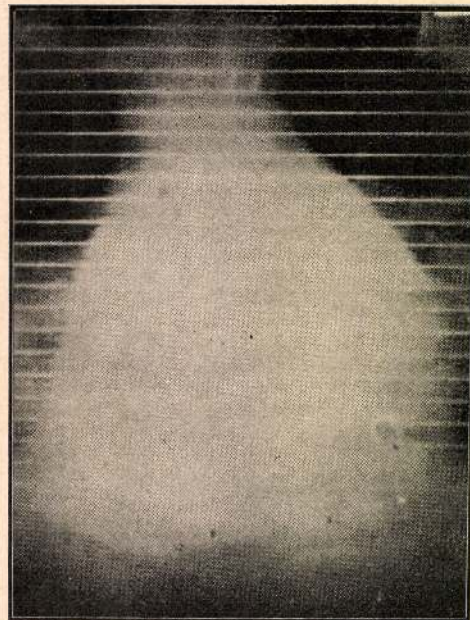


4. Felvétel.

közötti összefüggésre a magyarázatot. *Kirch* azt állítja, hogy a kamraüreg tágulása és az izomzat hypertrophiája segmentarisan megy végbe. A tágulás először a kamra hosszirányában érvényesül és az izomzat hypertrophiája először a kamra cranialis részeiben, az artériás ostiumok közelében fejlődik ki. Dilatációs atrophias elváltozást pedig először mindig a csúcsterületen lehet találni.

A 4. sz. felvétel lueses eredetű, kiegyensúlyozott állapotban lévő aorta insufficientiás beteg kymogrammja. Jól

láttni, hogy a kamracsipkék igen magasra felterjednek, vagyis a bal kamra főleg a hosszirányban tetemesen tágult. A csúcsterületen és körülötte csak egészen alacsony, kis amplitudójú mozgásgörbéket látunk, a magasabb, nagyobb kilengésű kamramozgások pedig magasan, a kamra cranialis részében, a *II. typus* szerinti elrendeződésben találhatók.



5. Felvétel.

A kamracsipkék nagysága azonban még más szempontból is értékesíthető jelnek bizonyul. Decompensált, izomelfajulásos tágult szíveken igen gyakran csak alig észrevehető, alacsony kilengéseket látni. Ez az elváltozás az izomzat csökkent teljesítőképességére mutat és reversibilis, mert sikeres orvoslásra a beteg általános állapotának javulását nemcsak követi, hanem néha meg is előzi a kymogrammban az a változás, hogy a kamrahullámok amplitudói újból nagyobbodnak és végül elérhetik a rendes magasságot is.

A nagyerek mozgásgörbéin is találhatunk diagnosztikailag értékesíthető jellegzetességeket. Aortasclerosisban az aortafal tágulása csökkent, a mozgáshullámok alacsony és lapos csipkéket alkotnak, aorta elégtelenségben viszont a jellegzetes »pulsus celer et altus« nagyon jól látható. (*L. 4. sz. ábrát.*) Pulmonalis vitiumok az arteria pulmonalis okozhatnak jellegzetes mozgásgörbéket, a vena cava superior mentén pedig nagyvérkörbeli pangáskor találunk néha igen nagy hullámú pangásos pulsatiót, tricuspidalis elégtelenségben pedig kamrasystolés, retrograd hullámokat.

A kisvérkörbeli pangásnak is megvan a maga jellegzetes kymogrammtünete. A 4. sz. ábra eredeti filmjén is jól látható, hogy ilyenkor az ép viszonyoktól eltérően nemcsak a szív közvetlen környezetében, hanem messze, a tüdőparenchyma peripheriás részeiben is, a pulmonalis arteriák elágazódásai mentén határozott rezgéseket találunk a szív-lüktetés ütemében.* Bizonyítékaul szolgálhat ez a tünet a pangásos tüdőszövetben létrejövő ú. n. *Basch*-féle tüdőmerevségnek (Lungenstarre).

Az 5. sz. felvétel fiatal nőbetegéről készült kymogramm, kinek kórelőzményében polyarthritist után létrejött, hosszú

* Az eredeti filmről készült kicsinyített reprodukció ezek a finomabb részletek — sajnos — nagyjából elvesznek és nehezen felismerhetővé válnak.

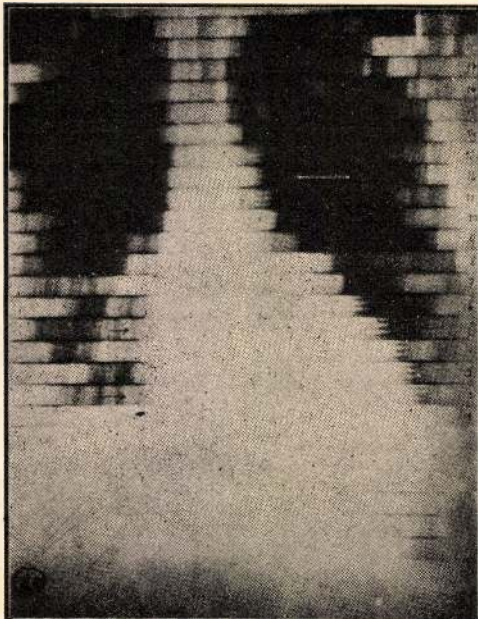
évek óta fennálló kombinált vitium ismeretes. A beteg már több ízben volt decompensált állapotban. Súlyos állapotban került ismét a klinikára s ott meghalt. A felvételen a nagyon



6. Felvétel.

tágult vena cava superior conturja mentén kamrasystolés hullámok láthatók. Boncoláson tényleg kifejezett tricuspidalis elégtelenséget is találtak. Az eredeti felvételen a kisvérkörbeli pangás kymographiás tünete is jól látható.

A következő, 6. sz. felvétel kapcsán az ütemzavarok kymographiás vizsgálatára szeretnék még rámutatni. A felvétel decompensált mitrális vitiumról, arrhythmia perpetuában szenvedő betegről készült. Az egész szívcontur mentén kamrán, pitvarokon, nagyereken a reproduction is nagyon jól és élesen látható az egyenlőtlen nagyságú és szabálytalan időközökben egymást követő szívactiók. A ky-

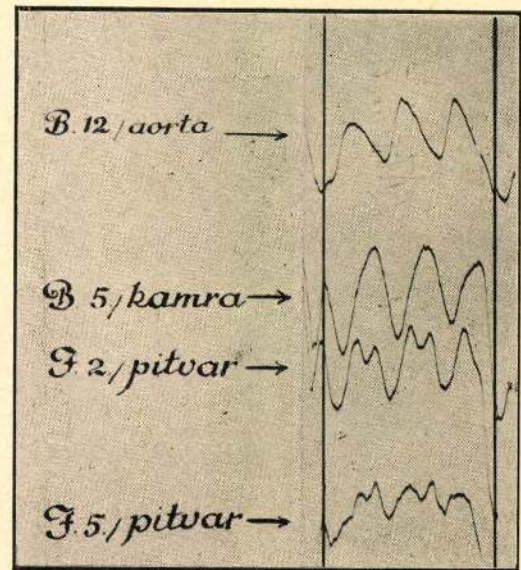


7. Felvétel.

mographia, mivel egyidőben rögzíti a pitvarok, kamrák és nagyerek mozgásait és mivel a felvételeken az egyidejű mozgásszakaszok nagyon könnyen felkereshetők, tulajdon-

képpen tökéletes eljárás volna a rhythmuszavarok vizsgálatára. Közvetlen felvilágosítást az egyes szívreszletek egyidejű mozgásállapotáról ezideig más úton nem is kaphatunk. A rhythmuselemzésnek azonban főfeltétele, hogy a mozgáshullám, annak időbeli lefutását illetőleg a pitvar- és kamrakymogramokon egészen pontosan legyen követhető, illetőleg összemérhető. Mivel azonban a kymogramokon aránylag nagyon kis helyre összeszorítva igen sok részlet rögzítődik, az összehasonlítható kymogramrészletek pedig egymástól távol vannak a felvételen, és mivel végül a csipkék határai sem mindig élesek, az ilyen elemzés nagyon fáradtságos és sokszor lehetetlenné válik.

Ilyen esetben nagyon jó segítség a Stumpf ajánlotta densographiás regisztrálás, mely szellemességében is nagyon egyszerű. A kérdéses kymogramrészleteken, a 8. sz. ábrán pl. a nyíllal jelzett kymogrammsíkokon alkalmas készülék segítségével keskeny fénynyalábot vezetünk keresztül, mely a filmen való áthatolás után fotoelektrikus cellára esik. A kymogrammsípkék mentén a film feketedése az áteső fénynyalábot a feketedés fokával egyenes arányban gye-



8. Felvétel.

gíti. A fotoelektrikus cella áramkörébe kapcsolt elektrométer hűrkilengéseiben az áramingadozásokat nagyon pontosan jelzi. A hűrkilengéseket tetszőleges időléptékkal és tetszőleges nagytávolságban könnyen rögzíthetjük, s így olyan felvételeket kapunk, melyeken a kérdéses rhythmushullámot pontosan követhetjük. A 7. sz. ábra nyíllal jelzett kymogramjain elvégeztük a densographiás regisztrálást és a kapott eredményt a 8. sz. ábra szemlélteti.* A két alsó görbe a jobb pitvar-kymogramot ábrázolja. Jól látható a jellegzetes duplacsipke és az hogy az első hullám a kamrahullámot megelőzi. Ez felel meg a pitvaractiónak, a kamrán pedig a telődési szakasz egy részének. A második csipke a kamrától átvett elmozdulás, mert pontosan egybeesik a kamramozgással. A kamraürülés az aortán telődési periodussal esik egybe, a nagyér kiürülése, szűkülése alatt pedig a kamra megint diastolés tágulásban van. A két fekete függőleges a rések által okozott feketedés, a közöttük levő terület tehát a réstávolság, vagyis az az út, melyet

* A densographiás regisztrálásokat a szegedi II. számú kémiai intézet tulajdonát képező Zeiss-féle készülékkel végeztük. E helyen köszönetet kell mondanom Kiss Árpád professzor úrnak, hogy a készülék használatát megengedte, nemkülönben Geszner László úrnak, aki a regisztrálásokat volt szívés számunkra elvégezte.

a film a felvétel alatt megtett. Ez esetben a felvétel három másodpercig tartott, a réstávolság pedig a 8. sz. ábrán 28 mm—0.05 másodperc tehát a görbén közelítőleg 0.45 mm abscissának felel meg. Látható tehát, hogy a densographiával bármely kérdéses kymogrammrészlet időbeli összefüggése elég pontosan tanulmányozható.

Fentiekben csak néhány részletét vázoltam a szív és nagyerek kymographiás vizsgálatai kapcsán eddig leszűrődött tapasztalatoknak mégis már egész tünettana alakult ki a különféle elváltozásoknak, mely napról-napra bővül. Az ütemzavarok vizsgálatára pedig a vázolt eljárás új eszközöket és új lehetőségeket nyújt. Bár rövid ideje foglalkozunk csak a szegedi belgyógyászati klinikán kymographiás röntgenvizsgálattal, mégis diagnostikai lehetőségeink gazdagodásának tekintjük ezt az eljárást.

Természetesen egyéb belső szerveink mozgásairól is készülhetnek kymogrammfelvételek, ha a kérdéses mozgó szervconturok, vagy -részletek elég éles röntgenárnyékok adnak. Különösen a tüdő kórtanában látszik eddig ez az eljárás értékesnek, mert vele egyetlen röntgenfelvételen könnyen tisztázhatók a tüdőparenchyma különféle részeinek, a bordáknak, satori szerveknek, rekeszeknek légzéssel kapcsolatos mozgásai s így könnyen kideríthetők összenövések, együttmozgások, stb. A tüdőgümőkór collapsus-kezelésekor a javallatok felállításában van ennek nagy jelentősége, mert a légzés közben készült tüdőkymogramm elemzése előre megmutatja, hogy a tervezett beavatkozásnak meglehetősen a kívánt eredménye, hogy nincsenek-e olyan összenövések, melyek a szándékolt beavatkozás ellenére a beteg tüdő kollapsusát meghiúsítanak s ezért esetleg más megoldást, vagy beavatkozást tesznek szükségessé. Nemrégiben francia szerzők, *Bernard, Pelissier* és *Silbermann* számoltak be kymographiás tüdővizsgálatokról és az eljárást a tüdőtuberculosis terén a jövőben nélkülözhetetlennek tartják. Jogos tehát az a remény, hogy a röntgenkymographia, belső szerveink mozgáselemzésének ezen új módja, diagnostikai lehetőségeinket gazdagítani fogja. Ezen eljárásban új lehetőségek jelennek a *funcionalis röntgen-diagnostika* kifejlesztésére.

Irodalom: *Bernard, Pelissier et Silbermann*: Presse med. 1933. 2053. — *Brednow u. Schaare*: Zeitschr. f. klin. Med. 125. 480. — *Cramer H., A. Wilke, H. H. Weber*: Klin. Wochenschr. 1933. 179. — *Dahm N.*: Fortschr. Röntgenstrahlen. 47. 3—4. — *Dahm N.*: Klin. Wochenschr. 1934. 1. — *Dahm N.*: Fortschr. Röntgenstr. 43. 4. — *Fetzer*: Fortschr. Röntgenstr. 46. 29. — *Gotthardt*: Fortschr. Röntgenstr. 39. 1. — *Gött und Rosenthal*: Münchn. med. Wochenschr. 1912. 38. — *Holland, Sack und Willenweber*: Münchn. med. Wochenschr. 1933. 39. — *Janus*: Verhandl. deutsch. Röntgen-Ges. 1930. — *Kirch*: Klin. Wochenschr. 1930. 17—18. — *Kremer*: Beitr. klin. Tbk. 1933. 33. 6. — *Menzel*: Klin. Wochenschr. 1934. 7. — *Scherf und Zdansky*: Fortschr. Röntgenstr. 40. (1929.) — *Schilling C.*: Fortschr. Röntgenstr. 47. (1933.) — *Stumpf Pl.*: Fortschr. Röntgenstr. 38. 6. — *Stumpf Pl.*: Verhandl. Kongr. inn. Med. (Wiesbaden. 1930.) — *Stumpf Pl.*: Fortschr. Röntgenstr. 1934. 3. — *Stumpf Pl.*: Fortschr. Röntgenstr. 36. 3. — *Stumpf Pl.*: Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung. 1934. II. — *Stumpf Pl. und Fürst*: Münchn. med. Wschr. 1931. 26. — *Weltz G. A.*: Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung. 1934. II. — *Weltz, J. van Niekerk, Storm van Leeuwen*: Münchn. med. Wschr. 1933. 18. — *Wilke A.*: Fortschr. Röntgenstr. 6.

Kiadványainkat olcsón kapják meg előfizetőink az összeg előzetes beklüde után. Soos Aladár: Étrendi előírások 111. kiadás, 5 P helyett 4 P; *Horváth Boldizsár:* A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra 5 P; *Kunszt János:* A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei 215 oldal, 6,50 P helyett 5,50 P. Vásznonba kötve 8 P helyett 7 P; *Issekutz Béla:* Gyógyszerrendelés 8 P helyett 3 P; *Rigler Gusztáv:* Közegészségtan és járványtan tankönyve 25 P helyett 5,70 P; *Orsós Ferenc:* Kórboncolás vezérfonala 86 oldal 2,50 P helyett 2 P; *Krepuska István:* A füleredetű agytályogok kór- és gyógytana 4 P. — A befizetési lap hátulján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni.

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

A terhesség megszakítása hysterotomia anterior útján.

Irta: *Fátyol Csongor dr. tanársegéd.*

Nagy haladást jelentett a szülészetben a *Dührssen* által 1896-ban ajánlott műtéti eljárás, mellyel a méh elő nem készített szülőutak mellett a terhesség vagy szülés bármely idejében hüvelyi úton kiüríthető s melyet *Dührssen* »hüvelyi császármetszés« név alatt ismertetett. Tulajdonképpen kizárólag tágító műtét, mellyel a méhszájat percek alatt kitágíthatjuk s előnye a vértelen méhszájtágító eljárásokkal szemben, hogy az erőszakos zúzás és szakítás helyett a méhen éles metszést ejtünk s így inkább a sebészi elvek szerint járhatunk el. A *Dührssen* által ajánlott eljárás abból áll, hogy úgy a mellső, mint a hátsó hüvelyboltozaton előzetes metszést ejtve, a mellső és hátsó méhfalat átvágjuk annyira, hogy a méh ürébe könnyen bejuthassunk. Ezen eljárást *Bumm* olyképpen módosította, hogy csak a mellső méhfalat metszi át s eljárását hysterotomia anteriornak nevezte el. *Döderlein* és *Lunkenbein* az eredeti *Dührssen*-eljárást pedig olyképpen módosították, hogy csak a mellső méhfalat metszik át anélkül, hogy akár a hüvelyfalat harántul felmetszenék, vagy a hólyagot feltolnák s ezt követőleg lábrafordítást, extractiót, vagy fogóműtétet végeznek. *Döderlein* három, *Lunkenbein* két esetről számol be, hol ily módon sikerült úgy az anyát, mint a magzatot megmenteni.

A hysterotomia anterior javallatait maga *Dührssen* a következőkben foglalta össze:

1. A méhnyak s az alsó méhszakasz rendelkezése: carcinoma, myoma, rigiditas, szűkület, részleges zsákszerű kitágulása az alsó méhszakasznak. 2. Az anyára nézve oly életveszélyes állapot, mely a méh kiürítése által elkerülhető: tüdő-, szívmegetegedések, korai lepényleválás. 3. A magzat életveszélye miatt és pedig ki nem tágitott nyakcsatorna mellett, amidőn a metreuryzis és a mély bemetszések eredménytelenek, tehát ahol a magzat az elhúzódó szülés miatt akár a köldökzsinórt, akár a lepényt érő nyomás miatt kerül életveszedelembe.

A hüvelyi császármetszés kezdetben csak carcinoma mellett, mint előkészítő műtét szerepelt s melyet követett a méhnek teljes kiirtása (*Acconci*). Hazánkban az első ilyen műtéteket *Tauffer* (1900) s *Tóth* (1903) végezték. *Bumm* 1902-ben 26 esetet közöl, ahol csak öt esetben szerepelt más ok carcinomán kívül a műtét elvégzésére és pedig két esetben a méhnyak heges szűkülete, 2 szívhaj s egy eklampsia miatt. Ő maga 13 esetben végzett hysterotomia anteriori és pedig két carcinoma, öt eklampsia, egy vitium és nephritis, 1 chorea gravidarum, egy placenta praevia és két mint koraszülés szűkmedence miatt. *Rühl* 16 esetet ismertet, *Krönig* 14, *Veit* 33 s *Dührssen* 201 esetet állított össze.

A II. sz. női klinikán 1917-től több mint 29.000 szülés közül 16 esetben végeztünk hysterotomia anteriori. Eseteinket a megbetegedések szerint, melyek miatt a műtétet végeztük, a következőkben csoportosíthatjuk.

Nephropathia nephritis eklampsia miatt 10 esetben.

1. F. A. 22 éves. I. P. terhességének kilencedik hónapjában. Nephropathia, eklampsia. Retinitis albuminurica. Vizeletben túrós csapadék. Három roham után zárt méhszáj mellett végezzük a műtétet. Harántmetszés a hüvelyboltozaton. A méh mellső falát átmetszve, koponyafekvésből lábrafordítunk; élő, érett leánymagzatot nyerünk. A méh sebt bevarrva, a hólyagalapra gazecsíkot vezetünk s a cervixbe üvegdraint helyezünk. A gyermekágy láztalan; per primam sebgógyulás, a tizenhatodik napon gyermekével együtt távozik.

2. Cs. K. 36 éves. II. P. terhességének hatodik hónapjában. Nephropathia. Retinitis albuminurica. Vizeletben fehérje, túros csapadék. Vérnyomás 195 hgmm. Műtét. Láztalan gyermekágy; per primam sebgyógyulás; a huszonkettedik napon gyógyultan távozik.

3. G. A. 24 éves I. P. terhessége nyolcadik hónapjában. Eklampsia. Vizeletben bőven fehérje. Vérnyomás 190 hgmm. Szemfenék ép. Műtét előtt hét roham. Műtét: harántmetszés, majd a *cervix mellső és hátsó falának* átmettszése. Műtét után több roham nem volt; láztalan gyermekágy; per primam sebgyógyulás, a huszonkettedik napon gyermekével együtt gyógyultan távozik.

4. S. Gy. 25 éves. II. P. terhessége hetedik hónapjában. Nephritis — neuroretinitis et ablatio retinae oculi utriusque. Vizeletben bőven fehérje. Vérnyomás 220 hgmm. Műtét. A gyermekágy láztalan lefolyású, tünetek teljesen visszafélődtek; per primam sebgyógyulás. 18. napon gyógyultan távozik.

5. É. K. 29 éves I. P. Terhességének nyolcadik hónapjában. Nephropathia, retinitis albuminurica, korai lepényleválás. Vizeletben fehérje túros csapadék, vérnyomás 200 hgmm. Fájdásai nincsenek. Szívhangok bizonytalanul hallhatóak. A beteg látása oly rossz, hogy az ujjakat egy cm távolságról alig látja. Műtét. Mivel a szülés után az anuria nem szűnt meg, vesedecapsulatióra határozzuk magunkat, azonban mivel az egyik oldali vesedecapsulatio nem hozta meg a kívánt eredményt, a másik vesét is decapsuláljuk, azonban a vizeletelválasztás ennek dacára sem indul meg s a beteg meghal (urologiai klinika). (L. Batisweiler O. H. 1933.)

6. D. I. 19 éves. I. P. Terhességének hetedik hónapjában. Eklampsia, vizeletben fehérje, túros csapadék. Vérnyomás 110 hgmm. Fájdásai nincsenek. Műtét előtt 10 eklampsziás roham. Műtét. A gyermekágy az első nap kivételével teljesen láztalan. Per primam sebgyógyulása. A 20. napon gyógyultan távozik.

7. M. I. 28 éves. I. P. Abortus artificialis VI. Nephropathia gravidarum, retinitis albuminurica, vizeletben túros csapadék. Műtét. Műtét után három órával a pulsus rohamosan romlik, 120—130 percnként kishullámú lesz s dacára az egy liter hypodermoklysisnek, műtét után öt órával meghal a beteg.

8. G. L. 37 éves. IV. P. Terhessége hetedik hónapjában. Vizeletben bőven fehérje, vérnyomás 100 hgmm. Eklampsia, hydramnion. II. dorsoanterior harántfekvés. Intézetten kívül elhalt magzat, az intézetten kívül két, a műtétig pedig összesen öt rohamra volt. Műtét. A műtétet követő napon a betegnek egy eklampsziás rohama volt. A gyermekágy második napján három eklampsziás roham, miért is 250 ccm vért bocsátunk le. A harmadik napon 12 rohamra volt, úgyhogy az asszony összesen 22 rohamot állott ki. A negyedik naptól a rohamok megszűntek. Egy ízben volt csak 38,5°-ig terjedő hőmérséklete, egyébként a gyermekágy láztalan lefolyású volt s a 12. napon gyógyultan hagyja el a klinikát.

9. K. A. 25 éves I. P. Terhességének kilencedik hónapjában. Nephritis albuminurica, vizeletben bőven fehérje, vérnyomás 205 hgmm. Műtét. Műtét után 39°-ig terjedő hőmérséklet. A gyermekágy 3. napján lochia-retentio miatt méhürítést végzünk. A 4. napon újból végzünk méhürítést s a folyás biztosítására üvegdraint vezetünk a belső méhszáj fölé. T.: 38,5. 6. napon a portio necrotikus lepedékekkel fedett, miért is több méhürítést nem végzünk, hanem H₂O₂-vel öblítünk. A 11. naptól láztalan és a 32. napon gyógyultan hagyja el a klinikát. A 2080 g súlyú magzat az 5. napon veleszületett gyengeség miatt meghal.

10. I. I. 37 éves, VII. P. Terhességének nyolcadik hónapjában. Glomerulonephritis, retinitis albuminurica. Műtét. A gyermekágy első két napján 38,5-ig terjedő hőmérséklet, egyébként láztalan. Per primam sebgyógyulás, a 18. napon távozik.

A súlyos nephritis és retinitis albuminurica miatt végzett két műtétünk sémán meggyógyult, a vizeletből a fehérje eltűnt és a tünetek is visszafélődtek. Mindkét esetben élő magzatot kaptunk, azonban az egyik kora magzat (2080 g) az 5. napon veleszületett gyengeségben meghalt.

E tíz esetünk közül kettő halt meg; az egyik közvetlen a műtét után, a másik két nap múlva. *Seitz* tíz esetről számol be, hol eklampsia miatt végzett hysterotomia anterior egy halálzással. *Sarvey* volt az első, aki eklampsziánál inkább az abdominalis császármetszést ajánlotta, mivel

legtöbbször úgyis primiparáról van szó, megtartott portióval, szűk hüvellyel és így nagy nehézségek adódhatnak a hüvelyi műtétnél s a magzat extractiója is nagyobb akadályba ütközik. *Bumm* viszont azon a véleményen van, hogyha a *cervix mellső* falát a belső méhszáj fölé terjedőleg felmetsszük, azon át a kiviselt magzatot is minden nagyobb nehézség nélkül extrahálhatjuk.

Placenta praevia miatt két esetben végeztünk hysterotomia anterioriort.

11. V. A. 39 éves. V. P. Terhességének nyolcadik hónapjában. Felvétele előtt egy hét óta tartó gyenge vérzés. A klinikán is volt kisebb vérzése. Fájdásai nincsenek. Műtét: harántmetszés a mellső hüvelyboltozaton, a *cervix mellső* falát a belső méhszáj magasságáig átmetsszük. A lepény az elülső falon tapad s a belső méhszáj területét is borítja. Burkot repszünk, majd lábrafordítást végzünk. Mivel a koponya a belső méhszájat nagyon feszíti, perforatiót végzünk annál is inkább, mert a magzat nem él. A lepényt leválasztjuk; betapintás. E közben kiderül, hogy a hashártya mellső áthajlási redője átszakadt, valamint a *cervix* sebe is kissé továbbrepedt. A peritoneum sebet összevarrjuk, majd a *cervix* sebének egyesítése után a hólyagalapra gazecsíkot vezetünk. Műtét alatt 1000 ccm konyhasót s 500 ccm vért kapott a beteg transfusio alakjában. A gyermekágy 2. napjától láztalan, per primam gyógyulás, a 10. napon gyógyultan távozik.

12. F. Gy. 33 éves. II. P. Terhességének hetedik hónapjában. Hydramnion. Gemini. Placenta praevia centralis. — Műtét. Nagyon fokú atonia, miért kétszeres *Dührssen* tamponade-ot végzünk, aorta-compressio. Vértransfusio. Hypodermoklysis. Két kora fiúmagzat születik (1600—1800 g), azonban 20 óra múlva mindkét magzat meghal.

Placenta praevia miatt először *Bumm* (1912) végzett hysterotomia anterioriort sikerrel. Később *Henckel*, *Büttner*, *Sellheim* jó eredményekről számolnak be. Az ok, mely miatt vonakodtak ezt a műtétet végezni, az volt, hogy a metszést a lepény közvetlen közelében vagy azon kell végezni s így igen erős vérzés indulhat meg, azonban az egyes szerzők alig észleltek nagyobb fokú vérzést, amit azzal magyaráznak, hogy a méh erélyes lehúzása által a véredények megtöretnek s ez szünteti a vérzést. Ha az utoljára jövő fej kihozatala nagyobb nehézségbe ütköznék s attól félünk, hogy a sebzés esetleg továbbszakad, helyesebb a fejet perforálni, amint azt mi is csináltuk.

Phtysis pulmonum miatt egy esetben végeztük e műtétet.

13. Zs. A. 30 éves. A. P. Négyhónapos terhesség. Tbc. pulmonum. A laminaria behelyezése után kitűnt, hogy a külső méhszájtól két cm távolságban a *cervix mellső* falát átjáró sérülés van, mely a hólyagra nem terjedt tovább. A méh üre 12 cm. — Műtét. Per primam gyógyulás, a 13. napon gyógyultan távozik.

A hysterotomia anterior sokkal kisebb vérvesztéssel jár, mint a mesterséges abortus vagy koraszülés s ez nagy szerepet játszik az amúgy is legyengült szervezetnél. *Hegar* éppen ezért a hysterotomia anterioriort a leggyorsabb s legjobb eljárásnak tartotta.

Korai lepényleválás miatt két esetben végeztük:

14. V. P. 24 éves. II. P. terhességének nyolcadik hónapjában. Korai lepényleválás; az asszony erősen kivérezve; a méh nagy fokban kitágult. A magzat elhalt. Zárt méhszáj, megtartott nyakcsatorna. Műtét. Műtét alatt 1000 ccm konyhasó-oldatot adunk, valamint szívizgatókat. Ennek dacára a pulsus felületes lesz, alig tapintható; vértransfusióhoz készülünk, azonban erre már nincs időnk, mivel közben az asszony meghalt.

Bonczegyzőkönyvi kivonat: Sectio caes. cerv. vag. ante dies I. facta. Anaemia universalis. Degeneratio parenchymatosa hepatis. Haemorrhagia punctiformis subendocadiales et subpleurales. Oedema pulmonum. Perihepatitis et perisplenitis chr. Adhaesiva.

15. Z. A. 21 éves. IV. P. terhességének nyolcadik hónapjában. — II. dorso anterior harántfekvés. I. fokban szűk medence. Heges méhszáj, részleges korai lepényleválás. Műtét. A gyermekágy a műtét első napjától eltekintve, láztalan; per primam gyógyulás, a 11. napon gyógyultan távozik.

Korai lepényleválásnál a fő feladat, hogy a szülést minél hamarabb befejezzük s más eljárással nem tudjuk a méhszájat o'y gyorsan kitágítani, mint hysterotomia anteriorral. *Scitz* négy esetről számol be, hol sikerrel végezte a műtétet. Két esetünk közül az egyik nagyon kivérzett állapotban került a klinikára, úgyhogy a vértransfusio elvégzésére már nem is volt idő.

Incarceratio uteri gravidi post ventrofixationem miatt egy esetben végeztünk hysterotomia anteriori.

16. T. I. 37 éves. V. P. terhességének hetedik hónapjában. Öt év előtt klinikánkon ventrofixatio. Vitium cordis. Hydramnion. A portio teljesen hátra, a promontorium felé tekint, a mellső méhfal túlságos feszülés alatt áll. Röntgenvizsgálattal anencephalust találtunk. Mivel a méhfal további elvékonyodása partialis incarcerationiót okozhatna, ezért hysterotomia anteriori végzünk. — Műtét: a portiót hátul magasan találjuk, a promontorium felé fordulva, úgyhogy azt nem is tudjuk megfogni. Ezért térnyerés szempontjából kiadós episiotomiát végzünk s előbb harántmetszést ejtve a mellső áthajlási redőn, feltoljuk a hólyagot. Ezután a portiót s a cervix alsó részét hosszában felmetsszük, a belső méhszaj tájáig, majd burkot repesztünk, mire az igen bő magzatvíz (4000 g) elfolyik s ezután fordítást végzünk. A magzaton (anencephalus) életjelenségeket nem látunk. A méh sebéet egyesítjük, a hólyag-alapra gazecsíkot vezetünk fel. A gyermekágy első négy napjában lázas, 38,5 C, ötödik naptól láztalan, per primam gyógyulás a 12. napon gyógyultan távozik.

A fentihez teljesen hasonló esetet ismertet *Rühl*, aki tulajdonképpen először végezte *Dührssen*től teljesen függetlenül a hysterotomia anteriori vaginæ-fixatio után a méhszaj magas állása s hátrafelé fordulása, valamint a mellső méhfal abnormis elvékonyodása miatt.

A műtétek kivételében a *Bumm* és *Döderlein* által ismertetett eljárást követtük. Feltárás mellett két museuxvel megfogjuk a mellső méhszájat, az elülső hüvelyboltozaton harántmetszést ejtve, feltoljuk a hólyagot, majd sagittalis irányban átmetszük a méhnyak mellső falát a belső méhszaj fölé terjedőleg. A hólyagot nem szükséges minden esetben külön feltolni, mert már a méhszájnak erélyes lefelehúzása által a hólyag magától is felfele toódik, mivel a terhességi fellazulás folytán az összeköttetés a hólyag s a méhnyak között nagyon laza.

Az ejtett nyílásnak kiviselt magzat esetén oly nagynak kell lenni, hogy azon a magzat kényelmesen áthozható legyen. Ezután a museuxket eltávolítjuk, a magzatot megfordítjuk, extraháljuk. A lepény többnyire spontan megszületik, esetleg enyhe expressiót alkalmazunk, ha azonban szükséges, vagy erősebb vérzés lépne fel, kézzel leválasztjuk. Visszahelyezve a tükröket, a két sebszél szorítóba fogjuk s lefele húzzuk mindaddig, míg a metszés felső csúcsa látótérbe kerül s az első öltést ide helyezve, felülről lefele összevarrjuk a méhnyak sebéet, majd gazecsíkot helyezünk a méhnyak és hólyagalap közé s a hüvely sebéet egyesítjük. A hólyag feltolásánál ügyelnünk kell, hogy ne sérüljenek különösen oldalt a ritkán előforduló gyűjtőér-hálózatok, mert itt igen nagyfokú vérzés keletkezhet. A hólyag spontan felfelehúzódásánál és igen óvatos feltolásánál ezen gyűjtőér-sérülések könnyen elkerülhetők. Eseteinkben megelégedtünk a mellső méhnyak átmetszésével, mint azt *Bumm* is ajánlotta s mindössze csak egy esetben volt szükséges a hátsó falat is átmetszeni, amint azt *Dührssen* eredetileg ajánlotta. A peritonealis ür rendszeren nem nyílik meg, bár egyik esetünkben (14. eset) a mellső áthajlási redőn másfél cm széles nyílás keletkezett, melyet összevarrva, a beteg simán meggyógyult. Gyakrabban jön létre a hátsó cervixfal átmetszése s a hashártya letolása mellett a *Douglas-ür* megnyílása. Ezen körülmény, különösen fertőzött szülőcsatorna mellett kellemetlen következményekkel járhat. *Fiessler* két esetről számol be, hol sepsisben pusztult el a beteg tíz placenta praevia miatt végzett hysterotomia közül. *Döderlein* és *Krönig* éppen ezen ok miatt nem is ajánlják a méhnyak

hátsó falának átmetszését. Nagyobb vérzés a méhnyak átmetszéséből egy ízben fordult csak elő s a többi esetekben, ha a metszést a középvonalban ejtjük, alig volt számottevőbb vérzés, mivel a méh lehúzása által a véredények megtöretnek. Nagy előnye az eljárásnak, hogy a metszést a méh passiv szakaszán ejtjük s a heg a következő terhesség vagy szülés alatt kellemetlenséget nem okoz. Nem ismeretes még olyan eset, hol hysterotomia anterior után következő terhesség vagy szülés alatt a heg átszakadt volna, ellenben *Bumm*, *Sellheim*, *Krönig* több spontan szülést észleltek hysterotomia után. A klinikán egy esetben fordult elő, hol három év alatt végzett hysterotomia anterior után II. dorsoposterior harántfekvés miatt lábrafordítást, extractiót végeztünk minden zavar nélkül.

A születeket fordítással s extractióval fejeztük be, kivéve egy esetünket, hol a fordítást megkíséreltük, azonban mivel nem pulsáló köldökzsinór került a kezünkbe, *Naegle*-ollóval perforáltuk a koponyát és a magzatot cranioclasttal extraháltuk. A szülők közül hat primipara és 10 multipara volt.

A magzat megszületése után a lepény 11 esetben spontan — méhösszehúzószerek adagolása után — megszületett, öt esetben azonban kézzel kellett leválasztani. A méh a lepény megszületése után jól összehúzódott úgy, hogy atoniás vérzés mindössze egy esetben fordult elő, mire azt *Dührssen* szerint tamponáltuk s aorta-compressort is kénytelenek voltunk alkalmazni.

A gyermekágyak lefolyása síma, láztalan volt; másodnapon túl csak két asszony volt lázas, ezek is simán, zavar nélkül meggyógyultak. Jóllehet, a ki nem tágult cervix sebének összevarrása után a méhszaj ismét szűk lesz, a gyermekágyi folyás útja — egy esetünket kivéve — biztosítva volt. Egy esetben lochia-retentio miatt az asszony lázassá lett, azonban méhüri mosást végezve s üvegdraint felvezetve a belső méhszaj fölé, sikerült a lochia retentiót megszüntetni.

A 16 esetünk közül három szülönő halt meg; azonban a halálozás nem a műtét miatt, hanem az igen súlyos megbetegedés — és pedig két esetben súlyos nephropathia, egy esetben pedig korai lepényleválás okozta elvérzés miatt — következett be. A műtét következtében halálozás nem volt. A magzatok közül négy volt élő, a többi 13 közül három abortus volt, 10 pedig nem volt életképes.

Később *Dührssen* az eljárását olyképpen módosította, hogy a hysterotomia anteriori metreuryssissel kombinálta. Szerinte különösen a gyakorlóorvos veheti ennek nagy hasznát mindazon esetben, hol elő nem készített szülőutak mellett a szülést gyorsan be kell fejezni. Ha ugyanis a bába húzást gyakorol a ballonra, ezáltal a cervix lefelé húzódik s megfeszül, nagyon könnyű a méhszájat ollóval — szemünk ellenőrzése mellett — átmetszeni. Ha a metreurynter könnyen átjön, úgy egész kezünket is minden nehézség nélkül felvezethetjük a méhürbe. A ballonnak — tekintettel arra, hogy a húzás folytán a magasabb méhsegmentumot nyomja — vértelenítő szerepe is van. *Dührssen* ezen eljárását különösen az intézetben kívül végzett műtétek esetén ajánlotta, mivel a meghúzott ballon az átmetszendő méhszakaszt lejjebb húzza s egyúttal rögzíti is.

A hysterotomia anterior alapján véve nem súlyos beavatkozás, a morbiditas nem sokkal nagyobb, mint a spontan születeknél, jóllehet súlyos megbetegedéseknél s komplikált esetekben végezzük. Jó asepsis, megfelelő segítség mellett az anyát illetőleg veszélytelen műtét. Azáltal, hogy megvan a mód, hogy a terhesség vagy a szülés bármely pillanatában a méhet kiüríthetjük, sok kellemetlen szövődeménytől menthetjük meg úgy az anyát, mint a magzatot.

Irodalom: *Wonnerström*: Zentblt. 1903. 10. — *Jerie*: Zentblt. 1905. 7. — *Bardeleben*: Zeitschr. f. Geb. 53. 3. — *Lunkenbein*: M. m. W. 1908. 40. — *Ruhl*: Zentblt. f. Geb. 1908. 2. — *Doederlein*: Therap. d. Gegenwart. 1908. 1. — *Seitz*: Arch. f. Gynec. 90 — *Fiessler*: M. m. W. 1909. 4. — *Saks*: Zentblt. 1908. 48. — *Weisswange*: Zentblt. 1908. 10. — *Hess*: Zentblt. 1908. 39.

A Ferenc József Tudomány Egyetem közegészségtani intézetének közleménye (igazgató: Tomcsik József ny. rk. tanár).

Typhus bacillusgazdák környezetvizsgálata Szegeden.*

Irta: *Hernádi Mihály dr.* egyetemi tanársegéd.

Mai epidemiologiai ismereteink szerint az endemiás typhusmegbetegedések keletkezésében végső fokon legfontosabb szerepet a bacillusgazdáknak tulajdonítunk. A typhus elleni észszerű küzdelem ma már nem is képzelhető el anélkül, hogy a bacillusgazdákat fel ne kutassuk és azok elkülönítéséről, kioktatásáról ne gondoskodjunk. A feladat nagyságát mi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy a typhusban megbetegedetteknek kb. 2—3 %-a marad bacillusürítő, ezek nagy része hosszú ideig, sőt egyesek életük végéig is üríthetik a bacillusokat.

Szegeden az elmúlt öt év alatt 1295 megbetegedést jelentettek, az előző hét év 891 esetével szemben. 1931. év februárjában tejjárványunk volt, 1932-ben pedig az utóbbi évtizedek legnagyobb typhus-epidemiáját éltük át.

A typhus járványos terjedésének tanulmányozása céljából 1922. évtől kezdve térképen is feltüntettük a megbetegedések helyét és ebből kitűnik az, hogy a Nagykörúton kívüli részen, valamint a telepeken gyakoribb ez a betegség, mint a Nagykörúton belül. Jól körülhatárolt járványos kerületet egy évben sem találhatunk, mindig akad azonban egy-egy kerület, amelyben a typhus morbiditása magasabban a többi fölé emelkedik, valószínűleg a contact esetek gyakoribb volta miatt. Feltűnő, hogy egyes házakban, vagy azok környékén milyen gyakran fordulnak elő újabb esetek. A belterületen 41 olyan házat ismerünk, amelyben 1922 óta két éven át, kilenc házban három, vagy ennél több éven át fordult elő ismételt megbetegedés.

Bacillusgazda-vizsgálatainkat az Országos Közegészségügyi Intézet szegedi vizsgálóállomásán még 1929-ben megkezdettük. Az 1931-i tejjárványig azonban mindössze néhány száz vizsgálatot végeztünk. Az eddig végzett vizsgálatok számát és eredményét alábbi táblázatunkban évenként foglaltuk össze.

Év	Bacillusgazda vizsgálatok			
	száma	Szeged	Összesen	+ %
1929	180	0	3	1.7
1930	210	0	1	0.5
1931	2885	1	4	0.1
1932	1421	3	12	0.9
1933	2373	9	13	0.5
1934 májusig	408	0	5	1.2
Összesen:	7477	13	38	0.5% átlag

Táblázatunkból kitűnik az, hogy 1931-ben, amikor a legtöbb vizsgálatot végeztük, mindössze négy bacillus-

* Előadta a m. kir. Ferenc József Tudomány Egyetem Barátai Egyesületének Orvosi szakülésén 1934. évi május hó 17-én.

gazdát sikerült felkutatni. Ebben az évben, eltérőleg a többi évektől, a tejjel foglalkozó egyéneket vizsgáltuk, míg a többi évben a vizsgálatok nagy részét olyan egyéneken végeztük, akik typhusbetegségen estek át.

Vizsgálóállomásunk területén eddig tehát 38 bacillusgazdát ismerünk, ezek közül szegedi 13. A szegediek közül 1933-ban 1 elköltözött Medgyesegyházára. Egy másik bacillusgazda székletéből Paratyphus B. bacillusokat tenyésztettünk ki, később azonban többszöri ellenőrző vizsgálat alkalmával negatívnak bizonyult s így őt töröltük a nyilvántartott bacillusgazdák közül. Ezek szerint tehát Szegeden jelenleg 11 bacillusgazdát tartunk nyilván.

Mint hogy a bacillusgazdák jelentőségét a fertőzés tovaterjesztése szempontjából csak a leg gondosabb környezettanulmány segítségével lehet valamennyire tisztázni, a bacillusgazdákat lakásukon felkerestem. Sokan azzal fogadtak, tegyünk már valamit, hogy kellemetlen állapotuktól megszabaduljanak. Közöltem velük, hogy a belgyógyászati klinikán ingyenes gyógyításban részesülnek. Néhány kivételével fel is keresték a klinikát.

A szegedi bacillusgazdákat a szerint csoportosítottuk, hogy eddig a fertőzés tovaterjesztésében milyen szerepük volt. Megkülönböztettünk négy csoportot és a bacillusgazdák adatait a következőkben röviden ismertetem:

I. Özv. B. J.-né 48 éves, napszámos, Pásztor-u. 57. sz., Alsóváros. Faeces + 1928-ban volt typhusban, ugyanabban a házban 1928-ban még négy megbetegedés volt. Rokonságában, a nagyszéksői tanyákon már 1922-ben két, Átokházán 1929-ben szintén két megbetegedés fordult elő. A szomszédos házakban 1928-ban és 1932-ben egy-egy typhus fordult elő. Jelenleg Rákóczi-u. 15. sz. alatt lakik.

Özv. G. M.-né 31 éves, MÁV. üzemi s. tiszt özvegye, Pálfi-u. 100. sz., Alsóváros. F.+ 1933 szeptemberében betegen jött kis fiával együtt Deszkről. Azóta szüleivel lakik. Cselédjük állítólag néhány évvel ezelőtt typhusos volt. Környéken újabb eset nem fordult elő.

Özv. K. J.-né 36 éves, földbirtokos özvegye, Fodor-u. 26. sz. F.+ és U.+ 1931-ben fiai közül ketten betegedtek meg. 1932 nyarán lett beteg, betegségét lábon hordta. Néhány hét múlva másik két fia kapta meg a typhust férjével együtt. Férje bele is halt. Ugyanebben a házban lakó rokonuk, egy hentes felesége, is megbetegedett. 1930 óta laknak a Fodor-utcában, a környéken több megbetegedés nem volt.

M. I. 11 éves, színházi munkás gyermeke, Ősz-u. 26. sz. F.+ 1931-ben, még Berlini-körút 27. sz. alatt betegedett meg, másfél hónap múlva testvére, újabb két hónap múlva édesanyja lett typhusos. Közben lakást változtattak és Rigó-u. 26. sz. alatt is laktak.

M. M. 18 éves, tanár leánya, Hétvezér-u. 15. sz. F. Paraty. B.+ 1928-ban volt typhusos, környezetvizsgálat alkalmával egyízben Pty. B. bacillust tenyésztett ki a székletéből. Ötszöri negatív vizsgálat után a bacillusgazdák közül töröltük.

N. P.-né 32 éves, nyomdász neje, Kormányos-u. 11. F.+ 1928-ban volt typhusbeteg. Betegségét jóformán lábon hordta, kisleánya is beteges volt. Ugyanebben a házban később még egy megbetegedés fordult elő.

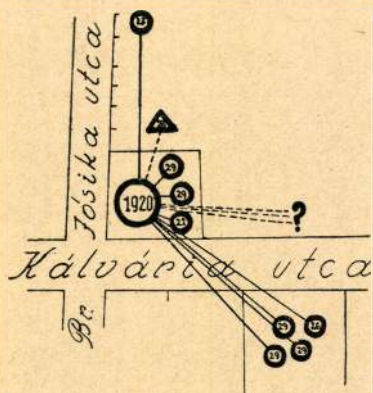
Özv. M. K.-né 43 éves, napszámos, Rókusi f. f. 72. F.+ Az első typhus eset a családban 1931 júliusában fordult elő. A bacillusgazda 1931 szeptemberben volt beteg, betegségét azonban lábon hordta. (Be sem volt jelentve.) 1932 augusztusban férje betegedett meg typhusban, aki bele is halt. Kisleánya szeptemberben kapta meg a typhust. 1931 óta Rókusi f. f. 72. sz. alatt, azelőtt Kiskundorozsmán laktak. Sem a rokonok között, sem a környéken állítólag megbetegedés nem volt.

P. M.-né 46 éves, nyomdai munkás neje, Dobó-u. 61. sz., Alsóváros. F.+ Typhusban sohasem volt. 1929-ben leánya, 1932-ben fia és veje betegedett meg typhusban. Rokonai között typhusról nem tud. A környéken Pásztor-u. 14., 17., 19. sz. alatt 1928., 1929. és 1932-ben volt egy-egy megbetegedés.

II. D. J.-né 37 éves, házmester neje, mosónő, Szentháromság-u. 26. sz. F.+ 1929-ben volt typhusban két gyermekével együtt, Boszorkánysziget-u. 20. sz. alatt. Férje nyáron kabinos a Regdon-fürdőben, állítólag ezen a nyáron őt is, mint női kabinost fogják alkalmazni. Erre a körülményre már most felhívjuk a hatósági orvosok figyelmét. A környező házakban 1931 óta három megbetegedés volt.

III. Ifj. N. János 27 éves, pék, Kossuth Lajos-u. 81. sz. F.+ 1932 nyarán volt beteg, akkor még Kossuth Lajos-u. 11. sz. alatt. Ugyanebben a házban 1932-ben még három eset fordult elő. Apja üzletében dolgozott, állítólag most nem vesz részt az elárúsításban. Környéken typhusmegbetegedés nem volt.

Sz. Béláné 46 éves, fűszer- és vegyeskereskedő, aki tejeladással is foglalkozott, sőt étkezője is volt. Báró Jósika-u. 32. sz., illetve Kálvária-u. 15. sz. alatti sarokházban lakott, szemben a kálváriautcai patikával.



— biztos contact esetek
 - - - - - valószínű contact esetek
 1. ábra.

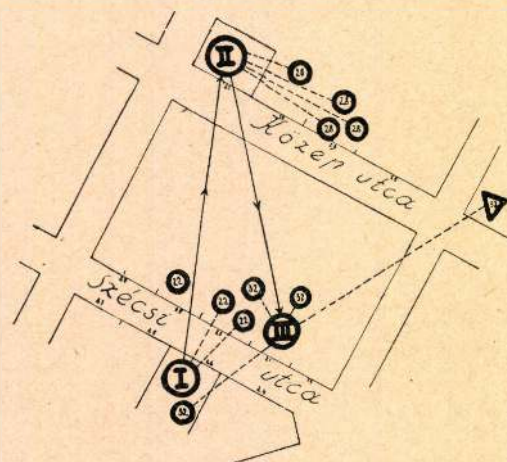
1920-ban volt typhusos. A környéken a következő megbetegedések voltak, amelyek kapcsolatba hozhatók a bacillusgazdával. 1922-ben férje, 1926-ban a Szent Gellért convictusban, Kálvária-u. 10. sz. alatt volt egy megbetegedés. 1927-ben Báró Jósika-u. 22. sz. alatt egy szigorlóorvos betegedett meg, aki több egyetemi hallgató társával itt étkezett. 1928-ban a szomszédos házban, Báró Jósika-u. 30. sz. alatt egy hivatalnoknő, 1929-ben pedig Báró Jósika-u. 32. sz. alatt, tehát abban a házban, ahol a bacillusgazda lakott, két megbetegedés, ezek közül ismét egy szigorlóorvos betegedett meg, aki a bacillusgazda étkezőjében étkezett. Ugyancsak 1929-ben a Szent Gellért convictusban három megbetegedés fordult elő. Ezen esetek is alkalmasint a bacillusgazdától eredtek. Ugyanis a tanév végén a diákok egy kis része nem ment haza s mivel a convictusban étkezést nem kaptak, a bacillusgazda étkezőjében ebédeltek. Mind a három diák egyidőben betegedett meg, az egyik meg is halt. Megjegyzem még azt is, hogy a közelben lévő vonatsoztag katonái között is több megbetegedés fordult elő az évek folyamán.

1931. évben a tejjárvány utáni bacillusgazda-vizsgálatok alatt vált ismeretessé. Hatósági intézkedésre az üzletből kitiltották, a tejárúsítást megvonták tőle, az étkezőt

sem tarthatta fenn. Nagyon elkeseredett s több ízben panaszkodott elviselhetetlen életéről. Hangoztatta, hogy bármilyen műtétnek hajlandó magát alávetni. Később úgy gondolták, hogyha vidékre költöznek, megmenekülnek az állandó ellenőrzéstől. Meggyesegyházára költöztek, ahonnan értesítésünkre a községi orvos az év folyamán már több ízben küldött vizsgálati anyagot, mely még mindig pozitívnak bizonyult. Tehát már 14 éve üríti a typhusbacillusokat.

IV. Cs. F. 33 éves, földműves, Világos-u. 18. sz., Alsóváros. U.+ 1931-ben volt typhusban. Szomszédos házban, Világos-u. 17. sz. alatt 1932-ben volt egy megbetegedés. A földművelés és paprikatermelés mellett tehenészettel is foglalkoznak s egyik legfontosabb jövedelmi forrásuk a tej. A szomszédos házba, de a város több helyére is hordott tejet, amíg vizeletéből a typhusbacillusokat ki nem tenyésztették. Vizeletének egy cseppjéből a brillianszöld táptalajon megszámlálhatatlan mennyiségben fejlődtek a typhustepek.

L. L.-né 45 éves, ny. vasutas, földműves neje, Szécsi-u. 21. sz., Alsóváros. F.+ Sohasem volt typhusban. Földműveléssel és paprikatermeléssel foglalkoznak, tehenük is van s azelőtt mind a szomszédoknak, mind a városba is hordták tejet. Érdemes egy kissé részletesebben foglalkozni e bacillusgazdával is.



→ bac gazda lakóhely változtatása
 - - - - - valószínű contact esetek
 2. ábra.

1922-től 1927-ig Szécsi-u. 26. sz. alatt lakott. 1922-ben Szécsi-u. 23. sz. alatt (szembelévő ház) két megbetegedés volt, 1927-ben Szécsi-u. 25. sz. alatt pedig egy eset fordult elő. Még 1927 őszen költöztek a Közép-u. 21. sz. alá, ahol 1931-ig laktak. 1928-ban Közép-u. 17. sz. alatt három, Közép-u. 19. sz. alatt egy megbetegedés történt. 1931 óta jelenleg is Szécsi-u. 21. sz. alatt laknak. 1932 nyarán veje lett beteg, aki félévvel előbb vette feleségül a bacillusgazda leányát. 1932-ben még a szomszédos házban, Szécsi-u. 23. szám alatt, valamint a szembelévő Szécsi-u. 26. sz. alatt fordult elő typhus. Volt még a közelben lévő Délbáb-u. 104. sz. alatt is egy megbetegedés. Jelenleg tejet nem, csak zöldséget hord a piacra. Megjegyzem még azt, hogy leánya 1931 tavaszán influenza miatt gyógykezelés alatt volt, nem lehetetlen, hogy typhuson esett át.

Amióta a bacillusgazdák ismertté váltak s őket kioktatták, azóta környezetükben nem fordult elő újabb typhusmegbetegedés. Ez is bizonyítja azt, hogy a bacillusgazdák felkutatásának, illetve kioktatásának nagy jelentősége van. A bacillusgazdák felkutatása leginkább úgy vihető keresztül, hogy a typhusbetegeken a lábadozásban több ízben végezzünk széklet- és vizeletvizsgálatot. A vizsgálatok kötelező

voltát miniszteri rendelet is előírja, azonban tapasztalataink szerint Szegeden és környékén csak részben teljesítik. Pl. Szegeden 1932-ben 321 bejelentett typhusbetegben lábadozásban első esetben 130, második esetben mindössze 82 esetben végeztünk vizsgálatot.

Nagyon veszélyesek az olyan egyének, akik betegek nem voltak és mégis ürítik a typhusbacillusokat, mit sem sejtve veszélyes állapotukról. Nagyon fontos volna a nyár-elejei megbetegedések környezetvizsgálata, nagyon sok esetben megtalálhatnánk a betegség kiindulásának okát. Az élelmiszerezéssel foglalkozók átvizsgálása is fontos volna.

1933-ban belügyministeri rendelet jelent meg a typhus elleni védekezés tárgyában. Elrendelte a miniszter, hogy az ország azon helyein, ahol 1932-ben a legtöbb megbetegedés fordult elő, főleg az északkeleti megyékben, Miskolc és Debrecen környékén öt évre visszamenőleg bacillusgazda-vizsgálat tartassék. Utasította a hatóságokat, hogy az ország minden részén a jövőben tervszerűen végeztessenek bacillusgazda-vizsgálatokat.

Szegeden még a ministeri rendelet megjelenése előtt néhány ezer bacillusgazda-vizsgálatot végeztünk. Vizsgálatainkat a tejjárvány jelentkezésekor kezdtük meg, amikor is a tejjel foglalkozó egyéneket vizsgáltuk át. E helyen is meg kell emlékeznem dr. Jung tisztiorvos munkásságáról, mely lehetővé tette, hogy az alsóvárosi részen 10 évre visszamenőleg a volt typhusbetegeket és azok környezetét átvizsgálhattuk. Nem véletlen, hogy a szegedi 11 bacillusgazda közül öt alsóvárosi.

A ministeri rendelet értelmében folytatni fogjuk bacillusgazda-vizsgálatainkat és reméljük, hogy sikerülni fog még néhány bacillusgazdát felkutatnunk.

A Ferenc József Tudomány Egyetem belgyógyászati diagnosztikai klinikájának közleménye (igazgató: Purjesz Béla ny. r. tanár).

Tanulmány a gyomornedv összes és neutralis chlortartalmáról.

Irta: *Berkesy László dr.*, magántanár.

Bizonyos egyéb célú vizsgálataink folyamán alkalmunk volt magunknak is észlelnünk azt az ismert tény, hogy ugyanazon gyomor sorozatos és fokozódó ingerekkel befolyásolás mellett is megtartja állandó secretiós jellegét. Más szóval: az egyes egyénben csaknem függetlenül a sósavconcentrációtól, az aciditás fokának magasságától, az aciditási görbe ugyanúgy zajlik le. Ennek magyarázatát keresve eljut az ember ahhoz a csupa ellentmondást tartalmazó irodalomhoz, amely különösen az utóbbi néhány évben fejlődött ki s amely azt szeretné tisztázni, van-e a savválasztásnak, a gyomor savconcentrációjának valami szabályozója s ha igen, mely tényező az, activ vagy passiv módon történik-e ez a szabályozás? Ebben a kérdésben minden vizsgáló más-más tényeket derít föl, más-más következtetéseket von le; mindenkinek van egy megállapítása, amely saját vizsgálataiból folyik s az eredmény az, hogy a zavar és bizonytalanság semmivel sem kisebb.

Ezek a felfogásbeli különbségek, az ellentmondó vizsgálati eredmények és következtetések ösztönöztek arra, hogy mi is foglalkozzunk ezzel a kérdéssel. Az érdeklődés előterébe a gyomornedv chlortartalmának, mégpedig részben az összes chlornak, főképpen azonban a neutralis vagy fix-chlornak viselkedése került, amely utóbbiban látják némelyek a savconcentratio szabályozóját; majd ezen a ponton túlhaladva a gyomor által activ módon termelt mucin szerepét kezdték vizsgálni és jutottak el a ma anynyira hangoztatott mucin-elmélet és therapia fogalmához.

Ezt az utat röviden vázolván azt látjuk, hogy néhány

évtizeddel ezelőtt is foglalkoztak már a gyomornedv chlortöménységével és chlortartalmával. *Bolton, Grund, Justesen, Pfaundler, Rosemann* és mások túlnyomórészt csak az összes chlorra voltak tekintettel, de vizsgálataik egyéb okból nem voltak olyanok, amelyek világosságot deríthettek volna a kérdésre. Bár *Pfaundler* már arra a megállapításra jut, hogy az emésztés végén bekövetkező közömbösítést a pylorus mirigyek activ lúgosító működése okozza; csatlakozik ehhez a feltevéshez *Török*, csecsemőkön végzett vizsgálatai alapján, melyeket a semleges chlor viselkedése irányában folytatott. *Mertens, Hayem, Strauss* és mások vizsgálatai szerint az összes chlor elég állandó tényező és két alkotórészből, a savchlorból és a chloridokból (neutralis chlor) tevődik össze. E megállapítások alapján úgy látszott, hogy a chloridok mennyisége az aciditással együtt emelkedik és csökken.

E nagy általánosságban mozgó megállapítások után a vizsgálók figyelme kezdett a részletekre, az összefüggésekre kiterjedni s ha ezeket vesszük tekintetbe, mindjárt szembeötlők lesznek az előbb említett nagy ellentmondások. Ezek a vizsgálatok éppen e legutóbbi években, 1930—32-ben, történtek. Amint t. i. mindenki elismeri, hogy az összes chlor a sósavchlorból és semleges chlorból tevődik össze, addig a semleges chlor eredetéről még nincs megegyezés.

Rosemann sokfelől tagadott elmélete szerint a neutralis chlor a sósavból hasad le; *Katsch* és *Kalk* viszont önálló chlorid elválasztásra gondolnak, melynek szerintük szerepe van a proteolytikus folyamatokban. *Vándorffy* a táplálékot, pankreas, epe és bélnedvek regurgitációját, nyálkahártya diffúziós folyamatokat is szerepeltet a chloridok keletkezésében. *Rosemann* elgondolásának *Bolton* és *Goodhart, Katsch* és *Kalk* önálló chlorid elválasztás teóriájának *Dienst* mond ellene; *Dienst* szerint, mivel az összes chlor az összes elválasztott sósav kifejezője s minthogy ez a szabad és a fehérjék által lekötött savból áll, ez a kötött sav felel meg a chloridoknak. Ezt a megállapítást azokból a vizsgálataiból szűrte le, amelyekben az aciditás, összes chlor és fehérje meghatározásával kimutatta, hogy magas «N» értékek mindig alacsony savértékek és alacsony «N» értékek magas aciditási fok mellett találhatóak s ezzel megalapította a modern mucin-elméletnek.

Hogy tapasztalatokat szerezzünk s ennek a kérdésnek a mélyébe bepillantassunk, 78 esetben másfél órán át tartó megtigyeléssel vizsgálat tárgyává tettük a gyomornedv savconcentrációját és összes chlortartalmát. Csaknem minden esetben 8 meghatározást végeztünk, mégpedig a szabad HCl-összaciditást titrálással, a chlor mennyiségét *Vollhard* szerint állapítottuk meg. A próbareggeli anyagául a szokásos mennyiségű üres teát választottuk, mint amelynek chlortartalma elhanyagolhatóan csekély volt. Az összes chlor ismeretében a szokásos formula (neutr. chlor- összes chlor- savchlor) segítségével kaptuk meg a neutr. chlor értékét. A nyert eredményeket az újabb vizsgálóknak az egyes factorokat illető megállapításaival egybevetve, hasonlóan az eddigi ellentétes eredményekhez, hol egyező, hol különböző megállapításokat tehetünk.

A legtöbben (*Neumann, Bolton* és *Goodhart, Hollander, Hayem*) szigorú párhuzamosságot véltek találni az aciditás foka és az összes chlor között, hogy t. i. a savtartalom emelkedését és esését az összes chlor párhuzamos változása követné. Ez már magában akkor sem látszik valószínű szabálynak, ha meggondoljuk, hogy az összes chlort alkotó két tényező közül csak a savchlor áll szerves kapcsolatban az aciditással, míg a neutr. chlor egyelőre inkább bizonytalan származású, de semmi esetre sem a savchlorból hasad le az alkalizálás alkalmával. Magunk úgy találtuk, hogy az esetek túlnyomó részében az összes chlorconcentratio a secretio egész tartama alatt egyenletesen emelkedik, csak kisebb részben találtunk a vizsgálat közben, valamivel

gyakrabban a végén kisebb eséseket; másrészt a legtöbbszőr független az összeschlor mennyisége az actualis aciditástól, annak az emésztés végén bekövetkező esését csak ritkán követi, számos szerző parallelismusa pedig az eseteknek csak egészen kis részében volt fellelhető.

Sokkal inkább egységes eredményeket találtak és ennek megfelelően egyöntetűbb következtetéseket vonnak le az egyes szerzők a neutr. chlor mennyiségét, az összes chlor és főképpen az actualis aciditáshoz viszonyát illetően. Így csaknem általános megállapítás *Hayem*, *Bolton* és *Goodhart*, *Baird*, *Campbell*, *Hern*, *Vándorffy*, *Török* és *Kellner* részéről, hogy magas HCl-nek alacsony neutr. chlor, alacsony HCl-nek magas neutr. chlortartalom felel meg, valamint az, hogy az elválasztó tevékenység kezdetén az aciditás lassú emelkedése s ezzel együtt a neutr. chlor stagnálása vagy lankás emelkedése látható, később azonban a magas chloridérték alacsony HCl-el jár együtt és fordítva. Ezen a ponton vizsgálataink csaknem teljesen megegyeztek ezekkel a megállapításokkal, ugyanis görbéink azt mutatják, hogy a neutr. chlor kezdeti lassú emelkedése vagy egy szinten állása ugyanezt eredményezi a savi viszonyokban, a secretio kb. 60—70-ik percétől kezdve pedig a neutr. chlor minden meredekebb ingadozása az összes aciditás ellentétes irányú kilengésével jár együtt s ez a szabályszerűség csak ritka esetekben nem érvényesül. Úgy látszik továbbá, hogy ez az egymással szemben mutatkozó elmozdulás csak az egyes görbéken belül érvényesül, de általánosságban és abszolút értékben nincs egy olyan neutr. chlor érték, amely egy bizonyos aciditási fokot vonna maga után; vannak ugyanis görbéink, melyek összehasonlításra jól felhasználhatók s pl. azt mutatják, hogy egyenlően 100—150—200 mgr% közötti neutr. chlor mennyiség mellett egyes esetekben 30—50 között, más esetekben 70—90, ismét másokban 2—4 között mozog az összes aciditás. Az bizonyos, hogy amint szembevesszük az, hogy ugyanazon gyomor mindig hasonló aciditási görbét ír le, neutr. chlor görbéje is állandó typushoz tartozik s amelyiknél a neutr. chlor mennyisége s ezzel együtt az actualis aciditás nem mutat ingadozásokat, minden alkalommal, még fokozott ingerekre is ugyanígy viselkedik, míg a másik minden esetben nagy ingadozásokat ír le.

A neutr. chlорral kapcsolatban kell még megjegyeznünk, hogy ugyancsak ez a döntő tényező az összes chlor mennyiségének kialakulásában is, míg a savchlor befolyása erre csak másodrendű. Ugyanezt látszanak igazolni *Stary* és *Mahler* vizsgálatai, melyekből kiderült, hogy rendes próbareggel szemben, fokozott ingerre a savkiválasztás csak 68%-kal, ugyanakkor az összes chlor 127%-kal s a neutr. chlor 154%-kal emelkedett. Minden jel arra mutat tehát, hogy túlmagas aciditás esetén az alkalizálás, a szabályozás valami módon kapcsolatban van a neutr. chlor viselkedésével. *Dienst* gyomorban végzett »N« meghatározásai terelték azután a mucinra a figyelmet s hogy ez a feltevés — ismerte a neutr. chlor viselkedését — nem jogosulatlan, mutatják *Bolton* és *Goodhart* adatai, ugyanis a mucin lúgos vegyhatású, 0,28—0,36%-ban tartalmaz chloridokat, amelyek mennyisége erős izgalomban és az elválasztás vége felé a fokozódó mucin elválasztás mellett a 0,5%-ot is eléri.

Nem tudtuk azonban igazolni *Stary* és *Mahler* fentebb említett eredményeinek ama tételét, hogy ugyanazon gyomor fokozódó ingerekre növekvő savelválasztás mellett százalékosan lényegesen magasabb összes chlor és még inkább neutr. chlor concentratio létrehozásával felel. Vizsgálatainkban erősebb és erősebb capsicin reakciójú paprikafajtákat és zsírt alkalmaztunk, melyeknek hatására magasabb savtöménységet, kb. ugyanúgy emelkedő összes chlortartalmat kaptunk, ellenben a neutr. chlor éppen ellenkezően az aciditás emelkedése arányában vált alacso-

nyabbá és alacsonyabbá; ami meg is felel a különösebb inger nélkül végzett vizsgálataink eredményeinek.

Ugyancsak nem sikerült az aciditás és neutr. chlor között oly állandó viszonyt, ill. szabályszerűséget felfedezni, amely elkülönítő diagnostikai következtetésekre alkalmat nyújtott volna (*Vándorffy*).

Eredményeinket összefoglalva a következőket mondhatjuk: Az összes chlor abszolút értékei a legtöbb esetben a secretio végéig folytonos emelkedést mutatnak; ez az érték még kezdetben is, még achlorhydriás gyomornál is, ritkán található 100 mgr% alatt; normoacid esetekben általában 150—300 mgr%, hyperacid esetekben 300—450 mgr% között mozog. Az összeschlor és a savconcentratio között az esetek jóval nagyobb számában nem találtunk semminemű párhuzamosságot.

A neutr. chlor abszolút és mgr%-ban kifejezett értéke és az összesaciditás között számszerű összefüggés nem volt észlelhető. Ellenben az egyes görbéken belül a neutr. chlor minden erőteljesebb elmozdulását a savfok ellentétes irányú lengése követi. Az összes chlor görbe viselkedésére úgy látszik döntő befolyása nem a savchlornak, hanem a neutr. chlорnak van. A gyomornedv alkalizálásának, illetve közömbösítésének szabályozása tehát a neutr. chlорral kapcsolatban keresendő s úgy látszik, hogy ezt tényleg a gyomortermelte mucin végzi, amelynek semleges chlortartalma aránylag nagy.

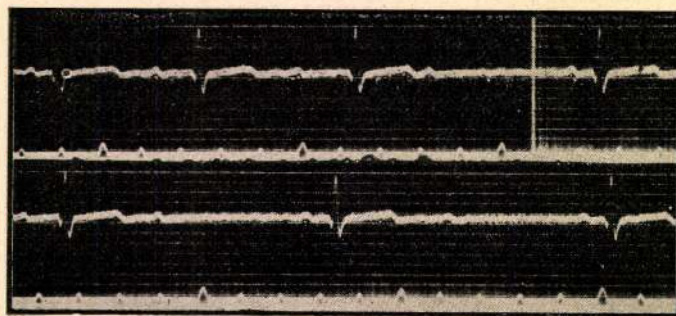
A Pázmány Péter Tud. Egyetem Gyermekklinikájának közleménye (igazgató: Hainiss Elemér ny. r. tanár).

Pneumonia crouposa kapcsán támadt szívblook gyermekben.

Irta: Kiss Pál dr. és Wollek Béla dr.

Az ingerületvezetőrendszer sérülését gyermekkori pneumonia crouposa kapcsán igen ritkán észlelhetjük s ez indít arra, hogy alábbi esetünket röviden ismertessük.

K. A. négyéves fiút pneumóniája negyedik napján vettük fel a klinikára. Az elváltozás az egész bal alsó lebenyre ráterjedt. Felvétel után még három napig 39—40° között mozgó continua-jellegű láza volt, ami a betegség hetedik napján bőséges izzadás kíséretében pár óra alatt kritikusan 36°-ra esett le. Ettől kezdve állandóan láztalan volt s a pneumonia megszokott módon oldódott. A pulusszám a lázas szakasz alatt percenként 126 táján ingadozott, a láz megszűnése után 96-ra csökkent. A láztalanság második napján az érverés arythmiás lett s percenkénti száma leszállt 76-ra, majd 60-ra. Az ekkor készített electrocardiogramm (1. ábra) részleges auriculoventricularis blockot derített fel. Az electrocardiogramm egyes szakaszain kivehető, hogy az egymásután következő szívrevolutiók alatt a pitvar-kamra közötti ingerületátvezetési idő mind hosszabb és hosszabb lett, aminek megfelelően mind jobban és jobban megnyúlt a P—R közötti távolság, végül egy kamrai complexum kimaradt s csak két P után jött egy kamrai rész. Az átvezetési idő egy ilyen sorozatban a következőként változott: az első szívrevolutio P—R távolsága 0,09 mp, a másodiké 0,175 mp, a harmadiké 0,25 mp volt s a következő, vagyis a negyedik P után QRST már nem jött (1. ábra alsó kép).

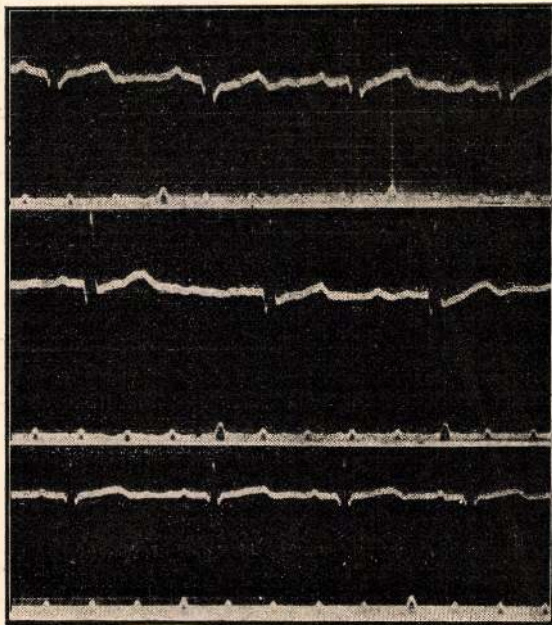


1. ábra. A felső és alsó kép egyaránt II. levezetés. Időjelző $\frac{1}{5}$ mp.

A részleges block ezen típusát időnként felváltotta olyan vezetési zavar, amikor az electrocardiogramm 2:1 arányú pitvarkamrai blocknak felelt meg (1. ábra).

Kezelésül a tökéletes ágynyugalom mellett naponta 10 ccm 20%-os dextrose-oldatot adtunk érbe + 1.0 ccm 1/1000-es strychnin. nitr. oldatot bőr alá.

Az elváltozás nyolc napig állott fenn, ezalatt a vérnyomás megfelelt a beteg korának, a szívtempulát, a szívhangok ékeltésége, a pulsus teltsége a rendestől nem tért el. Klinikailag tehát csak nagyfokú arhythmia volt kimutatható. E nyolc nap alatt mindennap készítettünk electrocardiogramot. A nyolcadik napon azt láttuk, hogy a block megszűnt (2. ábra felső kép), az ingerületátvezetési idő egyes szívrevolúciókkor bizonyos kisfokú ingadozást mutatott s a P—R ideje 0.08—0.10 mp között váltakozott, de ennél hosszabb átvezetési idő nem fordult elő. A beteget ezután még 4 napig fektettük s a kezelést ugyanúgy folytattuk, mint előbb. Mikor azután a napokon át felvett electrocardiogramok visszaesést nem mutattak, naponta 2 x 1 órára az ágyból felkeltettük, megengedtük, hogy ez idő alatt járkáljon, játsszon s minden gyógyszeres kezelést elhagytunk. A fentjárs harmadik napján az egyórás fentlét után egyes szívrevolúciók alatt az ingerületátvezetés újból kórosan megnyúlt s a P—R távolság elérte a 0.225 mp-et (2. ábra középső kép harmadik szívrevolúció). Ezért további teljes ágynyugalom rendeltünk el s a beteget állandóan ellenőriztük. Újabb két hét múlva, vagyis a betegség ötödik hetének végén az ingerületátvezetőrendszer működése teljesen rendes lett s elváltozás a szív megterhelésére sem mutatkozott (2. ábra alsó kép).



II. ábra. Felső kép II., középső kép III., alsó kép II. levezetés. Időjelző 1/5 mp.

Az eset méltatása: Négyéves fiúban a szokásosan lezajlott pneumonia crouposa utáni lábbadozás második napján pitvarkamrai részleges szívbloc k jött létre. Teljes ágynyugalom + nyolcnapos érbe adott dextrose-oldat és subcutan strychninkezelés után úgy látszott, hogy a folyamat gyógyult, de az ágynyugalom párnas elhagyása után kitűnt, hogy e megterhelést a szív még nem bírja s a pitvarkamrai ingerületátvezetés ideje újból kórosan megnyúlt. A teljes gyógyulás létrejöttéhez újból kétheti teljes nyugalomra volt szüksége.

Felnőttek pneumonia crouposaja kapcsán is észleltek hasonló elváltozásokat, amelyek hasonlóan a mi esetünkhöz, ugyancsak a lábbadozás alatt, a láztalan szakaszban jelentek meg. Esetünkkel megerősíthetjük azt a feltevést, hogy ebben az időben a szívizomzatban még activ folyamat játszódik le, tehát a beteg szíve miatt is nagy nyugalomra és gondos orvosi ellenőrzésre szorul. Azt kell mondanunk, hogy a pneumonia crouposa lezajlása után még 4—5 hét is eltelhet, amíg a szíven létrejött elváltozások teljesen rendbe

jönnek. Olyan esetben, mikor a pneumonia crouposa utáni reconvalescentiában a pulszszám igen meggyérül s egyben arhythmia is jelentkezik, gondoljunk az ingerületvezetőrendszer megbetegedésére. Tartsuk az ilyen betegeket láztalanságuk ellenére hosszabb ideig ágyban s a szív megterhelésétől, akár csak relativ megterheléstől is ezen idő alatt óvakodjunk. Ha electrocardiographiás vizsgálat elvégezhető, a körjelzésünket ezzel biztosítsuk.

Érdeemes megemlíteni A. F. Abt és M. J. Vinneour (Amer. Journ. of Dis. of Childr. 47, 737—749.) legutóbbi vizsgálatait, akik bronchopneumoniás gyermekek electrocardiogramját vizsgálták s kimutatták, hogy más elváltozások mellett a pitvarkamrai ingerületátvezetés e betegség alatt is megnyúlhat. Nevezett szerzők 0.24 mp-es P—R távolságot is mértek.

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

A venás nyomás jelentősége keringési zavarokban.

Irták: Vass László és Boskó József orvostanhallgatók.

A vérkeringés peripheriás részeinek, a capillarisknak és vénáknak, valamint a tüdőnek a keringés dynamikájában való fontos szerepét felismerve, állandó a törekvés olyan eszközök és mérőműszerek kidolgozására, melyekkel tájékozódhatni a peripherián és közvetve a szívben uralkodó állapotokról. E törekvés egyik iránya a vénás nyomás mérése. A kevésbé pontos vértelen eljárások után Moritz—Tabora, Villaret, majd Pogány eszközei számottevő haladást jelentettek a keringés diagnositikájában. A víz- vagy aneroid-manometerrel kapott értékeik többé-kevésbé pontosan tükrözik vissza a jobb pitvarbeli nyomásviszonyokat, de alkalmazásuk körülményessége mellett az is hátrányuk e módszereknek, hogy vastag, 0.8—1.0 mm belső átmérőjű tű kell hozzájuk, ami egyrészt a vénát hamar használhatatlanná teszi, másrészt, amint azt Groák modellkísérlete mutatja, a mérési hiba annál nagyobb, minél vastagabb a tű és minél nagyobb folyadékmennyiség kell a nyomáskülönbség kiegyenlítésére. E tekintetben újabb haladás Groák (1) készüléke: kezelése egyszerű, tüje vékony, nagy nyomáskülönbséget kis folyadékkal egyenlít ki és a mérőrendszerben túlnyomást létesítve, megakadályozza, hogy a vér bejusson a mérőrendszerbe e viscositása befolyásolja a mérés eredményét.

A készülék 30 cm hosszú, golyós izülettel állványra erősített hajszálcából áll, melyet gummicsővel háromfuratú fecskendővel kötünk össze és az egész rendszert fiziológiás NaCl-dal töltjük meg. Groák előírása szerint az állványt a vízszintesen fekvő beteg mellére helyezzük, úgyhogy a manometer 0 pontja a szegy magasságában legyen. Ugyanilyen magasságba hozzuk a kart is, amelyen a mérést végezzük. A tűt a vénába vezetve a csapot úgy fordítjuk el, hogy összeköttetés legyen a manometer és a véna között és ekkor a manometerből addig áramlik az oldat a vénába, míg a nyomáskülönbség ki nem egyenlítődik. Ekkor a manometer állását leolvassuk. Így megkapjuk a szegy magasságára vonatkoztatott vénás nyomást. Mivel azonban a jobb pitvarban uralkodó állapotokra pontosabban lehet következtetni a pitvarmagasságra vonatkoztatott értékből, másrészt az irodalmi adatok is erre a magasságra vonatkoznak, a készüléket, inkább csak gyakorlati szempontból módosítottuk. Az állványt alsó szárát meghosszabbítva, végét L alakban lefelé hajlítottuk, úgyhogy a rövid szár 5 cm legyen, tehát a pitvarmagasságot mutassa. A hosszabb szá-

ron készített nyíláson át a manometer O pontját is ebbe a magasságba hoztuk. A kar felemelése az ötcm-es szár segítségével mérés nélkül könnyen keresztül vihető.

Első feladatunk volt a rendes értékek megállapítása. 43 olyan betegen végeztünk mérést, akiknek keringési rendszere ép volt. Középtértékben 66 mm-t kaptunk, a legalacsonyabb érték 35 mm., a legmagasabb 90 mm volt. Ezek az értékek körülbelül megfelelnek *Pogány* (2) értékeinek. A szabályos értékek tehát 40 és 90 mm között mozognak. 90 mm felett okvetlenül kóros.

Igy megállapítva a rendes értékeket, kisebb-nagyobb időközökben ismételt méréseket végeztünk incompensált betegeken és néztük azt, hogy milyen összefüggés van a beteg állapota és a vénás nyomás között, lehet-e prognosticus következtetést levonni a vénás nyomás nagyságából. Ilyen célú vizsgálatokat először *Brandt* (3) végzett, aki öt-hat naponként ismételte a méréseket és jó prognostikai jelnek tartja, ha a kezelés megkezdése után néhány nappal csökken a vénás nyomás. 20 incompensált betegen összesen 83 mérést végeztünk. A 20 eset közül öt végződött halállal. A kezdeti magas vénás nyomás (150—200 mm) a következő napokban nem csökkent, sőt csaknem minden esetben emelkedett. Hat betegnek a klinikára bejövetele napján vénás nyomása 200 mm-en felül volt, sőt az egyiké a következő napon 318 mm-re emelkedett. Néhány nap múlva azonban, amikor megindult a diuresis, vele párhuzamosan, sokszor a subjektiv javulást is megelőzve, csökken a vénás nyomás és a betegek egy idő múlva compensáltak távoztak a klinikáról. Ez mutatja, hogy a szélsőségesen magas vénás nyomás sem jelent teljesen rossz prognostist, ha a thérapia bevezetése után csökken. Kilenc beteg vénás nyomása nem volt ilyen magas és napról-napra csökkenve, a betegek javultan hagyták el a klinikát. Ezek alapján mondhatjuk, hogy az ismételt mérések objectiv felvilágosítást adnak a beteg állapotáról. A vénás nyomás csökkenése sokszor megelőzi az egyéb klinikai tünetek javulását. Ezzel szemben rossz jel, ha állandóan magas a nyomás, vagy éppen emelkedik.

Régi törekvése az orvostudománynak, hogy pontos tájékozódást nyerjen a szív teljesítőképességéről. Minden ilyen célú vizsgálat alap gondolata az, hogy aránylag működőképes szív, mely a mindennapi élet követelményeinek megfelel, elégtelen lesz, ha nagyobb feladat elé állítjuk. Ebből kiindulva vizsgálták azt, hogy a szív mennyiben képes nagyobb feladatnak megfelelni. Alapvető fontosságú, hogy megtaláljuk a megfelelő feladatot. Mert ha kicsit veszünk, csak nagyfokú elégtelenséget tudunk kimutatni, viszont túl nagy feladatot esetleg ép szív sem képes teljesíteni. Másrészt fontos, hogy mivel mérjük a funkciót a feladat elvégzése után. A pulsus, a vérnyomás mérése, a rejtett vizenyő kimutatása meglehetősen pontos, de csak aránylag nagyobb elégtelenség kimutatására alkalmas. Mivel a vénás nyomás a jobb pitvarbeli állapotokat elég pontosan tükrözi vissza, már *Schott* (4) felvetette azt a gondolatot, hogy a szív működőképességét a vénás nyomással ellenőrizzük. A feladat elvégzésére külön készüléket szerkesztett és *Moritz—Tabora* módszerével mérte a vénás nyomást. A mérés körülményessége azonban megnehezítette a módszer alkalmazását. Mivel *Groák* készülékével gyorsan és pontosan meghatározhatjuk a vénás nyomást, alkalmasnak látszott funkciós vizsgálatok végzésére.

Méréskor a következőképpen jártunk el: megmértük a vénás nyomást nyugalomban, majd négy emelet megjárása után. A lefekvés, a kar pitvarmagasságba hozása, a mérés mindössze fél percig tart. A mérésben két körülményt tartottunk szem előtt: néztük azt a magasságot, melyen a manometer vízoszlopa először megállt. Ez volt a maximális emelkedés. Ebben a magasságban maradt a szív állapota szerint hosszabb-rövidebb ideig, majd fokozatosan süllyedt. Amikor elérte a nyugalomban kapott értéket, ismét regisz-

tráltuk az időt. Az az idő, mely alatt a manometer a legnagyobb értékről a rendesre szállt le, a restitúciós idő. Minthogy a kiindulási érték különböző, az összehasonlításkor mindig azt vettük figyelembe, hogy a maximális emelkedés hány százaléka az alapértéknek.

Először 28 egészséges egyén vénás nyomását határoztuk meg ily módon. A mérések eredménye azt mutatta, hogy a vénás nyomás a megterhelések után vagy változatlan, vagy emelkedik, vagy csökken. Ez az emelkedés és csökkenés azonban sohasem volt több az eredeti érték 20 százalékánál és minden esetben egy perc alatt ismét rendes lett.

Ezután ugyanilyen módon meghatároztuk 13 olyan beteg vénás nyomását, akik incompensált állapotban jöttek a klinikára, néhány hét alatt látszólag rendbe jöttek; eltávozásuk előtt végeztük a mérést. A megterhelés után hat esetben az eredeti értéknek 300 %-ára emelkedett a vénás nyomás, a kiegyenlítő idő 4—5 perc volt. Öt esetben az emelkedés 200—250 % volt 2—4 perc rest. idővel. Két klinikailag is könnyebb esetben pedig 200 % alatt volt a maximális emelkedés. Tehát, ahol már egyszer elégtelenség volt, a vénás nyomás a megterhelés után 200—300 %-ot is emelkedik és csak 4—5 perc múlva éri el az eredeti értéket. Tehát sok idő kell, amíg a szív kipihen magát.

Ezek alapján volt két határértékünk: egészséges szíven alig van változás, biztosan beteg szíven igen nagy. Ha tehát kisebb mértékben bántalmazott a szív, kisebb lesz az emelkedés, vagyis a vénás nyomás változása arányos a szív állapotával. Ezek után olyan betegeken végeztünk működésméréseket, akik klinikailag az incompensatio határára voltak. A kórelőzmény és a klinikai tünetek alapján ezeket is két csoportba osztottuk. Az egyikbe tettünk 27 olyan beteget, aki szívdobogásról, szűrő szívűtáji fájdalomokról, kisfokú munkadyspnoéről panaszkodott, de sem éjjeli gyakori vizelése, sem esti bokaduzzanata nem volt. A 27 beteg közül csak három esetben volt olyan a vénás nyomás, mint az egészséges keringésnél láttuk. Mind a háromnál rövid idő óta állottak fenn a szívpanaszok, így érthető, hogy a hypertrophisált szívizom még csaknem egyenértékű az ép szívvél. A betegek legnagyobb része azonban rendszeren akkor fordul csak orvoshoz, amikor a szív állapota annyira romlik, hogy a kellemetlenségek mindennapi munkájukban zavarják őket. Így magyarázhatjuk meg, hogy a többi 24 beteg szívizma már a *kifáradás* jeleit mutatta és a megterhelés után az emelkedés 30—150 % volt. A második csoportba soroztuk azokat, akik kórelőzményében már az incompensatio határozott jelei szerepeltek. 13 ilyen beteg közül nyolcnál az emelkedés 130—200 % volt, a kiegyenlítés ideje egy percnél hosszabb. Négy betegnél 200 % fölött volt az emelkedés, két perces restitúciós idővel. Egy esetben az aránylag kevés klinikai tünet ellenére az emelkedés 300 % volt, tehát annyi, mint a legsúlyosabb incompensatio után.

Vizsgálatainkat a következőkben foglalhatjuk össze:

1. A vena cubitalisban *Groák* készülékével mért és a jobb pitvar magasságára vonatkoztatott vénás nyomás rendszeren 40—90 víz-mm. A készülékkel a mérés könnyen és gyorsan elvégezhető, a beteg kellemetlenséggel nem jár. Vizsgálataink során 141 betegen 288 mérést végeztünk baj nélkül.

2. A vénás nyomás ismételt mérése objectiv felvilágosítást adhat a beteg állapotáról. Ha a kezelés megkezdése után néhány nap múlva csökken, jó jel, viszont rossz, ha változatlan, vagy éppen emelkedik.

3. Ha a klinikailag kiegyensúlyozott beteg vénás nyomása a megterhelés után nem változik lényegesen, a szív gyakorlatilag még egészséges. Ha az emelkedés 30—150 % között van, a szív megfelelhet ugyan a mindennapi köve-

telményeknek, de már beteg szív, mely nagyobb feladat elvégzésére elégtelen. Ha az emelkedés 150 %-nál nagyobb, az elégtelenség jele.

Irodalom: *Groák*: Dtsch. Arch. kl. Med. 174. 1933. — *Pogány*: Orvosi Hetilap, 39. 1930. — *Brandt*: Dtsch. med. Wschr. 57. 1931. — *Schott*: Dtsch. Arch. f. kl. Med. 108. 1912.

Megjegyzések Kárpáti József dr. cikkére.

(O. H. 1935. 4. sz. 95. old.)

Kárpáti kartárs azon felfedezése, hogy a só mentes étrend a szülés tágulási szakát megrövidíti és fájdalomtalaná teszi, rendkívüli jelentőségű. Részben azért, mert kíméli az anya erejét, idegeit, megmenti az elhúzódo szülés sok veszedelmétől az anyát és magzatot — nyomási sérülések, fertőzés, műtéti befejezés szüksége — részben azért, mert eljárása olyan egyszerű és veszélytelen, hogy azt minden gyakorló orvos alkalmazhatja, a bábák is ajánlhatják, a terhesek betarthatják és a terhességi tanácsadásokra az illetékes orvosok széles körökben népszerűsíthetik, úgy, ahogy az a II. sz. női klinikán történik.

Véleményünk szerint a tágulási szak megrövidülése éppen a fájdalomtalanítás következménye, amire vonatkozóan példának a fájdalmas végbélbajokban szenvedők székrekedését és székelési nehézségeit említenénk. Az asszony »bátrabban szül«.

Ami a t. Szerző azon megfigyelését illeti, hogy a kimutatható vizenyőben nem szenvedő szülő nők tágulása rövidebb tartamú, mint a vizenyősöké, az szerintem a vizenyőben visszatartott konyhasó mennyiség következménye, ez tehát a szöveti só visszatartással jár, ami a vérsó (Na Cl) szintjétől csupán bizonyos mértékig független. Erőszakolt, amonium-chloridos savanyítással fokozott kénésős húgyhajtó hatására például a szöveti chloron túl a vérchloroszint is leszáll, ez azonban súlyos következményekkel jár. (Gerő megfigyelése diabetes insipidusban szenvedő betegekben.)

A szülő nő sókiürítésének zavara vizsgálatra nagyon érdemes. *Róna* szerint, ha a vizelet konyhasó tartalma 0.72 % alá csökken, ez májbetegség jele. A sókiürítés tehát a vizelet sótartalmának mennyiségi vizsgálatával ellenőrzendő. Decholin (suprachol Richter) alkalmazása a vizelet konyhasótartalmát akkor is fokozza, ha pangás (vízviasztartás) nincs. Ami a konyhasó ingerlékenység csökkentő hatását illeti, *Korányi S.* szerint a konyhasó visszatartás az agyszövet elváltozását okozza, ez a görckészség fenntartója és az ingerelhetőség fokozója. Bizonyítja ezt *Blum*, aki 5—600 cm³ konyhasóoldat infúziója után eklampsiás görcs kitörését észlelte. *Fay* szerint a vízmegszorítás maga is görcscsökkentő hatású. *Benedek* szerint a víztelenítés a reakciókra hajlamosságot csökkenti.

Miután a sókiürítés fokozása a sótlan diéta hatását nagymértékben növeli és gyorsítja, azon esetekben, amidőn a szülő nő kellő ideig tartó diéta előkészítésére nincs mód, gyógyszeres eljárás igénybevétele indokolt. E célra kénésős húgyhajtók használatosak, — novurit — melyeknek hatására a konyhasókiürítés átlag nyolcszorosára emelkedik, megfelelő vízkiürítéssel kapcsolatban. Rángógörcsös szülés két esetében viszerbe adott novurit hatására magam is a szülés gyors és feltűnően sima lefolyását észleltem, ezt azonban, akkor még nem ismervén a t. Szerző felfedezését, a fájdalom és eszmélet (emlékezés) kikapcsolása céljából egyidejűleg adott scopolamin-morphin hatásának tulajdonítottam.

Fentiek alapján tehát a terhes gondozásnak az a feladata, hogy a vízviasztartás kérdését a vizeletvizsgálattal kapcsolatban figyelje és ha az nagyobb mértéket ölt, úgy elegendő idő esetén étrendi úton, sürgősség esetén

kénésős húgyhajtókkal igyekezzék a víztelenítést és a fölös, szöveti konyhasó kiürítést biztosítani. Megindult szülés esetén, ha a veseműködésben is zavarok vannak és ellenjavallat nincs, novurit visszerbe fecskendezése az, ami percek alatt megindítja a vizelet és konyhasó fokozott kiválasztását, amire főleg rángógörcs veszély esetén van feltétlen szükség. *Raisz* és *Hazay* a bőrnyomás Herzog-féle műszerrel mért nyomásának vizsgálatával a rángógörcsös hajlamot előre felismerhetővé tudják tenni. Szerintük a rángógörcsös hajlam a bőrnyomás fokozódásával jár, ha ez az 50 mm-t meghaladja, a rángógörcs ki fog törni, azon alul nem.

Ha a leszállott fej a húgycsövet annyira összenyomja, hogy a szülő nő vizelni nem tud, a novurit hatására bekövetkező erős vizeletszaporodás a hólyag szűrcsapolását teheti szükségessé, annak minden kellemetlenségével együtt. Tehát erre, valamint a hólyag kellő időközökben való kiürítésére novurit-kezelés esetén kétszeres gondot kell fordítani. A novurittal elérhető erős vizelethajtás a vízvesztés fokával arányos szomjazást okoz. Annál nagyobb, minél nagyobb a sejtek vízvesztése, a sejtek közötti rések kihajtott vizével szemben. Ez a szomjúság fokozott ivásra kényszerít, ami kellő önuralommal, esetleg gyógyszerrel (cesol) és főleg pedig sótlan kosztal leküzdhető. Ha ez nem történik, a víztelenítés csekélyebb fokú lesz, de a fokozott sókiürítés így is bekövetkezik és áldásos. A novurit alkalmazásának lassúbb hatású enyhébb módja a novurit végbélkúpok használata. Ilyenkor a hatás elhúzódo és ezért az egyes kúpok behelyezése között 3—5 napos szüneteket kell tartani, részben a végbélnyálkahártyára való tekintettel, részben a szer halmozódásának veszélye miatt, ami a kénéső kiválasztás elhúzódozásának következménye.

A sótlan étrend, folyadékmegszorítás és kénésős húgyhajtók alkalmazása azonban feltétlenül gondot, ellenőrzést és szakértelmet kíván, főleg a tartós kezelés szempontjából, éppen azért minden ilyen szigorúbban keresztülvitt kezelés a beteg állandó orvosi felügyelet alatt tartását követeli, illetve a húgyhajtás leghelyesebben fekvő beteg, intézetben történjék. Főleg visszerbe fecskendezés esetén nem szabad a szülő nőt orvosi felügyelet nélkül hagyni a hatás lezajlásának bekövetkezése előtt. Ezenkívül alaposan megfontolandók azok az étrendi tanácsok is, amelyeket terheseknek adunk, már csak azért is, mert a közönség jórésze egészségügyi félműveltsége révén, túlzásokra és az orvosi utasítások egyéni értelmezésére hajlamos és a tartós konyhasómegevonás ugyancsak nem közömbös.

Zemplényi Imre dr.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Gyógyszerek hatásai a szívizomnak elégtelenséggel nem járó megbetegedéseiben. *Morawitz.* (Deutsche Med. Wochenschrift. 1935. 1—2. szám.)

Digitalis.

Digitalis csak az insufficiens szív specifikuma. Kivételesen szabad csak olyan esetben adni, ahol a szív nem elégtelen. Műtétek előtt néhány napig jöhet szóba prophylacticus digitalis adás, melytől egyes sebészek jó eredményt láttak. Vannak, akik öregeknek elégtelenséggel nem járó szívbetegségeiben huzamos időn át napi 0.10—0.15 g digitalist ajánlanak szintén prophylaxisként. Mindkét alkalmazásban ártalmak jelentkezhetnek: extrasystolek, vezetési zavarok; coronariasclerosis esetén súlyosabb zavarok. A fenti alkalmazások tehát csak kivételesen és nagy óvatosság mellett jöhetnek szóba.

Arrhythmiaiban, ha elégtelenség tünete van, mindig adható, még bigeminiában és vezetési zavarban is. Ha ellenben elégtelenség tünete nincs, úgy a digitalis a vagusnak a coro-

nariára gyakorolt hatása révén egyenesen veszélyes lehet. Megkísérélhető a digitalis szapora hullámú arrhythmianál, de csak akkor, ha ez panaszt is okoz. Sohasem szabad digitalist adni bradycardiás arrhythmia perpetua és extrasystolia esetén.

Tilos a digitalis vezetési zavarokban is, a vezetés tudvaleg digitalis hatására a His nyálában romlik. Egy esetben kísérélhető csak meg és ez az, amikor a His nyálában váltokozva van teljes és nem teljes block. Ha ilyenkor a digitalissal állandó block érhető el, úgy a beteg jobban fogja érezni magát, mint a váltakozó vezetések idejében.

Basedowos szíven a digitalis sem a tachycardiára, sem az esetleges arrhythmiaira nem hat.

Chinidin.

A rhythmus-zavarok gyógyszere. A rövid idő alatt aránylag nagy adagban (1·20 g-ig) adott chinidin kezelésnek (»Chinidinstoss«) jó eredményei mellett veszélyei vannak: szívgyengeség, vezetési zavarnál szívbloc, embolia, thrombosis. Májcirrhosisban rendszerint hatástalan a chinidin. E mellett gyakran néhány hét múlva ismét megjelenik az arrhythmia. Gyakran a chinidin váltja ki az insufficientia tüneteit. Ezért a kezelésnek ehhez a módjához csak akkor nyúlunk, ha a betegnek az arrhythmia subjectiv panaszokat is okoz.

Hosszabb időn át adott kis adag (0·20—0·30) chinidin esetén veszélyek ritkán vannak. Tachycardiás rohamoktól (pitvarlebegés és paroxsmos tachycardia), angina pectoris pillanatnyi szívhaláltól való prophylaxis, extrasystoles arrhythmia eseteiben helyénvaló az adása.

Chinin.

A chinin-adás indicatíója: extrasystolia, prophylaxis pitvarlebegéses tachycardiától és hirtelen szívhaláltól.

Hormonok.

Az új. n. vérkeringési hormonok (pl. padutin, lacarnol, eutonon) nem megbízható szerek, valószínűleg nem is hormonok. Némely esetben azonban kétségtelenül javítanak. Hatás tőlük mindenestre ott várható, ahol a spastikus komponens a lényeges és nem az anatomiai elváltozás. Arrhythmiaiban céltalan alkalmazni.

Szőlőcukor.

Hatása meglehetősen bizonytalan. Növeli a diuresist és tágítja az ereket (coronariákat is, talán hatással van a vegetatív idegrendszerre és az általános tonisálásra is. Indokolt alkalmazása angina pectoris és intermittáló sántítás esetén. Insulint is adni helytelen, mert növeli az anginás rohamra való hajlamot.

Calcium.

A vegetatív idegrendszer útján angina pectorisban és extrasystoles arrhythmiaiban jól hat. Peroralisan a resorptió viszonyok miatt hatástalan. Intravenás vagy intramuscularis alkalmazása jöhet szóba.

Lueses szív- és érbetegségek kezelése.

Minden lueses megbetegedése a vérkeringési rendszernek specifikus kezelést igényel. Salvarsant aortaluesnél is kell adni, kivétel az angina pectoris és vezetési zavar (gummás myocarditis folytán). Azonban a salvarsan adását bismuth és jódl előkészítés vesesse be.

Kleiner György dr.

Relativ aortainsuffitientia Basedow-kórban. *Wiechmann.* (Deutsche Med. Wschr. 1935. I. szám.)

A Basedow-kórban található keringési tünetek némely tekintetben hasonlóak az aorta insuffitientia tüneteihez. A celer et altus pulsus, a capillaris pulsus, a vérnyomás systoles és diastoles értékének nagy különbsége Basedowban is gyakran észlelhető. Röntgen-átvilágítás gyakran az aorta kitágulását is kimutatja. Ellenben az aorta insuffitientianak legfontosabb tünetét a diastoles zörejt eddig még Basedowban nem észlelték. Szerző három Basedowos esetről számol be, ahol diastoles zörejt is volt az aorta felett hallható. *Kleiner György dr.*

Sebészet.

Cholecystographia. *Jens Foged.* Kopenhága. (Acta Chirurgica Scandinavica. 1934. VI. 8.)

A szerző 388 betegen végzett 401 cholecystographiát magában foglaló anyagot közül. Contrastanyagként legtöbbször jodtetragnotot használt; vagy intravenásan, vagy *Sandström* szerint. 97 beteg közül 91 normalis cholecystogramot talált, hat esetben hiányzó telődést. Ezek a betegek máj- vagy epeütünetnélküliek voltak. 291 májbetegségben szenvedő esetében a cholecystographia a következő eredményt mutatta: 214-es epekő- és epehólyaggyulladás esetet mutatott ki, 191 kóros és 23 ép epehólyagárnyék mellett. A cholecystographia a kórismét biztosan megállapíthatóvá teszi az esetek 30%-ában és támo-

gatja 90%-ában. Pericholecystitis 10 esete közül ugyanolyan kórisme-felvilágosítást ad kilenc alkalommal. Az epehólyag vagy epeutak rákjának néhány esetében, májgyulladás esetében és májrák e-etében, valamint epekőgyanús betegek esetében megfelel a cholecystographia adata a klinikai képnek. Rendes cholecystogram az esetek több mint 80%-ában mutatta, hogy az epeutak szempontjából egészséges egyénről van szó, de teljes biztonsággal nem zárta ki kóros körülmények meglétét a májban vagy epeutakban. Kóros cholecystogram az esetek több mint 80%-ában azt mutatta, hogy az illető a máj- vagy epeutak betegségében szenved, de előfordult egészséges egyének esetében is. A *Sandström*-féle szájon át való, szakaszos contrast-beadás mint általános módszer használható volt. A cholecystographiával a jodtetragnot csak ritkán és kis kellemetlenséget okoz. Javalt a cholecystographia az epeutak betegségének gyanujában, döntő ellenjavallata nincsen. 158 beteg e etében történt cholecystographia és direkt röntgenvizsgálat összehasonlításából kitűnik, hogy utóbbi fölöslegessé válik, ha a cholestyographia általános alkalmazást nyer.

Móra Sándor dr.

R. 239 (Rectidon)-nal történt gyermeknarcosis. *C. Friedländer.* Erfurt. (Zentralblatt für Chirurgie 1934. 38.)

A narcosis fő tulajdonsága, hogy fájdalommentesen lehet a beteget operálni. A chemiai ipar ma arra törekszik, hogy az altatókora rövidebb legyen az izgalmi szak, a bevezető részből lehetőleg keveset vegyen észre és arra ne emlékezzék a beteg azonkívül arra, hogy a narcosis veszélye ne fokozódjék s az aetherre való attérés veszélytelen legyen. A scopolamin, avertin milder nem képesek. Az eljárásat gyermekeken próbálta ki. A gyermek csak egy bizonyos fokig és bizonyos körülmények között rábeszélhető. A normal narcosis előkészítéséről és lefolyásáról ír. A narcosisra való előkészítés — főleg már egyb- szer altatót betegben — félelemre vezet. Különböző újabb narcoticumokkal kísérletezett, melyek közül az R. 239 — jelenleg Rectidon — vált be gyermeknarcosis esetén. Ez az anyag a pernocton következő magasabb homologja és így a legerősebb altatók közé tartozik. Ez ugyanazt a könnyen lebontható b-bromallyl-csoportot tartalmazza és a második substituensben egy assymmetricus »C«-atom van attól eltérőleg. A szer (Rectidon) végbélben való alkalmazásakor megfelelő mennyiség negyedórán belül hat. A vegetatív idegrendszer reflexei megmaradnak s a szív és vérkeringésre nem hat, a vérnyomás nem változik. Ezután a szer alkalmazásáról ír. A kevert narcosis esetén az adagolás a fontos. Tapasztalatai alapján a következő mennyiségeket ajánlja a szerző: tízéves gyermeknek 4 ccm-t, ötévesnek 2·5 ccm-t, háromévesnek 1·75 ccm-t, egyévesnek 1 ccm-t végbélben át. A szert gyermeknarcosis céljára ajánlja. *Bujda Zoltán dr.*

A mellkas-plastikához szükséges bordaresectio technikája. *Ervin Domanig.* Salzburg. (Zblatt f. Chir. 1934. 38.)

Tüdőtuberculosis alatt végzett mellkasplastika későbbi következményeiről ír a szerző. Főleg ama plastikákról, melyeknél a beteg mellkasfél összeesése nem volt kielégítő. Ezért ajánlja úgy a nagy cavernák, valamint a hyluskörűli folyamatoknál a nagykiterjedésű plastikát. Ismeretes, hogy plastikánál a tüdő összeesése az oldal felől a közép felé tart és a sagittalis irányban az átmérő bizonytalan mértékben megrövidül. A magassági átmérő is csökken s így a tüdőcsúcs is süllyed. *Sauerbruch*, a legismertebb tüdősebészek egyike a következőt ajánlja: paravertebralisan a borda vége egészen a proc. transversusig feltárando és az átvágás ott végzendő. *Proust*, *Finstler* és más sebészek tovább mennek és az átvágást egészen a borda és csigolyaközti ízület mellett ajánlják. Hogy a tüdőcollapsus még tökéletesebb legyen, a két eljárás összevonását ajánlja a szerző oly formában, hogy a bordát átvágja a processus transversus mellett, majd a csontot szabaddá téve, az izülv felszín mellett vágja át. Ezúton minden irányból (lateromedialis, sagittalis) kielégítő a tüdő összeesése és a processus transversus és az izületi felszín közötti holtter létesülését kizárja. *Bujda Zoltán dr.*

Szülészet.

Hormonok befolyása a méhizomzat működésére. *L. Kraul és St. Simon.* (Wiener Klin. W. 1934. 50.)

A méh tonusát és összehúzódóképességét (szülés) befolyásoló számos tényező közül a hormonok szerepével foglalkozik. E hatás ellenőrzésére legalkalmasabbnak az intrauterin behelyezett, a méh falához szorosan simuló és annak minden mozdulatát követő hólyag bizonyult. Az eddigi vizsgálatok sok ellentmondása a manométeres és röntgenes eljárások pontatlanságára vezethető vissza. Az esetek legnagyobb részében a vérzés megelőző időben csökkent, a vérzés követő időszakban fokozott pituitrin (hypophysis hátsóleány) érzékenységgel volt található. A méhizomzatnak sokszor alig észlelhető elvál-

tozása is elütővé tette e reactiót. Fejletlen és már climaxos nemiszervek mellett a hatás kisebb, illetve hiányzó volt. Pangásos és chronikusan gyulladós méh erősebben reagált. A sárgatest-hormon (s. h.) hatásának tulajdonított reactio-csökkenés mesterségesen adagolt s. h.-nal is előidézhető volt. Tehát az s. h. csökkenti a pituitrinnek a méh izomzatára kifejített hatását, míg az erek és bélre való hatását nem befolyásolja. A tüszőhormon a pituitrin hatását fokozni látszik, ugyanis érzékenyebbé teszi a méhizomzatot. Így magyarázható a terhes méh fokozott érzékenysége is. Kísérletileg placenta-kivonatokkal (mindig tartalmaz tüszőhormont) is elérhető a hatásfokozódás. Prolan hatástalannak bizonyult, a thymus gátlólag hatott. Therapiás szempontból, ha vérzést óhajtunk csillapítani, az s. h.- és pituitrin-antagonismus miatt sohasem adagolandó együttesen. Szem előtt kell tartanunk, hogy az s. h. a nyálkahártya-cyclust rendezzi (glandular cysticus hyperplasia), a pituitrin pedig izomösszehúzózással eret komprimál és így csillapítja a vérzést. A menorrhagiák s. h. adrenalin, thyreoidin adással nem befolyásolhatók. A menstruatio azonban s. h.-val kitölthető. *Margitay-Becht Dénes dr.*

A szülészeti röntgenfelvétel javallatai. *K. Heyrowsky.* (Mediz. Klinik. 1934. 49.)

A röntgenfelvétel a terhesség vagy szülés alatt azért válik szükségessé, mert egyéb vizsgáló módszerekkel nem tudunk tiszta képet nyerni a magzatról, a medencéről, vagy a kettőnek egymáshoz való viszonyáról. Ritkábban a röntgenvizsgálattal akarják az asepsist veszélyeztethető belső vizsgálatot helyettesíteni. Ha csupán tájékozódás céljából — ikerterhesség, torzmagzat, méhen belüli elhalás gyanúja esetén vagy tartási rendelleneségeknél — készítjük a felvételt, egyetlen dorso-ventralis irányú kép is elegendő. A terhes felvételt leggyakoribb javallata a szűk medence. Ilyenkor rendszerint két felvételt válik szükségessé, hogy a medence térbeli viszonyairól pontos tájékozódást nyerjünk és a conj. obstetrica lemérhető legyen (medencemérés röntgennel). Igen fontosnak tartja a röntgenvizsgálatot a magzat méhen belüli elhalása és torzmagzat gyanúja esetén, hogy az anyát psychikailag a szülés kimenetére előkészíthessük. Készítettek röntgenfelvételeket a magzati koponya méhen belüli mérése céljából is, ezek azonban nem adtak kielégítően pontos eredményeket. Bár kétszeri röntgenfelvételhez szükséges sugármennyiség, a mai általános felfogás szerint, teljesen ártalmatlan, szerző a kóriszművészek ezen módját mégis csak végső esetben tartja megengedhetőnek. *Szántó Ignác dr.*

Rövidhullámú kezelés a nőgyógyászatban. *Kurt Dalchau.* (Deutsche Med. Woch. 1934. 46.)

Szerző 130 eset kapcsán számol be rövidhullámú kezeléssel elért eredményeiről. Az esetek legnagyobb része gyulladós adnex-folyamat, vetéles utáni kismencedebeli hashártyagyulladás, azonkívül kankós megbetegedések, Douglas-tályog, ischias, dysmenorrhoea, méhjátrahajlás és emlőgyulladás. Az adnex-folyamatok heveny, félheveny és idült szakaiban egyaránt jó eredményeket látott. Az adnextumor az esetek nagy részében eltűnik, de ha marad is vissza valami nyoma, az sem okoz a betegnek panaszt. A kismencedebeli hashártyagyulladás és friss kankós méhfüggelék-gyulladások ugyancsak teljes gyógyulással végződnek. Douglas-infiltrációval szövődött parametritisek esetén a beovlás hamar jön létre és így a gyógyulási időt megrövidíti. Emelőséggyulladások esetén teljes gyógyulás, vagy előrehaladottabb esetekben gyors abscedálás észlelhető. Szerző az alkalmazott nőgyógyászati megbetegedésekben a rövidhullámú jó hatását tapasztalta, úgyhogy mindenképpen értékes therapiás eszközként tartja. A rövidhullámú kezelés előnye a hosszúhullámú diathermiával szemben, hogy egyenletesebb hatást fejt ki a mélyben és heveny esetekben is alkalmazható. *Szántó Ignác dr.*

Ovobrol az ovarialis substitútiós therapiában. *Dr. Bruno Waller.* (Med. Kl. 1934. 33.)

A climakteriumban fellépő panaszok főképpen két komponensből tevődnek össze, i. m. nervosus és az ovarium működésének kieséséből előálló ovarium hormon hiányából. A climakteriumos panaszoknak nehéz befolyásolhatósága arra vezethető vissza, hogy a kiesett hormonokat gyógyszeres úton nehezen tudjuk pótolni. Már régóta adagolják a hormonkészítményeket sedativumokkal együtt, mely combinatio az ovobroltábláknak szerencsés módon van kombinálva. Szerző ezen praeparatumot mintegy 32 esetben alkalmazta súlyos climakteriumos panaszoknál és az eredménnyel általában véve nagyon megvolt elégedve. Az ovobrolt hosszú időn keresztül szedeti, amíg az eredmény beáll. A kezelést legtöbbször kombinálja még enyhe altatószerek adásával. Általában véve az első javulási tünetek már 14 nap mulva jelentkeznek, azonban kitartásunkat nem szabad elveszítenünk akkor sem, ha ezen

idő alatt javulás még nem mutatkozik. Ezen kezelés mellett természetesen ajánlatos a beteg általános kezelése is, mint hidegvizes ledörzsölések, friss levegőn való tartózkodás, izgalmak kerülése stb. *Vanik Vince dr.*

Bőrgyógyászat.

Adatok a granuloma fissuratumhoz (Sutton). *Dr. W. Wachtler.* (Dermat. Ztschr. 69. kt. 6. f.)

Sutton jun., majd *Sutton sen.*, később *Diasio* írtak le granuloma fissuratum, illetve gr. pyogenicum, sőt gr. teleangiectodes fissuratum névvel elváltozásokat a vestibulum orisban, melyeknek jellegzetessége, hogy a száj vestibulumában a gingiva és ajak, vagy polyanálkahártya között foglalnak helyet s harántul, párhuzamosan a fogsorral mély fissurával vannak ellátva s alig mutatnak gyógyulási hajlamot. Hasonló esetet figyelt meg szerző is egy 57 éves betegen, elől a gingiva és alsó ajak nyálkahártyája között mogorónyi terjedelemben mély, genyes, nekrotikus lepedékekkel fedett fissurával. Részletes szöveti leletet ad, melyből kitűnik, hogy a fissura területén a hárm mélyen leburjánzik a sarjszövetbe, ami leukocytákból, fibroblastokból áll s bőven tartalmaz finom fibrinhálózatot. Ugylátszik ez az oka annak, hogy a fissura nem tud behámozódni, valamint az, hogy feltétlenül valami chronikus izgalom tartja vissza a hárm normalis regenerációját. A szöveti kép azonban semmi támpontot sem nyújt aziránt, hogy a granulomát teleangiectodes, vagy pyogenicum jelzővel illethessük. Legjobb *Sutton sen.* elnevezése: granuloma fissuratum. Mint ilyen, a nem specifikus granulomákhoz sorolandó. *Schlammdinger József dr.*

Vizeletfertőzés és nitritkimutatás a vizeletben. *Dr. K. Machold.* (Med. Kl. 1934. 33.)

1922-ben vezette be *Wellmann* a vizeletnek vizsgálatát salétromsavra, az általa megadott reagens segítségével. Mivel ezen vizsgálati methodus az általános gyakorlattal foglalkozó orvosok körében nem tudott elterjedni, melynek legfőbb oka az, hogy a vizsgálatoz olyan reagensre van szükség, mely romlékony és más célra nem használható, szerző ismét vizsgálat tárgyává tette azon régebbi vizsgálati eljárást, mely jódkalium és chloroform felhasználásával történik. Több mint 100 vizeletben végzett vizsgálat bebizonyította ezen eljárást használhatóságát. A reactiót a következőképpen célszerű végezni: 5—8 ccm vizeletbe kb. 1 ccm hígított sósavat teszünk, amelyhez 4 csepp kb. 2%-os vizes kaliumjodid-oldatot adunk és az ilymódon szabadabbá váló jódot chloroformmal kirázzuk. Chloroformot kb. annyit töltünk az epruvettába, hogy az epruvetta fenekére rögtön leülepedett chloroform kb. kisujj vastagságú legyen. Positiv reactio esetén a chloroformnak róza vagy piros színe lesz. Hígított sósavnak vagy vízzel többszörösen felhígított koncentrált sósavat, vagy pedig kétszeresen felhígított acidum muriaticum dilutumot használunk. Mint más egyéb reactióknál is tapasztaljuk, itt is csak a positiv reactio bizonyító, míg a negativ eredmény a vizelet infectióját még nem zárja ki. Továbbá szemelött kell tartani, hogy a streptococcusok, gonococcusok és tbc-bacillusok nitritet nem képeznek. Erősen felhígított vizelet, vagy gyors egymásután történő vizelet alkalmával a vizeletben nitriteket még akkor sem tudunk kimutatni, ha abban nitritképző bakteriumok vannak, mert a vizeletnek a hólyagban bizonyos ideig időznie kell, hogy a bakteriumok a nitrátokat salétromsavvá redukálják. Ezen próba nem olyan érzékeny, mint a Griess reagens által adott reactio, ami az általános praxisban csak előny, mert így a tévedések könnyebben elkerülhetők. *Vanik Vince dr.*

Intravenás lueskezelés és paravenás infiltratio a XVIII. században. *Ernst Seckendorf.* (Derm. Wschr. 1934. 21.)

Jöllehet az intravenás injectio csak mintegy 20 év óta van általánosan elterjedve, azonban elszórtan már évszázadokkal ezelőtt is használták. Régebbi feljegyzések alapján, úgylátszik, hogy az intravenás injectiót 1656-ban alkalmazták először Angolországban, Itáliában és Németországban, mégpedig kutyákon. *Major* és *Elszholtz* voltak az elsők, akik 1664 táján állatokon nyert tapasztalataik alapján emberen próbálták ki az intravenás injectiót. Az első megbetegedés, melynek gyógyítására intravenás befecskendezéseket alkalmaztak, a syphilis volt. Az irodalmi adatok szerint *Elszholtz* végezte az első intravenás syphiliskúrát egy súlyos syphilises betegen. Resina scammonii és guayacolt fecskendezett a felnyitott érbe, amire ugyan erős hányást kapott a beteg, azonban az összes súlyos tünetek 24 óra mulva alábbhagytak, a fekélyek és kiütések pedig 3—4 nap mulva gyógyultak. A befecskendezésre használt eszköz nagyon egyszerű volt. *Ettmüller* egy egész

kicsi ezüstfecskendőt használt, melynek végén hajlított kanál volt. Az ereket többnyire kipraeparálták és tüzes tüvel nyitották meg. Ha az ereket nehezen találták meg, akkor a beteggel meleg bort, vagy spiritus vini camphoratumot itattak és az illető helyet törülközővel erősen dörzsölték. Az injectio beadása előtt kevés vért engedtek kifolyni az érből, nem azon célból, mint ma, hogy meggyőződünk arról, vajjon benne vagyunk-e az ér lumenében, hanem azon szándékkal, hogy a legkisebb vérbőséget se okozzák a befecskendezett anyaggal.

Vanik Vince dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Der Ärzte-Knigge. Über den Umgang mit Kranken und über Pflichten, Kunst und Dienst der Krankenhaus-ärzte. Von Dr. med. et phil. C. Seyfarth. 100. oldal. Georg Thieme. Verlag Leipzig. 1935. Ára 2-60 márka.

Az orvos pályáját a szerző olyan keskeny ösvényhez hasonlítja, amelynek egyik oldalán a jól teljesített kötelesség boldogító öntudata és az elért siker büszkesége, másikon az emberek hálátlansága és a nyomasztó felelősség érzése foglal helyet. És ha hosszabb orvosi működés után együnkintől sem maradnak el szemrehányások és rágalmak, úgy a dolog természete szerint fokozottabb mértékben van ezekben részük a kórházi, klinikai és sanatoriumi orvosoknak, akiknek sokszorosan nyílik alkalom ugyanazon mulasztások vagy hibák elkövetésére. Ezeknek a számát akarja a szerző a minimumra redukálni, midőn évtizedes, a hely színén szerzett tapasztalatai alapján olyan szolgálati szabályzatot bocsát a gyógyítóintézetekben működő collegák részére, amely nemcsak a szorosan vett orvosi ténykedésre, hanem az administratio sok szövevényes útvesztőire nézve is szakavatott megbízható tanácsokkal látja el az olvasót.

Vajda Károly dr.

Die Werke des Hippokrates. Herausgegeben von Dr. Kapferer. Teil 3. Die Diät (Lebensordnung). 96 oldal. Teil 4. Die Träume. Die gesunde Lebensweise. 80 oldal. Hippokrates-Verlag. Stuttgart. 1935. A gyűjtőmunka előfizetési ára: 98 márka.

Hippokrates műveinek két legfontosabb kötetével állunk itt szemben, amelyekben a szerző az ars medicinæ gyakran hangsúlyozott követelményét juttatja érvényre, t. i. hogy az orvosi tudománynak egy részét se tekintjük önállóknak, hanem tartuk szem előtt összefüggését az összes többi szakmákkal, mert csak így fejthetünk ki sikeres therapiát. Főleg akkor tartjuk mindezt szem előtt, ha nem az egyes ember, hanem az összeség jólétéről és boldogulásáról van szó.

Az emberek nem ismerik testüknek összetételét, sem pedig a természet örök törvényeit s a betegségek legnagyobb részét ezen ismeretek hiánya okozza. *Hippokrates* szerint megmondolás nélküli nemzés és a testnedvek célszerűtlen keveredése folytán phlegmatikus, sanguinikus, cholericus vagy melancholicus constitutiók keletkeznek s ezeknek mindegyike ab ovo bizonyos veszélyeket rejt magában, amelyeket kellő diatétával és helyes életmóddal kellene ellensúlyozni. Erre azonban a legtöbb emberben hiányzik a megfelelő energia és hajlandóság. *Hippokrates* minden korra, évszakra, klímára nézve nem szerint csoportosítja az életmódra és főleg a diatétára vonatkozó tanácsait és ezeknek olvasásánál majdnem mindig az az érzésünk, hogy valamely modern diatetikaik kézikönyv lapjait forgatjuk. Az álmokról szóló fejtegetései pedig úgy hatnak ránk, mintha *Freud* valamely életfutárja szólna hozzánk, főleg mikor az éhség- és sexualis álmok magyarázatánál kijelenti, hogy itt mindig be nem teljesedett kívánságokról van szó.

Vajda Károly dr.

A rákbetegség korai felismerése. *Kubányi Endre.* 79 oldal. Előszóval ellátta *Bakay Lajos prof.* (Budapest, 1934. Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat.)

A rákproblema ma annyira időszerű és általános érdekű, irodalma pedig olyan óriási méretű, hogy örömmel kell üdvözölni minden munkát, mely a kérdéssel bármely vonatkozásban összefoglaló áttekintést ad. Bár hazai rákirodalmunk, amint azt éppen *Kubányi* összeállítása bizonyítja, bővelkedik nagyszámú, részben igen értékes, sőt alapvető dolgozatokban, eddig-élé hiányát éreztük összefoglaló, az idevágó kérdések fejlődését és mai állását ismertető monographiáknak. E szempontból nézve a dolgot, *Kubányi* munkája kétségkívül hézagpótló és előnye az, hogy a rák nagy themaköréből a gyakorlatilag legfontosabbat: a baj korai felismerését ragadta ki, amely ma is leghatásosabb fegyverünk a pusztító kór leküzdésében. A szerző azonban ennél tovább megy és könyvében, ha röviden is, de érinti a rákproblema egyéb fontos kérdéseit is. Ismerteti a rákhalandóságra vonatkozó, különösen *Melly* munkásságának köszönhető fontos statisztikai adatokat és az ezekből levonható

tanulságokat, valamint a magyarországi, elsősorban *Dollinger* által megindított rákellenes mozgalom történeti fejlődését és jelen állását. Az egyes rákcsoporthoz tárgyalásában a klinikai és kórbontani diagnostika mellett foglalkozik a megelőzés, kórjósolat és gyógyítási eredmények kérdésével is, felhasználva a Bakay-klinika gazdag rákanyagán szerzett tapasztalatait. Elismerés illeti meg azért a fáradságos munkájáért is, mellyel a magyar rákirodalom utolsó 30 évre vonatkozó munkálatait összeállította. Ezzel lényegesen megkönnyítette azok munkáját, akik a jövőben ezen a téren dolgozni kívánnak. A M. O. K. T. áldozatkészségét dicsérő és különösen az orvosképzés szempontjából hasznos könyvecskéhez *Bakay* prof. irt nagy-érdekű, a rákproblema nehézségeit élesen megvilágító előszót.

Milkó dr.

A rosszindulatú daganatok radiummal való gyógyítása sebészeti vonatkozásban. *Kisfaludy Pál.* 46 oldal, 30 képpel. (Budapest, 1934. Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat.)

Szerző, egyike ama keveseknek, akik nálunk a daganatok radiumkezelésében nagyobb tapasztalattal rendelkeznek, ebben a kis könyvében igen jól sikerült áttekintést ad a rosszindulatú daganatok radiumkezelésének mai állásáról. Az általános részben röviden foglalkozik a sugárhatás törvényeivel, majd külön fejezetekben ismerteti az egyes rákfélések radiumkezelésének feltételeit és eredményeit, közölve a külföldi tanulmányútjain, valamint az O. T. I. radiumosztályán szerzett tapasztalatait. *Kisfaludy* igen józan kritikával vonja meg a daganatok radiumkezelésének határait, amikor a rákok egy nagyobb csoportját kizárólag a sebészi kezelés körébe utalja és megállapítja, hogy »a radiumkezeléssel csakis olyan intézetekben értek el kiváló eredményeket, ahol a teljes objectivitás elve alapján a sebészetnek és röntgenbesugárzásnak akkora működési teret biztosítottak, mint a radiumnak«. Munkája befejező részében helyesen mutat rá arra, hogy a rákellenes védekezés egyik legfontosabb teendője a rákbeteg felkutatásán és rákgyógyító intézetek felállításán kívül a már kezelt betegek további sorsának szigorú ellenőrzése, mert az elsődleges daganat megsemmisítése még távolról sem jelenti a beteg végleges gyógyulását.

A gyakorlóorvos, sebész és radiológus szempontjából egyaránt hasznos és tanulságos könyvecskét melegen ajánljuk az érdeklődők figyelmébe.

Milkó dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület febr. 9-i ülése.

Bemutatók:

Baum M.: *Enterococcus endocarditis esele.* 26 éves nőbetegnél, kinél klinikailag endocarditis volt a diagnosis, a vérből enterococcus volt kitenyészhető. Az enterococcus okozta endocarditis diagnosisát a boncolás is igazolta. A magyar orvosi irodalomban enterococcus endocarditis közölt esetéről nincs tudomása. Az enterococcus okozta fertőzések általában jóindulatúak, az enterococcus-endocarditis az esetek túlnyomó részében letalisán végződik.

Matoly Gy.: *Ectopia vesicae műtete.* Öt évvel ezelőtt operált ectopia vesicae-s beteget mutat be, akinél a vakbél kirekesztésével készítették hólyagot. Makkas ezen eljárását úgy módosították, hogy a feregnyúlvány kivarrása a vakbél elfordítása után történt úgy, hogy az annak felső polusára került. A trigonum beültetését pedig a vakbélnek a peritoneumhoz varrt extraperitonealis részleten végezték; ezáltal elérték, hogy vizeletcsurgás nincsen, a kirekesztett vakbél kapacitása 3—4 deci és ennek kiürítése a hasprés segítségével állandó katéter nélkül történik. Az extraperitonealis ureterbeültetés pedig csökkenti a műtét veszélyét.

Örlős E.: Az ectopia vesicae műteteivel az volna a cél, hogy helyreállítsák a contin. urinaet a contin. alvi feláldozása nélkül minél kisebb primaer és secundaer mortalitással. Sajnos, e kettős cél megvalósítása nem sikerült. A contin.-t Maydl műtétével és a többi módosítással el lehet ugyan érni, de a primaer mortalitas már az eredeti Maydlnél legalább 20%, a módosításoknál még nagyobb. A betegek általános állapota pedig nem engedi meg bonyolult beavatkozások egy ülésben való végzését. A sec. mortalitas veszélye főleg az ascendáló fertőzésben van (ebben még a kirekesztéssel járó módszerek sem nyújtanak megnyugtató biztosítékot), a másik veszély a derivatiós eljárásoknál a bélből felszívódó vizelet circulus vitiosa képezi. A műteti módszer megválasztásánál meg kell alkudnunk, sokszor meg kell elégednünk a continentiával és a primaer mortalitas csökkentésével. Erre aránylag még Maydl eljárása a legalkalmasabb. A III. sebészeti klinikán négy eset volt eddig, mind fiú 4 és 8 év között, mind a négy Maydl szerint operálva. A gyermekek széklet- és vizeletüket addig nem tudták tartani, míg a változott ingerekkel meg nem

tanultak bánni. Primaer halál nem volt. A további sorsuk: egyről nem tudunk, egy dysenteriában pusztult el három évvel a műtét után, egy hat év előtt, egy két éve operálva; mindkettő ép, egészséges.

Előadás:

Scholtz G.: *A repülés korszerű élettani kérdései.* Sorra veszi a repülés alkalmával előálló különleges megterheléseket, megtárgyalva az emberi szervezet alkalmazkodóképességének határait és a védekező eljárásokat.

A tehetetlenségből eredő erőbehatások főleg éles fordulókban és műrepüléskor nagyjelentőségűek. A földi gyorsulásnál kb. $4\frac{1}{2}$ –5-ször nagyobb gyorsuláskor a látótér elsötétül, esetleg eszméletlenség áll be. Ennek az agyanaemiának az oka a szív és agy közötti vérszlop súlyának megnövekedése. Ha viszont a centrifugális erő a fej felé hat, a látótér elvörösödik (retina-hyperaemia), 10-szeres gyorsulás — függetlenül a testhelyzettől — már agyrázkódáshoz vezethet.

Utána a magassági betegség pathogenesist tárgyalja meg az előadó. Leírja a tüneteket és a betegség egyes válfajait. Bemutatja az egyes légzőkészülék típusokat és a pilótáknak az oxigénhiánnyal szemben az ellenálló képességet vizsgáló gyakorlati módszereket.

Majd a hirtelen légnyomáscsökkenések (gyors légritkítás és sűrítés) hatásával foglalkozik, melyek elsősorban a tubára háritanak nagy munkát. Bemutatja az egyes gépek emelkedési sebességét és a Caisson-betegség lehetőségéről szól. Majd a gyors zuhanás okozta megterhelésekről szólva, az ejtőernyő-ugrásról és a szabad esésről beszél. Sorra veszi az érzékszerveknek, elsősorban a szemnek a repüléskor történő szerepét. Részletesen bemutatja a mélyégi látásnak a leszálláskor történő jelentőségét és a szemizomgyengeség fontosságát, felsorolva a használatos vizsgálómódszereket.

A labyrinthus a repüléskor nem tájékoztat a térben elfoglalt abszolút helyzetet illetőleg, ha a látás (pl. vakonrepülésnél) kikapcsolódik. Ezek az élettani kérdések képezik alapját a pilóták felvételekor és ellenőrzésekor alkalmazott »test«-eknek. A felvételi vizsgálat három részből áll: a) állapotvizsgálat (szervi épség, alkat), b) teljesítményvizsgálat (fizikai teljesítőképesség, érzékszervek teljesítményei, szellemi képességek), c) magatartás és jellemvizsgálat, egyénileg és csoportban, az összzsemélyiségnek analysis céljából.

Okolicsányi-Kuthy D.: A magasságok élettanát tárgyaló nagyrértékű előadáshoz azért szólni kell, mert négy évtizeddel ezelőtt *Angelo Mosso* professornak, az alpesi éghajlat érdemes kutatójának torinói physiologiai intézetében dolgozott. Mossonak »Az ember az Alpokban« című mű szerzőjének már akkor tudomása volt a Monte Rosán végzett vizsgálataiból, hogy nagyobb magasságokban a vér szénadtartalma fogy, mely állapotot »Akapniá«-nak nevezett is el s minthogy a CO_2 az inspiratio ingere, a jelzett megállapításból magyarázta meg az Alpesen constatált Cheyne-Stokes-szerű légzési görbét. A magaslati klímában észlelhető nagyobb vörösvérsejtszámról már akkor tudtuk, hogy nem lehet hirtelen beállott erythrocytaszaporodás eredménye; sejtítettük, hogy csak több vörösvérsejt kering. Ennek megfigyelését a mai előadás lépncontractiókban adja meg, melyek a ritkuló levegőbe jutott szervezetnek tartalék-vérszövet bedobásával a keringésbe, sietnek segítségére. A hegyi betegség létrejövételében méltán hangsúlyozta előadó, hogy más tényezők is szerepelnek, mintha ugyanabba a magasságba repülőgépen jut az ember. Az alpinista testi és lelki kifáradása különösen hozzájárulnak a »mal de montagne« beállásához. Az előadásban élénk tárt ama csudálatos compensáló működés, mellyel az organismus a nagy magasságokba emelkedő repülőnek csökkentett vérnyomását gyorsan reparálni törekszik, amihez rugalmas érbeidegzéshez van szükség, arra a reménységre jogosítja hozzászólót, hogy a jó pilótaképzés terén a legjobb érgimnasztizáló eljárásnak, a methodikus hydrotherapiának prophylaktikus szerepe fog juthatni.

A Közkórházi Orvos Társulat január 30-i ülése.

Torday Á.: Az új elnökség nevében üdvözlöi a megnyitó ülésen megjelenteket. Méltatja Furka S. elődjének érdemeit az új ülésterem létesítése és a Szt. Rókus-kórház falán elhelyezett Semmelweis-emléktábla létesítése körül. Azon lesz, hogy az elnökség és az igazgatótanács tagjainak támogatásával a társulat tudományos életét élénkké és tartalmassá tegye.

Bemutatások.

Gidró L.: *Nyolcnapos ileust okozó sigmarák resectióval gyógyított esete.* Annak szemléltetésére, hogy kedvező esetben

még előrehaladott elzáródás mellett is eredményesen lehet egy ülésben radicalisan operálni vastagbél-tumorokat, 71 éves nöbeteget mutat be, ki stenotizáló sigmarák által okozott nyolc napja fennálló complet ileus miatt került felvételre. Műtét a daganat resectiójával és az end to end készített anastomosis extraperitonialisával. A beteg műtét óta nyolc kilót hízott, panaszmentes.

Molnár I.: *Idegentest-ileus.* Huszonnyolc éves férfibeteg bejövetele előtt négy nappal betegedett meg, az anamnesis és klinikai tünetek acut appendicitis mellett szóltak. Betegsége ideje alatt széke nem volt, szelek nem mentek. Műtétkor látják, hogy az utolsó ileumkacs a kismedencébe le van növe, egymással összetapadt s így megtörést szenved. Az elvezető-kacs teljesen üres volt, az odavezető kacs kb. 25–30 cm-nyi hosszúságban nagymennyiségű szőlőmagvaknak tetsző képlettel van tele, úgyhogy a bél teljesen átjárhatatlan. A lenövés, illetve az összenövés felszabadítása után a passage teljesen helyreáll.

Milkó V.: Az idegentest-ileus kérdésével kapcsolatban hangsúlyozza a műtét előtti végbélvizsgálat nagy fontosságát. Egy esetben a rendkívül elhjasodott, súlyos állapotban levő beteget háromnapos teljes bélelzáródás tüneteivel szállították be. Volvulus diagnossal azonnali műtétet indikáltak, de a közvetlenül műtét előtt végzett végbélvizsgálat kiderítette, hogy az ampulla recti ki van töltve a lument teljesen elzáró óriási mennyiségű szőlőmaggal. A magvak manalis eltávolítása után a passage azonnal helyreállt és a beteg meggyógyult. Ha ebben az esetben a végbélvizsgálatot elmulasztják és a már stercoraemiás betegen laparotomiát végeznek, az feltétlenül elpusztul.

Csatári Szűcs I.: a) *Háromheréjűség esete.* Fiatal, teljesen normalisan fejlett tizennyolc éves egyénben baloldali congenitalis sérvműtét alkalmával két herét találtak baloldalt, amelyek között kb. 4 cm-es mellékherejáratnak megfelelő képlet volt. Mindkét herétől vezetett el vas deferens a kiséző arteriákkal és vénákkal együtt. b) *Gyomorlues esete.* Harminckilenc éves nöbetegek évek óta szenved gyomorfájdalmakban; hányás-hányinger, állandó gyomorfájdalmakban. Cholecystectomiát is végeztek nála; öthónapi belgyógyászati kezelésben részesült, míg nem az egyik belgyógyászati osztály inoperabilis gyomor cc-vel próbálaparotomiára küldi s a laparotomia és a gyomorfal szövettani vizsgálata deríti ki a helyes diagnossist, hogy t. i. a betegnek luetikus gyomorelváltozása van. Az ezután alkalmazott antilueses cúrara a beteg gyógyult és panaszmentessé vált.

Réffy F.: *Lues három esete.* a) *Huszonöt éves nöbetegek,* akinek kiütései hőemelkedés kíséretében egy héttel ezelőtt keletkeztek. Jelenleg a köztakarón gombostüfe-lencsenyi papulák láthatók, egyesek tetején gombostüfejni pustulával. A papulák az arcon, homlokon, orrszárnayk szélén a beteg seborrhoeás alkatának megfelelő képet mutatnak. Wassermann-reactio: positiv. Rtg.: A jobb csúcs fátyolozott, a hilusok megvastagodottak. b) *Huszonegy éves nöbetegek.* A köztakarón levő elváltozások négy hete prodromalis tünetek kíséretében keletkeztek. Jelenleg a köztakarón halvány roseolák közt lencsenagyságú papulák láthatók, szélükön Biett-gallérral. A hátán, mellkason, felkaron, homlokon pedig lence, fillérnyi hypertrophisált papulák; továbbá psoriasiform, corymbiform és impetigo-szerű syphilis látható. Wassermann-reactio: positiv. Luetin-reactio és Pirquett-reactio: negativ. Tbc-lelet: negativ. c) *Ötvennyolc éves nöbetegek,* aki jelenségeit egy éve észleli. Jelenleg a jobb alszár alsó harmada és a lábfej elephantiasis-szerűen megvastagodott s rajta fillérnyi, pengőnyi, ötpengőnyi élesszélű, heggel gyógyuló fekélyek, továbbá kisebb-nagyobb livides csomók észlelhetők, melyekből ellágyulás után sárgás-genyes, nyúlós váladék ürül. Mindkét térdizületi tájon a jobb gluteus tájon pedig serpiginosus, a középi részen atrophisálva gyógyuló, a széli részen tovaaterjedő, tuberoserpiginosus syphilis látható. Wassermann-reactio, Luetin-reactio: positiv.

Peleskei L.: *Tapasztalatok és vizsgálatok az emberi szervezetbe vitt löfhehéjével 11.000 eset kapcsán.* 1. A lósavónak nem fajlagos hatása nagy anyagban 7-6%-ban jelentkezett. 2. Halálos kimenetelű lósavó okozta shokal esetei között nem találkozott, a shok előfordulása 0-018% volt. 3. A lósavóval való újraoltás, ha érbe történik is, nem jár feltétlen shokal vagy más mellékhatással. 4. Szakaszos oltások vagy előrement, az izomzatba alkalmazott oltás nem befolyásolja a mellékhatások jelentkezéseit és shok ellen nem védenek meg biztosan. 5. Bőrérzékeny egyéneknek inkább jelentkeznek mellékhatások, mint a nem érzékenyeknek, de az utóbbiakon sem ritkák. 6. Az érbe oltottakon körülbelül háromszor oly gyakoriak a mellékhatások, mint a nem érbe-

oltottakon. 7. Igen kis savómenyiségek is okoznak bőrérzékenységet és mellékhatásokat, míg nagyok nem szükségképpen. 8. A savó okozta mellékhatások zöme enyhe tünetekkel zajlik le, mert a kiütések az esetek 83,4%-ában a harmadik napon már nincsenek jelen, a 38° C-on felüli hőemelkedés az összes oltottakra vonatkoztatva 1%. 9. Sohasem oltottak közül minden tizenhetedik, újraoltottak közül minden második egyén szenved nem fajlagos hatástól. 10. A gyermek- és felnőttkor kb. egyenlő arányban vesz részt a lósavó okozta mellékhatásokban. 11. A sok lefolyása agyi eredetű tünetekkel jár. 12. Vannak egyének, kik csak nehezen vagy egyáltalán nem válnak érzékenyekké a lósavóval szemben. 13. A bőrérzékenység 100%-ban csak azzal a lósavóval szemben irányadó, mellyel a bőrpróbat végeztük. 14. Ha tehát összevetjük a lósavó okozta kellemetlenségeket a lósavónak bizonyos hevenyfertőző megbetegedésekben életmentő hatásával, arra a következtetésre jutunk, hogy mikor a lósavó alkalmazásának javallata megvan, alkalmazzuk a lósavót, mert sokkal több esetben történik mulasztás által kár, mint haszon.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Elme- és Idegkórtani Szakosztályának január 18-i ülése.

Bemutatók.

Sarbó A.: *Környei idegbénulást utánzó encephalitis* esetéről tesz említést. 56 éves kartársról van szó, aki két év óta baloldali orsóidegbénulás körjelzésével számos orvos vizsgálata és kezelése alatt állott. Első tekintetre tényleg a radialis bénulás benyomását keltette a kéztőben lelő kézfej, de eltért abban, hogy a kéz nyomóereje erős volt, elfajulási reakció, érzéskeltetés, sorvadás hiányzott. Közlebbi vizsgálatkor pillangés tüntét találjuk meg és ezen elindulva kérdésünkre kiderül, hogy 5 év előtt encephalitis volt, mely után kedélyi és hangulatbeli változás is beállott nála. A radialis bénulást utánzó kézfejtartás okát az alkari és ujjakat hajlító izmok hipertóniájában leljük meg. Tulajdonképpen bénulásról tehát nincs szó, csupán minden mozgás, így az ujjak kifeszítése, a kéz extensiója igen lassan sikerül. Genoscopolamin kezelésre a rigor oldódik és ennek megfelelően a mozgások szabadabbak lettek. Az ily eset igazolja *Vogtét*, *Mingazzini* felfogását, mely az extrapyramidiumban somatopicitást tételez fel.

Richter H.: A postencephalitis legkorábbi tüneteinek az együttmozgások hiányát tartja, ami féloldali esetekben az azonosoldali kar lendítésének járáskor való hiányában mutatkozik.

Sarbó A.: Az idő rövidege miatt nem tárgyalta a postencephalitis részletes tünettannát, de esetében a pillangés volt az a tünet, mely a diagnosis felismeréséhez vezetett.

Goldberger M.: *Dyskephalia (Crouzon-féle betegség?)* esete. Hét éves fiú esetét ismerteti, kinek trigonocephaliás koponyadeformitása (Crouzon-féle homlokpúppal (bose frontale)), mordex apertusa, szemtünetei (nagyfokú exophthalmus, strabismus divergens, kétoldali szemidőrsorvadás), szellemi visszamaradottsága és chromoaffin-rendszervara volt. A beteg anyja degenerált, egy nővére exophthalmusa és enyhébb-fokú koponyadeformitása volt. Esetét Crouzon-betegségnek, dysostosis cranio-facialisnak diagnosztizálta. *Vogt* feltevésének megfelelően, aki szerint a prognathia inferior és papagályorr helyett egyes esetekben a mordex apertus észlelhető. Elfogadja *Vogt* felfogását, hogy az Apert-betegséget, az akrocranio-syndaktiliát (melynek tünete a koponyadeformitás és syndaktylia) és a Crouzon-betegséget (melynek triása: 1. koponyadeformitás, 2. arcodeformitás és 3. szemtünetek és amely familiaris-hereditív jellegű) és az egyes altypusait a heredodegeneratív betegség közös csoportjaként kell felfognunk, követve *Jendrassik* felfogását, hogy ne aprózzuk fel túlságosan a heredodegeneratív betegségeket. *Vogt* ajánlatára dyskephalia közös néven említett heredodegeneratív betegséget *Schaffer* elmélete szerint a mesodermális rendszer betegségének kell tartanunk, mert a csontfejlődés zavara (a korai synostosisok) az elsődleges jelenség, a többi tünetek pedig ebből folyólag másodlagos következmények. A toronykoponyától a Crouzon-betegség abban tér el, hogy a koponyát szűkítő deformitás a koponya frontális részére esik és ezért mellék-tünetképpen psyché zavarokat észlelhetünk, míg a toronykoponyánál epilepsziás rohamokat látunk, amelyet a Crouzon-betegségnél sohasem észleltek.

Schaffer K.: *A homloki agy domborulatának meningeomája.* A 24 éves hajadonon a hemiparesis alternans abducentis, az előzetes hányás és a 4 diop. pangásos papilla miatt hídon

kívüli koponyaalapi daganatra kellett a kórismét tenni. Ennek megfelelően sebészi beavatkozás nem történhetvén, higanyos bedörzsöléseket végeztünk, mire a tüneteknek nagyfokú visszajelődése következett be. Néhány hónap után a túloldali abducensnek futólagos bántalma kísérletében újból baloldali hemiparesis, 3 és fél D pangásos papilla; végezetül mintegy egyévi kórlefolyás után rendkívül erős fejfájások, főleg a jobboldali homloktájón és néhány napi aluszékonyosság után exitus. Az encephalographiás vizsgálat sikertelen volt; röntgen semmi jellegzeteset nem mutatott. A boncolás a jobboldali praecentralis homloki tájékon a felső és középső homloki tekervénynek megfelelően egy kis almányi daganatot derített ki, mely a kemény agykéreg egy pontjából kiindulva, lefelé a homloki agylebeny felé nőtt, azt maga előtt tolva, sőt a köpenyhasadékot át a túloldali homloklebens medialis felszínét is behorpasztva; a daganat kihámozható. — *Tanulságok:* 1. Az abducensbénulás félrevezető volt és megakasztotta a sebészi beavatkozást; 2. az a tény, hogy a daganat dacára annak, hogy a mellő kp. tekervényt erősen izgathatta és az a boncolásnál erősen sorvasztottnak mutatkozott, még sem idézett elő Jackson-görcsöt, lehetetlenné tette a daganat helyzetének felismerését. Esetünk még két okból figyelemreméltó. 1. Mert a daganat le az agyállomány felé növekedvén, nem okozhatott a koponyaboltozat csontjain sem arrosiót, sem hypaerostosis, tehát a röntgenkép negatív volt. 2. Feltűnő a beteg fiatal kora, mert az első körtünetek a 23-ik életévben kezdődtek, szemben *Cushing* tapasztalatával, mely szerint az átlagos kor 42 1/2 év, tehát betegünkön majdnem 20 évvel korábban jelentkezett a meningeoma. A daganat helyzete a hátsó felső frontális lebenyben tipikus volt. A daganat szakosztályunkban az első bemutatott meningeoma, mely szövettanilag endotheliomának bizonyult.

Richter H.: Egy esetét ismerteti, ahol gyermeknél agy-nyomásos tüneteket észlelt kétoldali abducensbénulás mellett.

Klauber F.: *Utal Cushingra*, aki a n. abducens nagy vulnerabilitását agytumoroknál azzal magyarázza, hogy a koponyaalapon az abducens fölött egy elég vastag vena fut, mely koponyaüri nyomásfokozódásnál telődvén, az ideget strangulálja. Az abducensbénulás az agytumor tünetcsoportban többnyire távolthatás, csak nagyritkán fogható fel, mint direkt tünet.

Fabinyi R.: Emlékeztet arra, hogy *Lechner* már 30 évvel ezelőtt gyakran említette, hogy ne tulajdonítsunk nagy jelentőséget az abducensbénulásnak agytumor esetében, mert az többnyire távolthatás.

Előadás.

Keller K.: *Néhány mozgásalak jelentősége agybetegségekben: I. Ásitási együttmozgás hemiplegiában.* Ásitás alatt a bémult oldalon kiadós együttmozgások támadtak, a bémult és hajlítás contracturában levő jobbkezes és ujjak erős feszítési helyzetbe jutottak. Látszólag a kézfejítő összehúzódása győzte le könnyedséggel a hatalmas és állandósult contracturát, a további megfigyelés azonban azt mutatta, hogy a contractura-ellazulás volt a primær jelenség, csak ezt követte a kézfejítő összehúzódása. Az együttmozgás ezek szerint bonyolított mozgásalak, mely az ú. n. reciprok beidegzés útján keletkezett. Esetünkben a motoros kéregmező a hemiplegia folytán ki volt iktatva, az együttmozgás mechanizmusa tehát az extrapyramis rendszerben zajlott le. Élettani adatok szerint a motoros zóna elektromos izgatása útján váltódik ki a reciprok beidegzés jelensége, a mi megfigyelésünk azt mutatja, hogy benne az extrapyramis rendszernek nagyobb a szerepe, mint azt általában gondolnók. — *II. A csecsemőkori véletlani hyperkinesise*, mint mozgásalak a születés utáni élet első hat hónapjára jellemző. Ez a hyperkinesis egy súlyos hydrocephalus internusban szenvedő 21 hónapos fiú volt tipusos alakban — a csecsemőkori rúgkapálódzás alakjában — észlelhető. A hyperkinesis tehát körtünetté válva abba az életkorba tolódott át, melyben az különben sohasem fordul elő. A jelenség annyiban fontos, amennyiben csökevényes alakjai choreás vagy athetosisos mozgászavarral volnának összetéveszthetők. Ismerete körjelzésünk exaktágát van hivatva fokozni.

A Magyar Szemorvostársaság január 19-i ülése.

Bemutatók:

Bendenritter F.: *Halsterinre gyógyult keratomalacia* esetek. Öt keratomalacia esetről számol be, amelyek Richter-féle halsterin adagolására meggyógyultak. A gyermekek életkora négy hó és két év között váltakozott. A baj után egyszerű, vagy benövéses szaruhártyahomály maradt vissza.

Kreiker A.: Tapasztalata szerint az ergosterinnek a vitamin pótlásán kívül egy másik, lényegében ismeretlen gyógyító hatása is van, elsősorban az olyan genyes szaruhártyagyulladások eseteiben, amelyeket inkább keratocachexiának, mint malaciának lehetne nevezni. Xerosis esetek néha hetek alatt sem javultak ergosterinre, míg a keratitisek, akár teljesen leromlott állapotban és végső öregkorban is, gyorsan gyógyultak és az általános állapot is javult.

Fazakas S.: Debrecenben és környékén a télvégi és tavasz eleji hónapokban látott avitaminosis okozta szembetegségeket, hemeralopia, illetve xerosis formájában, főleg olyan egyéneken, akiknek táplálkozásában a zsírkivonás utáni silány minőségű tejnek volt nagy szerepe.

Hollós L.: *Tüske a lencsében.* Tizenöt éves fiú bal szemébe félévvel jelentkezése előtt lisztpor csapódott. A szemgolyó burkain áthatoló sérülésről nem tud. Sérüléssel hályog. A lencseállományban festékrögnek tetsző idegentest, amely a hályogműtétkor kikerült a szem belsejéből és 3 mm hosszú tüskének bizonyult. Síma gyógyulás, látóélesség üveggel 5/12.

Mészár L.: *Szarucsap kezelése konyhasóoldattal.* Három éves beteg. Bal szemén tejes szaruhártya staphyloma. Koyanagi elmondása alapján 2 ccm üvegtest leszívása után 1 ccm 10%-os konyhasóoldatot fecskendezett az üvegtestbe. A szarucsap, amely a szemhéj zárását akadályozta, öt nap alatt teljesen lelapult. Az eredmény 2 1/2 hónapos.

Röth A.: *Kisdetek sötétségi nystagmus.* Öt év alatt öt olyan kisdetet észlelt, akiknek kishullámú, igen szapora inganystagmus 4—24 hónapos korban kezdődött. Valamennyien sötét lakásban éltek, hetekig nem kerültek szabadba, betegsüjük a téli hónapokban jelentkezett. A baj csupán egy esetben jelentkezett spasmus nutanssal együtt, a tavaszi hónapokban néhány hét alatt elmúlt. Véleménye szerint a spasmus nutans is az egy helyről jövő gyenge fény, vagyis az egyoldali fénytonus következménye.

Tóth Z.: *Cataracta dilacerata Vogt esete.* Tízéves leánygyermek lencséjében az embryonalis mag lemezekre bomlott homályokból van, az elülső embryonalis varrat szétesett, a hátsó focalis világitással is jól látható. Tükrözéskor a lencsén kaleidoskopszerű árnyékkjárás látszik. A hályog az intrauterin életben, vagy korai gyermekkorban keletkezett.

Németh L.: *A szaruhártya rácsos elfajulásáról.* Két felnőtt testvér szaruhártyája felszínén egyenetlenséget, közepén korongalakú homályt észlelt. A homály, különösen a széli részekben, réseis lánppával a substantia propria felszínes és középső réseiben lévő, foltokból és egymással kereszteződő vonalakból összetevődőnek látszik. A rácsrostos hálózat nincs összefüggésben a cornea idegeivel. Lezajlott iritis nyomai is észlelhetők. Mindkét beteg szaruhártyáján időnként gyulladás jelei, amelyeket a cornea degenerációjára, vagy az ott lerakódó idegen anyagok izgatóságára vezet vissza. A gyulladás röntgenbesugárzásra hamar gyógyult. Az egyik testvér gyermekein visszatérő szaruhártya-erosiók jelentkeztek. A szaru recidiváló erosiója és rácsos elfajulása között összefüggést lát.

Krassó I.: A wieni I. sz. szemklinikán 1929—33. években a csomós és rácsos szaruhártya elfajulásokat határsugarakkal kezelte. Az egyéb gyógymódokkal dacoló mikroszkopikus göcök egy-két besugárzásra eltűntek s a látóélesség javult. A gyulladás ezután ritkábban jelentkezett ugyan, egy-két éven belül azonban mégis ismétlődött, amikor a Bucky-sugár kevésbé volt már hatásos, mint az első alkalomkor.

Előadások:

1. Csillag F.: *Physikodynamikai tényezők tokos hályogműtétkor. Új műtéti mód a hályogos lencse buktató, tokban el-távolítására, illetve a zonula szakítására.* Részletesen foglalkozik azokkal az ismert erőhatásokkal, amelyek tokos hályogműtét végzése közben üvegtest veszteséget okozhatnak. Száz, disznószemen végzett, kísérlete alapján a szemgolyó húzásának és az üvegtesti nyomás fokozódásának elkerülésére új műtéti módot ajánl: tokfogó csipőjével a lencsetokon széles, harántirányú ráncot fog, a zonulát csupán a lencsetok húzásával szakítja el s a művelet végzése közben episclerálisan fogó csipővel mindig azon a helyen rögzíti a limbus mellett a szemgolyót, ahol a zonulát legjobban feszíti. Ily módon a lencse megfordítása és eltávolítása is az alulról történő támogatással nélkül történik. Száz disznószemből a módszerrel 55 esetben sikerült a lencsét tokosan eltávolítani. Embereken jobb eredményt remél.

2. Vajda G.: *A Greco-féle festészet magyarázatához.* Megállapítottak vehető, hogy a Greco-féle festészet rajzi része sem optikailag, sem művészileg meg nem magyarázható.

A színezésre vonatkozólag megemlíti, hogy ismert egy festőt, aki teljes színvaksággal is elfogadhatóan színezett képeket festett. Ez az eredmény a teljes természethűségre törekvés folytán volt lehetséges. Nemcsak a fénytörési, de színérzésbeli hiba sem lehet tehát teljes akadály a festésnek. Így Greco festésmódja — astigmiaja ellenére — nem a fénytörési rendellenességére vezethető vissza. Greco különleges festésmódjával öntudatosan, művészi hatás elérése érdekében — nevezetesen az égi alakok földtől távolságának érzékeltetése céljából — festette az égi alakokat megnyújtottan.

Az Erzsébet Tud. Egyetem Fizikai Intézetének közleménye.
(igazgató: Rhorer László ny. r. tanár).

A nehéz víz koncentrációja az emberi szervezetben.

Irta: Orbán György dr.

A közelmúltban az amerikai Urey és munkatársai kimutatták, hogy a közönséges hidrogengázban minden 5000-ik molekula kétszer olyan nehéz, mint a többi: felfedezték a hidrogen kettő atomsúlyú bíró isotopját, amelyet deuteriumnak neveztek el, de neveznek azóta diplogennek is. Éppen úgy, mint különböző atomsúlyú hidrogen van, éppen úgy többféle víz is van: a diplogent D-vel jelölve, a következő vizek fordulhatnak elő: H₂O, HDO és D₂O. D₂O, amelynek molekulásúlya 20, a nehéz víz, aminek tulajdonságai sok tekintetben különböznek a közönséges víztől: fagyáspontja 3,8 C, forráspontja 101,4 C, sűrűsége pedig 1,10.

Lewis és mások kísérletei szerint a nehéz víz ártalmas az élő organismusra. Ebiha a nehéz vízben állítólag néhány óra alatt elpusztul, dohánymag benne nem csirázik. Ha ezek a kísérletek helyt állanak, akkor sem következtethetjük biztosan, hogy a nehéz víz mérgező volna. Lehet, hogy bizonyos, a szervezetben lefolyó reakciókat lassít meg annyira, hogy azt a más körülményekhez szokott szervezet nem tudja elviselni.

Miután egyesek szerint a nehéz víz élettani hatásában nem különbözik, érdekesnek látszott megvizsgálni előfordulását az emberi szervezetben. Elméleti megfontolások mellett szólnak, hogy a nehéz víz lassú, de állandó gyarapodást kell hogy mutasson a szervezetben. A táplálékkal felvett víz és a közönséges ivóvíz, ami a szervezetbe kerül, 1:5000 arányban tartalmaz nehéz vizet. A felvett víz a szervezetből a bőrön és a tüdőn át történő párolgással, továbbá a vese szűrőrendszerén át távozik. A párolgás útján azonban a nehéz és a közönséges víz nem egyforma arányban távoznak a szervezetből. A nehéz víz gőznyomása testhőmérsékleten kevesebb 10%-kal kisebb, mint a közönséges vízé és így párolgási sebessége kisebb. Nagyobb párolgási sebessége folytán a közönséges víz nagyobb mértékben távozik a szervezetből és ha a vese osmosis működése nem ellensúlyozza ezt a folyamatot, a nehéz víznek a szervezetben állandó gyarapodást kell mutatnia. A gyarapodás évről-évre nem nagy, de egy emberöltő folyamán oly jelentékeny mennyiségűvé válik a szervezetben felgyülemlt nehéz víz, hogy számításaim szerint feltűnő eltolódást kell létesítenie a szervezet víztartalmának sűrűségében.

Entz Béla dr. egyet. ny. r. tanár úr szívessége folytán megvizsgálhattuk néhány korosabb egyén máját, illetve agyvelejét, megnéztük továbbá idős állat (szarvasmarha) hújának víztartalmát is. A kísérletek elvégzésében Mascsek Gyula szigorló orvos úr volt segítségemre.

A megőrölt szöveteket mérsékelt hőmérsékleten vákuumban destilláltuk, a destillatumnak körülbelül 3/4 részét kifagyasztottuk és a kifagyott jeget tovább tisztítottuk. A többféle tisztítási eljárás után nyert víz sűrűségét vizsgáltuk azután meg.

A nehéz víz gyarapodása a destillatumban fajsúlyméréssel határozható meg. Ha a nehéz víz koncentrációja nagyobbodik, a fajsúly megnövekszik. A destillatumban fajsúlyát pyknometerrel az ötödik tizedesig menő pontossággal határoztam meg. Összehasonlításként destillálás és fagyasztás útján tisztított vizet, továbbá kétszer destillált vizet használtam.

A fajsúlymérések szerint sem az idős emberek májából és agyvelejéből, sem pedig a marhahúsból előállított víznél nem mutatkozott olyan fajsúlyváltozás a közönséges vízzel szemben, amely az ötödik tizedes öt egységét meghaladta volna. Ez az ingadozás egyszersmind a mérések pontosságának határa is volt. Miután öt egységnyi eltérés a fajsúly ötödik tizedesében a nehéz víz koncentrációjának 1:5000-ről 1:2000-re való növekedését jelenti, a mérések alapján annyit mondhatunk, hogy a nehéz víz koncentrációja nem növekedhetett a vizsgált esetekben eredeti értékének 2,5-szeresénél nagyobb értékre.

A vizsgálatokat folytatni lehetne nagyobb mérési pontosság elérése végett, de az eddigiek alapján nagyon világosan látszik, hogy a nehéz víz koncentrációja az életkor folyamán nem változik meg túlságosan a szervezetben és hogy a vese osmosis tevékenysége gondoskodik arról, hogy ne állhasson elő a nehéz víz ártalmas mértékű megyarapodása a szervezetben.

Orvosi Kamara.

Ácsolják immár számunkra a sokak által rég óhajtott kamarát, nemsokára tető alá kerül. A körvonalakat tekintve látszik, hogy nem kéjlaknak épül részünkre. A törvényjavaslatot két vezető szempont jellemzi: az első a kamara függőségben tartása, tehát az autonómia korlátozása éppen a lényeges kérdésekben; a másik a rendi problémák jelentékeny és súlyos részének az ügyrendbe és kamarai rendtartásba áttolása, tehát a jelenben meg nem oldása. Az első elvi, a második gyakorlati szempontból kifogásolható.

A törvényjavaslatnak az orvosi karral szemben szigorú jellege véleményünk szerint nem csekély részben az OTBA-ügyben kifejtett ellenállás tanulságainak levonását jelenti, hasonló szembehelyezkedés megismétlődésének megelőzése céljából. Súlyos rendi bajaink közül az ingyenrendelők, orvostultermelés, orvosi javadalmak kérdésével a kamarai törvényjavaslat nem foglalkozik. Azzal, hogy a kamarai tagság a gyógyító magángyakorlatot nem folytató orvosokra nézve nem kötelező, a kamara anyagi alapjait és a tagdíj alacsonyabban történő megszabását befolyásolja kedvezőtlenül. Ugyanezen szempontból nem tartjuk helyesnek a tagdíj nemfizetés esetére kivetendő magatartás határozatlan megjelölését, ami lehetővé teszi a hátrálékban maradási és nemfizetést, annak minden adminisztratív terhével és költségével. Ez a kérdés véleményünk szerint a Szövetség jelenlegi szellemében úgy volna megoldandó, hogy aki tagdíjat fizetni nem tud, az évenként kérje annak elengedését. Ha kérése indokolt, azt a Szövetség mindig teljesítette. Indokolatlan esetben azonban a törlés jogos. Országos kamara esetén azonban a központi járulékot a helyi kamarának meg kell fizetnie, ami egyben biztosítékot nyújtana is, hogy a tagdíj elengedési kérelmek elbírálása kellő szigorúsággal és a fizetőkész tagok érdekeinek méltánylásával történik.

De mindezek fölött súlyosabb anyagi kihatása a kamarai nyugdíjintézet ügyének kikapcsolása, mert az kétségtelen, hogy a nyugdíjkérdés fontossága az orvosnyomorra egyenesen arányos és szilárd megalapozást csak a kamarai rendszer kötött és magas létszáma adhatja. Jól ismertek azok a nehézségek, melyekkel a Szövetségi nyugdíjintézet küzd az O. T. I. megalakulásával és szanálásával kapcsola-

tosan. Ezeket az orvosok ezreit érintő és állandó aggodást, nyugtalanságot keltő bajokat a kamarai nyugdíjintézet fellállításával, illetve a Szövetségi nyugdíjintézet átvételével és megreformálásával kellett volna megoldani. Érthető azonban, hogy a kamarai törvényjavaslat erre nem terjeszkedett ki, mert a kamarai nyugdíjintézet a tagdíjat olyan magasra emelné, hogy annak fizetése és behajtása állandó nehézségeket okozna a kamarának és tagoknak, azonkívül a Szövetségi nyugdíjintézet ügyeinek rendezése elől sem lehetne elzárkózni, ami úgy az O. T. I., mint a kormány részéről jelentős áldozatokat igényelne.

Napjainkban, amikor a gazdasági válság mindenre rányomja bélyegét és az anyagi kérdések különös súllyal esnek latba, a kamara jövőjét anyagi megalapozottság tekintetében nem látjuk megnyugtatónak és ez a kamara békéjére nyilvánvalóan kedvezőtlen kihatást fog gyakorolni.

Ha tehát az a helyzet, hogy a kamara nem biztosítja a kívánt önkormányzatot, a nyugdíjügy rendezését, az összes orvosok egyesítését, úgy könnyen felmerülhet a Szövetség párhuzamos fenntartásának terve, amit a kamarai törvényjavaslat céljaként helyesen megjelölt orvosi közfelfogás egységes kialakítása szempontjából nagyon kedvezőtlennek tartunk. De az orvosok anyagi szempontjából, ügyvezetési szempontból is az »egy akol és egy pásztor« elvét tartjuk helyesnek és követendőnek.

Az a harc, amely a kamarai törvényjavaslat ellen annak ismertté válásakor nemcsak orvosok, hanem érdektelen laikusok részéről is megindult (utóbbiak politikusok), aligha fog megszűnni akkor, ha a javaslatból néhány szövegezési változtatással törvény lesz. Súlyos kétségeink vannak aziránt, hogy ha a kamara az orvosok rokonszenvét és nagybecsülését nem nyeri el, meg fog-e felelni céljának, a rendi érdekek hatályos képviselőjének, védelmének, az orvosi erkölcs és közegészségügy egyaránt fontos érdekeinek.

Véleményünk szerint az orvosi kar megérdemelné a nagykorúsítást jelentő autonómiát, a nyugdíjkérdés végleges megoldásában történő törvényes támogatást, az anyagi és erkölcsi megszilárdulásban az alakiságokon túlmenő, tárgyilagos segítséget, a kamara eredményes működéséhez szükséges béke feltételeinek megteremtését, mert különben a kamaráról olyan felfogás alakul ki ország-szerte, hogy »adtál Uram esőt, de nincs köszönet benne«.

Hisszük, hogy ezek a szempontok, amelyek széles orvostömegek érdekeinek és felfogásának felelnek meg, illetékes tényezők előtt méltánylásra fognak találni azon szellemben, melyet az Orvosszövetség vezetőségének álláspontra képvisel. Az ország sok gondja-baja között a kamarai kérdés újabb törvényes rendezésére belátható időn belül aligha kerül sor és így a jelenlegi törvényjavaslat törvénné válása talán egy egész emberöltőre eldönti rendünk sorsát, ami a nemzet sorsával szoros összefüggésben van akkor is, ha egyesek ezt az összefüggést lebecsülik vagy tagadják.

Belpolitikai szempontból sem tartjuk hasznosnak, ha olyan kamarai törvényt szabnak ránk, amely az orvostömegeket nem elégíti ki és nyílt vagy burkolt ellenállásra, izgatásra, nyugtalankodásra kényszeríti. Az orvostársadalom nem kíván lehetetlent vagy méltánytalant, nem téveszti szem elől az anyagi lehetőségeket és a közérdeket. De segítséget kíván a jelenlegi bajokban, igazságot a jövőben. Főleg pedig békességet és az alkotó munka alanyi és tárgyi lehetőségeinek biztosítását. E nélkül a kamara csupán egy újabb szervezet lenne, egy a sok felesleges közül, amely a tagok érdeklődése és támogatása nélkül mint újabb adó nem rögződne bele az orvosi társadalom köztudatába.

Zemplényi Imre dr.

VEGYES HÍREK

Személyi hírek. A kormányzó a vallás- és közoktatásügyi minster előterjesztésére megengedte, hogy a budapesti királyi magyar Pázmány Péter tudományegyetem *Jean Davriert*, a francia dermatologiai társulat elnökét, tudományos munkássága elismeréséül az orvostudományok tiszteletbeli doktorává felavassa és részére a tiszteletbeli doktori oklevelet kiszolgáltassa. — A vallás- és közoktatásügyi minster *dr. Follmann Jenő* egyetemi tanársegédnek »A bőrbetegségek körjelzéstana, különös tekintettel azok szövettani viszonyaira» című tárgykörből a pécsi m. kir. Erzsébet-tudományegyetem orvostudományi karán egyetemi magántanárrá történt képesítését jóváhagyólag tudomásul vette és e minőségében megerősítette.

Dollinger Gyula professor lemondásáról és újravállalkozásáról tévesen került mult számunkba (és több napilapba is) az a hír, hogy a kiváló professor az Orvosegyesület Rák-bizottságának elnökségéről is lemondott, majd pedig arra újra vállalkozott volna. Az orvosegylet rákbizottságának őszszel megválasztott elnöke *Balogh Ernő* professor, ki azt továbbra is vezeti és kétségtelenül a legnagyobb odaadással hajlandó együttműködni a sebészet Nestorának újból lelkesedéssel vállalt elnöksége alatt működő Magyar Sebésztársaság Rák-bizottságával.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület február 16-án, délután 6 órakor tartandó tudományos ülésének napirendje. Bemutatás: *Kolos Erzsébet*: Miliaris tüdőtuberculosis gyógyult esete. — Előadások: 1. *Paunz Lajos*: A vese-vérkeringés néhány problémájáról. — 2. *Szilvási Gyula*: Kísérleteim a biogen-bakteriumokkal.

A Magyar Phonetikai Társaság február 20-án az egyetemi élettani intézetben tartandó közgyűlésének és tudományos ülésének napirendje: 1. Elnöki megnyitó. 2. Főtítkári jelentés. 3. Pénztáros és számvizsgáló bizottság jelentése. 4. Tisztikar lemondása és új tisztikar választása. 5. Indítványok. Előadás: *Némái József dr.* egyet. magántanár: Énekhang és resonantia.

A budapesti Orvosi Kör előadássorozatának február 18-i előadását este 7 órakor a Kör helyiségében *Rusznayk István dr.* egyet. ny. r. tanár tartja »A therapiás mérgezések» címmel.

Az Országos Közegészségi Egyesület előadássorozatának február 19-i előadását d. u. 6 órakor a Közegészségtani Intézet tantermében *Friedrich László dr.* »Mit kell tudni a laikusnak a gyomor- és bélfekélyekről» címmel és *Wiesinger Frigyes dr.* »A többes szülésekről» címmel tartják.

Tudományos cikkek szakszerű német fordítását vállalja orvos-collega. Cím a kiadóban.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Kimutatás az 1935 február 3—9-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) és halálesetekről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphtheria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis		Morbilli		Influenza		Malaria		Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.
1. Abaúj-Torna	92.827	—	2	—	—	4	—	1	1	—	—	—	—	5	1	—	—	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	111.860	1	2	—	—	10	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Baranya	251.131	2	—	—	—	8	—	5	—	—	—	—	—	37	—	—	—	1	—	—	—
4. Békés	334.130	—	—	—	—	10	—	1	—	—	—	—	—	39	—	—	—	—	—	—	—
5. Bihar	179.115	—	1	1	—	3	1	3	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	304.182	1	1	—	1	10	—	12	2	—	—	—	—	28	—	—	—	—	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.511	2	—	—	—	2	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
8. Csongrád	148.191	—	—	—	—	6	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9. Fejér	230.719	4	3	—	—	7	—	4	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.241	1	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11. Hajdú	180.159	2	2	—	—	4	—	2	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—
12. Heves	320.921	3	1	—	1	7	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—
13. Jász-Nk.-Szolnok ...	417.676	2	—	—	—	5	1	11	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.173	1	—	—	—	1	—	2	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
15. Nógrád és Hont ...	226.557	1	—	—	—	6	—	5	—	—	—	—	—	2	3	—	—	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-Kk...	1,418.317	11	—	—	1	41	2	44	1	—	—	—	—	132	2	—	—	—	—	—	—
17. Somogy	388.775	7	—	—	—	8	—	9	—	—	—	—	—	29	—	—	—	—	—	—	—
18. Sopron ..	143.235	—	—	—	—	6	3	1	—	—	—	—	—	37	—	—	—	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung ...	410.116	7	1	—	—	3	—	3	—	—	—	1	—	88	—	—	—	1	—	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	154.630	1	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—
21. Tolna ..	267.560	3	1	—	—	7	—	14	—	1	—	—	—	86	—	—	—	—	—	—	—
22. Vas	274.227	3	—	—	—	9	1	2	—	—	—	—	—	38	—	—	—	—	—	—	—
23. Veszprém	246.093	1	—	—	—	2	—	5	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
24. Zala	367.564	4	—	—	—	8	—	4	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
25. Zemplén	148.150	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
I. Baja	29.329	—	—	—	—	6	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1,027.106	1	—	4	2	48	4	55	1	—	—	—	—	24	1	3	—	—	—	—	—
III. Debrecen	121.326	1	—	—	—	6	1	2	—	—	—	—	—	106	—	—	—	—	—	—	—
IV. Győr	50.844	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.825	—	1	—	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI. Kecskemét	80.729	1	—	—	—	6	—	2	—	—	—	—	—	28	—	—	—	—	—	—	—
VII. Miskolc	62.597	1	—	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—
VIII. Pécs	65.963	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	4	1	2	—	—	—	—	—
IX. Sopron	36.022	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	23	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	137.479	1	—	2	—	6	—	6	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.247	—	—	—	—	4	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen : 8,840.527		65	16	7	5	261	14	224	7	4	—	1	—	105	1	13	—	3	—	—	—
Előző évben :		56	7	14	2	347	21	380	2	3	1	—	—	350	—	18	—	—	—	9	1

Pályázatok.

A MÁV Betegségi Biztosító Intézete Városlőd székhellyel pályázatot hirdet egy ideiglenes minőségben betöltésre kerülő kezelőorvosi állásra. A kezelőorvosi állás évi összes díjazása a jelenlegi megváltoztatható körzetbeosztás és egységtételek mellett kb. 960 pengő.

A MÁV Betegségi Biztosító Intézetéhez címzett és a szükséges okmányokkal (születési anyakönyvi kivonat, erkölcsi bizonyítvány, orvosi oklevél, a szombathelyi üzletvezetőségtől kérendő »önéleleírás«-nyomatványon megírt curriculum vitae, orvosi működési és szakorvosi okmányok viselt állások jövedelmeinek igazolása stb.) felszerelt pályázati kérvényt legkésőbb 1935. évi február hó 25-ének déli 12 órájáig kell a szombathelyi MÁV Üzletvezetőség I. osztályához (Király-utca 8. sz.) juttatni, ahol a pályázat részletesebb feltételei is megtekinthetők.

Az állás betöltésében elsősorban azoknak az orvosoknak kérvényei vétetnek figyelembe, akik legalább háromévi klinikai vagy közkórházi belgyógyászati gyakorlatot igazolnak.

Budapest, 1935. évi február hóban.

MÁV Betegségi Biztosító Intézete:
Hamary dr., ügyvezető.

A Baranya vármegye közönségének tulajdonában levő mohácsi »László« köz-kórháznál nyugdíjazás folytán megüresedett és főispáni kinevezéssel betöltendő, az állami rendszerű XI. fizetési osztályra nézve megállapított kezdő illetmények élvezetével egybekötött

alorvosi állásra

pályázatot hirdetek.

Pályázni csak írásban előterjesztett kérvény útján lehet. Fölvívom ennél fogva mindazokat, akik erre az állásra pályázni kívánnak, hogy az orvosi oklevelükkel, valamint eddigi orvosi gyakorlatukat, életkorukat, egészségi állapotukat, magyar állampolgárságukat, politikai és erkölcsi, nemkülönben a forradalmak és esetleges ellenséges megszállás alatt tanúsított magatartásukat igazoló szabályszerű okmányokkal felszerelt — amelyek közül az erkölcsi és politikai magatartást igazoló bizonyítvány egy évnél régebb keletű nem lehet —, megfelelően felbélyegzett pályázati kérvényeiket gróf Szapáry Lajos dr. úrhoz, Baranyavármegye főispánjához címezve 1935. évi március hó 7-ik napjáig bezárólag nálam annyiival is inkább nyujtsák be, mert a netalán később érkező kérvények figyelembe vehetők nem lesznek.

Azok a pályázók, akik már valamely törvényhatóság szolgálatában állanak, ennek első tisztviselője, más közhivatali állásban levők hivatalfőnökük, hivatásos katonai (csendőrségi) szolgálatban állók előljáró parancsnokságuk, közszolgalatban nem állók pedig állandó lakóhelyük törvényhatóságának első tisztviselője útján kötelesek pályázati kérvényüket hozzám juttatni.

Pécs, 1935. évi február hó 4-én.

Fischer Béla,
alispán.

A vezetésem alatt álló Sopron szab. kir. thj. városi Erzsébet-közkórháznál megüresedett segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A segédorvosi állás javadalmazása a m. kir. népjóléti és munkaügyi minister úr 1926. évi 124.000. számú körrendelete értelmében a XI. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő illetmény továbbá egy bútorozott szobából álló intézeti lakás. I. osztályú élelmezés az önköltségi ár 50%-ának megtérítése mellett. Orvosi magángyakorlat nincsen megengedve. Az ál-

lásra való kinevezés kétévi időtartamra szól mely idő elteltével az alkalmazás pályázat mellőzésével meghosszabbítható.

Felhívom ama nőtlen orvosdoctorokat akik ezt az állást elnyerni óhajtják hogy képzettségüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt és Sopron szab. kir. thj. város főispánjához címzett folyamodványukat hozzám folyó évi február hó 25. napjának déli 12 órájáig nyujtsák be.

Az állás a kinevezés megtörténte után azonnal elfoglalandó.

Sopron 1935. évi február hó 7-én.

Király Jenő dr. s. k.
m. kir. egészségügyi főtanácsos
kórházigazgató.

A hormonkutató eredményeinek gyakorlati alkalmazása. A mikrobiológiai és mikrochemiai módszerek tökéletesítésével mindjobban megközelíthető a sejt életfolyamatainak megfigyelése és a gyakorlati orvostudomány a gyógyítás számára való értékesítése. A vitaminok hormonok katalysatorok rövid idővel ezelőtt még ismeretlen fogalmak voltak, ma már tisztán látjuk szerepüket. Senki sem gondolt volna arra, hogy a haj növéseben, a haj megmaradásában a hormonoknak szintén nagy szerepük van. A tudománynak ezt a legújabb megállapítását értékesíti a Tarpan hajcsepp, amely nagy töménységben tartalmazza mindazokat az életanyagokat, amelyek a fejbőr erősítéséhez, a hajszálak táplálásához nélkülözhetetlenek. Klinikai tapasztalatok igazolják, hogy naponta néhány Tarpan hajcsepp elegendő ahhoz, hogy megakadályozza a korpát, a hajhullást. Összetételében, alkalmazási módjában egyaránt újszerű.

Lapunk mai számához a „Chinois“ gyógyszervegyészeti gyár r.-t. Ujpest, »Aljodanról« szóló prospectusa van mellékelve.

Krompecher

HARMATKÁSA

Gyermektápdara — Kindernährgriss

Nemes búzából előállított tiszta természetes tápszer. A fűszerezésben szabadon tartott, nem higiénikusan kezelt búzadara helyett.

Tejbe vagy húslevesbe befözve kitűnő táplálék csecsemők, beteg gyermekek és felnőttek számára

Rendkívül kiadós és olcsó, 1 doboz ára 80 fill.

Mintával és irodalommal szívesen szolgálunk

Krompecher tápszeripari kft. Budapest, V., Nádor-utca 15. sz.

POLYSAN

complex immunvaccína a szervezet természetes védekező erejének fokozására, valamennyi megbetegedéseknél.

A Polysan szabadon rendelhető az O. T. I és a székesfővárosi alkalmazottak segítőalapja terhére, továbbá a székesfővárosi közkórházakban.

Dr. PÁPAY-féle oltóintézet és szérumtermelő rt.
Budapest, IX., Lónyay-utca 12 sz.

MALTOCOL

A beteg légzőszervek kitűnő gyógyszere.

Olcsó magyar készítmény

Készíti: THALLMAYER ÉS SEITZ R.-T. BUDAPEST

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal

VIII., Üllői-út 26, II. em. Tel.: 31-1-86

Előfizetések postautalványon vagy csekklapon küldendők. A feladóvevényt nyugtául ismerjük el

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele

„Petőfi“ irodalmi vállalat Pesti Alfréd
Budapest, VII., Kertész-utca 16

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

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

MEGHÜLÉSES MEGBETEGEDÉSEKNÉL:

TOFAMID



CHINOICAL

Minden esetben biztos, egyenletes hatású és kitűnő lázcsillapítószer, az acut és chronikus izületi bántalmak erélyes ellenszere.

10 és 20 tablettát tartalmazó fiolákban. Pulvis alakban a receptura részére.

HYDROPYRIN



Chinin gluconicum és calcium gluconicum kombinációja.

2 és 5 cm³-es ampullákban.

A légutak gyulladósos és hurutos megbetegedéseinél.

Az acetylsalicylsav lithiumsója. Vízben könnyen oldható, gyermekeknek is kényelmesen adagolható

antipyreticum, analgeticum, antirheumaticum és sedativum.

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁR RT., BUDAPEST X.

Parenterálisan adható jódkészítmény
lues, hypertonia, arteriosklerosis, angina, pectoris,
idült bronchitis kezelésére

ENDOJODIN

Subkután, intramuskulárisan és intravénásan fájdalmatlanul fecskendezhető. Jód dal szemben érzékeny betegek is jól tűrik. Gyorsan beálló tartós hatás.

EREDETI CSOMAGOLÁS: Doboz 10 ampullával à 2 ccm.

Perorális alkalmazásra

SAJODIN

a régbevált íz- és szagtalan jódkészítmény, mely megbízható hatása és általános jó tűrhetősége miatt különösen huzamos kurákra alkalmas.

EREDETI CSOMAGOLÁS: Cső 20 tablettával à 0.5 gr.



»Bayer«

I.G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen a. Rh.

Magyarországi vezérképviselőt:
MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU R.-T.
Budapest, V., Akadémia-utca 3

Dr. Egger

a megbízhatóság pontos adagolás
és hatékonyság biztosítója.

Kérjük a „Sec. EGGER” kiírását
készítményeink rendelésénél.

CALCIUM *Egger*

Intramuscularisan fájdalmatlanul, mellékhatásoktól mentesen adható calciuminjectio. Intravénásan nem fenyeget a nekrosis veszélye paravénás injectiónál sem.



SULFOLEIN INJ.

1% és 2% erősségű fájdalmatlan kéninjectio. Izületi bántalmak, rheumatismus, ischias, gyulladásoz folyamatok ellen a legmakacsabb esetekben is frappáns hatású.



RESORCIVEN INJ.

Intravénás recorcín-injectio. Mindenfajta septikus folyamatok ellen, Sepsis, Pyaemia, fertőzések esetében eredménnyel alkalmazható.

Kimutatás az 1935 február 10—16-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) és halálesetekről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.	Dysenteria	Diphtheria	Scarlatina	Mening. Cerebr. e.	Poliomyelitis	Morbilli	Influenza	Malaria	Typhus exanth.
		Mb. Mt.	Mb. Mt.	Mb. Mt.	Mb. Mt.	Mb. Mt.	Mb. Mt.	Mb.	Mb.	Mb.	Mb. Mt.
1. Abaúj-Torna	92.827	— —	— —	2 —	1 —	— —	— —	48	1	—	— —
2. Bács-Bodrog	111.860	1 —	— —	3 1	3 —	— —	— —	2	—	—	— —
3. Baranya	251.131	3 —	1 —	5 1	9 —	— —	— —	22	5	—	— —
4. Békés	334.130	2 —	— —	10 2	4 —	— —	— —	21	—	—	— —
5. Bihar	179.115	4 —	2 —	3 —	— —	— —	— —	10	—	—	— —
6. Borsod, Gömör és Hont	304.182	1 —	1 —	10 2	8 —	— —	— —	28	2	—	— —
7. Csanád, Arad, Torontál	174.511	2 —	— —	4 —	— —	— —	— —	—	—	—	— —
8. Csongrád	148.191	1 —	— —	5 —	3 —	— —	— —	—	—	—	— —
9. Fejér	230.719	5 3	— —	4 1	3 —	— —	— —	6	—	—	— —
10. Győr, Moson, Pozsony	156.241	— —	— —	7 —	7 —	— —	— —	—	—	—	— —
11. Hajdú	180.159	1 —	— —	3 —	3 —	— —	— —	26	—	—	— —
12. Heves	320.921	2 —	1 1	9 —	3 1	— —	— —	9	1	—	— —
13. Jász-Nk.-Szolnok	417.676	4 —	— —	9 —	6 —	— —	— —	15	—	—	— —
14. Komárom és Esztergom	181.173	— 1	— —	2 —	6 —	— —	— —	1	—	—	— —
15. Nógrád és Hont	226.557	1 —	— —	10 1	— —	— —	— —	—	—	—	— —
16. Pest-Pilis-Solt-Kk.	1.418.317	7 2	2 —	39 4	50 2	2 —	— —	132	1	—	— —
17. Somogy	388.775	1 —	— —	7 —	9 —	— —	— —	15	2	—	— —
18. Sopron	143.235	— —	— —	9 —	— —	— —	— —	18	—	—	— —
19. Szabolcs és Ung	410.116	5 5	— —	7 1	4 —	— —	— —	36	3	2	— —
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	154.630	4 1	— —	2 —	1 —	— —	— —	5	1	2	1 —
21. Tolna	267.560	3 —	— —	11 —	10 1	— 1	— —	54	—	—	— —
22. Vas	274.227	2 —	— —	6 —	5 —	— —	— —	96	—	—	— —
23. Veszprém	246.093	1 1	— —	5 1	7 —	— —	— —	1	—	—	— —
24. Zala	367.564	2 —	— —	6 1	6 —	— —	— —	—	1	—	— —
25. Zemplén	148.150	— —	— —	1 —	4 —	— —	— —	3	—	—	— —
I. Baja	29.329	— —	— —	4 —	6 —	— —	— —	—	1	—	— —
II. Budapest	1.027.106	2 —	4 —	57 5	69 1	— —	— —	263	7	—	— —
III. Debrecen	121.326	— —	— —	5 1	2 —	— —	— —	150	—	—	— —
IV. Győr	50.844	— —	— —	1 —	6 —	— —	— —	—	—	—	— —
V. Hódmezővásárhely	59.825	— —	— —	1 —	1 —	— —	— —	1	—	—	— —
VI. Kecskemét	80.729	2 —	1 1	2 —	3 —	— —	— —	35	—	—	— —
VII. Miskolc	62.597	— —	2 —	1 —	4 —	— —	— —	3	—	—	— —
VIII. Pécs	65.963	— —	— —	6 1	2 —	1 —	— —	58	2	—	— —
IX. Sopron]	36.022	— —	— —	1 —	2 —	— —	— —	16	1	—	— —
X. Szeged	137.479	1 —	— —	3 —	3 —	— —	— —	10	—	—	— —
XI. Székesfehérvár	41.247	— —	— —	5 —	2 —	— —	— —	—	1	—	— —
Összesen : 8,840.527		57 13	14 2	265 22	252 5	3 1	— —	1084	29	4	1 —
Előző évben :		50 7	10 —	306 14	343 2	1 1	5 1	188	12	4	1 1



ARGOMANGAN

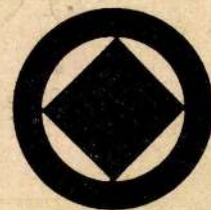
Az új antigonorrhoeum.
Az oldatok rendes vezetékli
vizzel készíthetők.

Megbízható adstringens és desinfiens. Abszolút izgalommentes.
Irodalmat és kísérleti anyagot szívesen küld.

STERIL-KUHN-KATGUT

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

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



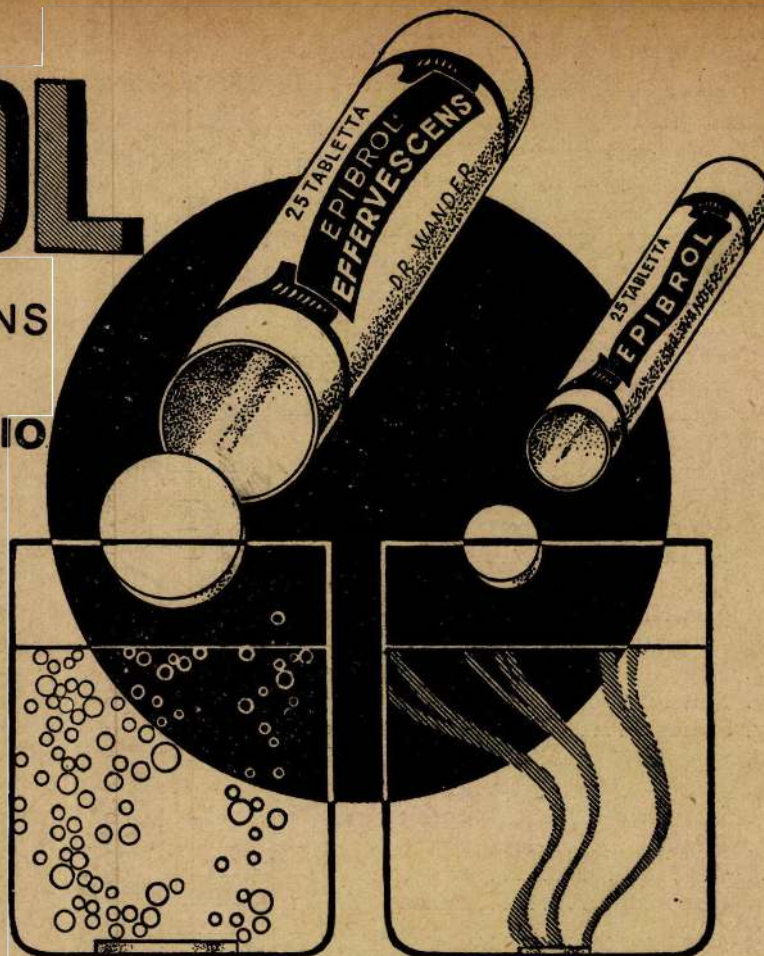
EPIBROL

TABLETTA ÉS EFFERVESCENS

AZ IDEÁLIS BROMMEDICATIO

Neurasthenia, epilepsia, izgalmi tünetek esetén, gyors és biztos sedatív hatást eredményez.

Ára: Epibrol 25 tabl. P 1.20 || Epibrol effervescens 10 tabl. P 1.50
 " " 100 " " 4.20 || " " 25 " " 3.30
 OLCSÓ MAGYAR SEDATIVUM ÉS ANTIPILEPTICUM



DR. WANDER R.T. BUDAPEST

EFFERVESCENS

TABLETTA

CHINOIN - CHINOIN

1910
1935

CHINOIN - CHINOIN

ALJODAN „CHINOIN“

a jódtherápia haladása!

Előnyei szervesetlen jódsókkal szemben:

1. Jodismus teljes hiánya. 2. Neuro — lipotropia. 3. Lassú kiválasztódás.

Előnyei egyéb szerves jódvegyületekkel szemben:

1. Magas (50%-os) jód tartalom. 2. Tökéletes felszívódás és assimilálhatóság.
 10 és 20 tabl. (à 0.25 g) eredeti phiolákban

ALJOTHEIN „CHINOIN“

Aljodan 0.10 g + theobromin. calc. salic. 0.25 g
hypertonia, arteriosclerosis, érgörcsök, asthma kezelésére.

20 drag. tablettá, eredeti üvegben

* CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN *

ORVOSI HETILAP

Alapította **MARKUSOVSKY LAJOS** 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VÁMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA
POÓR FERENC

GORKA SÁNDOR
REUTER KAMILLÓ

HÜTTL TIVADAR
ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

TARTALOM:

Benedek László és Hüttl Tivadar: A chordotomia értéke »crise gastrique«-ban. (199—202. oldal)

Pollatschek Elemér: A gégerák műtéti és sugaras kezelése. (202—205. oldal)

Róth Imre és Szent-Györgyi Nándor: Oncoticus nyomás savbázisegyensúly sublimatmérgezésben. (205—208. oldal)

Fésüs Andor: Gyógyult szempemphigus eset. (208—209. oldal)

Végh Lajos: A medence kimenet mérésére szolgáló eszköz. (209—211. oldal)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (29—32. oldal)

Sóoky Erzsébet: A rejtett szívelégtelenség vizsgálata. (211—213. oldal)

Raisz Dezső: Új szülészeti phantomok. (213—214. oldal)

Pogány Kálmán: Syphilis gyógyítása fénnel és saját vér befecskendezésével. (214—215. oldal)

Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Szemészet. — Urologia. — Bőrgyógyászat. — Gyermekegyógyászat. (215—217. oldal)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei (218—219. oldal).

Scipiades Elemér: Semmelweis serlegbeszéd. (219—222. oldal)

Vegyes hírek (222. és a borítólapon 3. oldalán).

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Tisza István Tud. Egyetem ideg- és sebészeti klinikáinak közleménye.

A chordotomia értéke „crise gastrique“-ban

Irták: *Benedek László dr. és Hüttl Tivadar dr.*, egyetemi ny. r. tanárok.

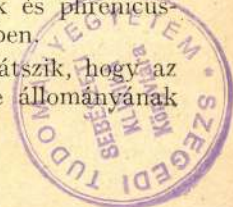
Az extramedullaris tumorok esetén úgy nekünk, mint más klinikusoknak alkalmunk volt nem egy ízben azt a sajátságos észleletet tenni, hogy a kezdetben heves zonalis fájdalmak később operatív beavatkozás nélkül mérséklődnek, sőt teljesen megszűnhetnek. Ez a látszólagos subjectiv javulás azonban többnyire együttjár az objectiv érzés- és motilitászavaroknak fokozódásával. A változást az teszi érthetővé, hogy a tumor felett lévő gerincvelői szakaszt a fokozódó nyomás mintegy traumatizálta, részben pedig a működő parenchymában ischaemiás nekrobiosist hozott létre. A fájdalommentesülésnek ilyen eseteiben »spontán chordotomiá«-ról szoktunk beszélni.

A gyomorcrisisek tüneti kezelésének relativ sikertelensége, a fájdalom-paroxysmusoknak gyakran rendkívüli hevessége, a morphinismus veszélye, nemkülönben a sokszor minden gyógyszeres beavatkozással dacoló és az általános tápláltsági állapotot komolyan veszélyeztető hányási rohamok, a »crisisek ellen az aktívabb beszézi terapiát tették indokolttá. Mint ilyenek ismereteseik: az epiduralis érzéstelenítés, a paravertebralis anaesthesia, amely utóbbit *Carnot* nemrég megjelent közleményében az epekő-colicákkal szemben való differential diagnosis céljaira is felhasználta; alcoholinjectionok a csigolyaközi dúcokba és a hátsó gyökökbe, a plexus, illetve ganglion solarenak resectiója (*Jaboulay, Leriche*), nyújtása (*Leriche, Dufour*), a vagusoknak subdiaphragmatikus átmetszése a cardiánál (*Exner*), nyújtása (*Vidakovits*), a splanchnikusoknak transpleuralis átmetszése (*Jean*), a vagusgyökereknek resectiója a nyúltvelő és a ganglion jugulare között (*Küttner*), a rr. communicantes átmetszése (*Gaza*), az

intercostalis idegek szabaddátétele és exairesise (*Franke*), a hátsó dorsalis gyökök kimetszése (*Foerster*), a hátsó és elülső thoracalis gyökök átmetszése (*Foerster—Küttner*).

Miután a tabeses crisisek a gyökrendszer bántalmazottságával függenek össze, amelyet a fajlagos noxa talán a praeformált rendszer-vulnerabilitas alapján idéz elő, — ezért azon sympathicus afferens pályák is, amelyek a D. VI.—D. IX. gyökökön át jutnak (a plexus coeliacuson és splanchn. maj.-on való áthaladás után) a gerincvelő állományába, az izgalmi folyamat affectiójának csak intraspinalis szakaszukban vannak kitéve. Mutatis mutandis ugyanez áll a vagus gyökereire is. A viscerosensibilis pályáknak környéki kiirtása (enervatio), avagy átjárhatatlanná tétele, tehát a környéki »deafferentiálás« (*Delbet—Moquot* és más fentemlített módszerek, továbbá a *Laewen—Kappis*-féle eljárás), a gyomornyálkahártya kiserő hyperaesthesiaját megszüntetheti, vagy csökkentheti és így reflectoros eredetű mozgási és secretoros izgalmi tüneteknek fellépését gátolja, sőt esetleg a crisis pathomechanismusába hatékonyan nyúl bele. A splanchn.-on eszközölt műtéti beavatkozás pl. egyszersmind a hányásnak egy fontos részactusát: az antiperistalticát, — a pylorus elzáródással — is kiiktatja. *Foerster* azonban óv attól, hogy *Klee* állatkísérleteinek eredményét az emberkörtanra átvigyük; egyébként a környéki beavatkozások esetén arra is kell gondolnunk, hogy a »tabes avec neurite periphere« (*Roux*) sem zárható ki. Esetek ismereteseik, amelyekben a gyomor teljes denudatiója sem szüntette meg a crisiseket. A motoros gyökök resectiója is azért vált szükségessé, miután sok esetben a VI.—IX. dorsalis gyököknek átmetszése sem bizonyult eléggé kiadósnak; sőt a műtéti terület oral és caudal felé való kiszélesítése sem hozta meg mindig a várt eredményt. Fel kellett tenni, hogy talán a *Magendie—Bell*-féle szabályszerűség ellenére, az elülső motoros gyökök is szállítanak visceral-receptiókat, a gerincvelő felé — eltekintve a vagusnak és phrenicusnak osztozásától a rohamok pathogenesisében.

Az eddigi kutatásokból valószínűnek látszik, hogy az érző, visceralis pályák a gerincvelő szürke állományának



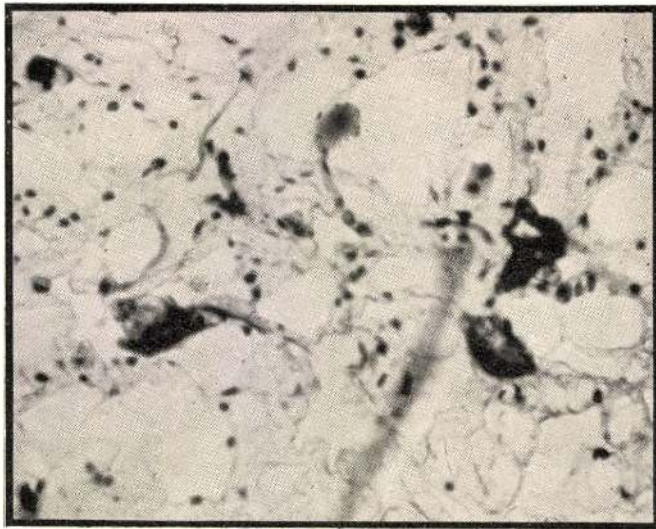
kis sejtjeivel lépnek összeköttetésbe. E tekintetben a caput. corn. post.-nak basalis része és az intermediár zóna bír elsősorban érdekel. Némelyek a cornu post. hátsó nyúlványainak sejtelemeit a receptív zsigeri pályavégződések helyének tekintették. A felületi érzéseknek keresztződő (endogen) pályái a nucl. intermed. sensib. (ventralis) és a cornu post. (dorsalis) dúcsejtjeiből indulnak ki, (l. *Kohnstamm*). Egyébként a gerincvelő alsó szakaszában is a szürke-állomány keresztmetszetének intermediár és hátsó területén körülírt dúcsejtcsoportok voltak megtalálhatók, amelyekben némely szerző szintén másodlagos enteroreceptív elemeket látott. A rostoknak intracornualis topographiája még bizonytalan. Némelyek szerint a fájdalomvezető pályák a hátsó szarv lateralis részében feküdnének. A hátsó szarvcsülécek úgy a felületes, mint a mély és szervfájdalomérzéseket megszüntetik és pedig kiterjedésük szerint körkörös vagy segmentális alaknak megfelelő bőrzónákban. Említésre méltó a *Schiff*-féle feltevés, amely szerint a gerincvelő szürke állománya, a receptor végszervek által felvett és a környéki idegek által felvezetett nem fájdalom izgalmaikat fájdalomérzésekké képes transformálni. Ismeretes *H. Stein* és *V. v. Weizsäcker* elmélete. Ők trig. laesiók esetén az érzéspotmentes bőrterületnek felületi ingerekkel való ingerelhetőségéből, a cornea és conjunctiva viselkedéséből, a rarefált területen megállapítható »valódi hypaesthesia-k esetében talált, több, fajlagos érzésqualitást jelző helyeknek jelenlétéből, arra következtetnek, hogy az érzésfajlagosság olyan specifikus izgalmi folyamatra vezethető vissza, amely az ingerfolyamatból transformálódhatik és pedig a rendszernek minden helyén. E szerint hasonlóan *P. Weiss* mozgási elméletéhez, az érzésqualitasok nem a különböző bonctani receptorok és pályák jelenléte, hanem a centripetalisan vezetett izgalmi folyamatoknak fajlagosságát által volnának megadva; a felvevőkészülék transformáló hatásának segélyével az érzőrendszer áthangolása az inger által következik be. A kórfolyamatoknak ez utóbbiakra (ellenállás-képességük szerint) kigyakorolt hatása (»Entdifferenzierung der Erregbarkeit«) magyarázza a különböző érzésminőségeknek decompositióját. Ami a fájdalom érzékelését illeti a *v. Frey*-féle »isolált fájdalom-pontok«-kal szemben, *J. Stein* az egész *Boeke—Heringa* értelmében vett terminalis érzőhálózatot minden inger, így fájdalom felvételére is képesnek tartja. Bár igen jelentékenynek kell tartanunk a haladást, amelyet *Stein* és *v. Weizsäcker* munkálatai képviselnek, mégis az ideggyógyászatban eddig leginkább hitelre az az álláspont talált, amely szerint a különböző érzésqualitasoknak megfelelően — egymástól működésileg izolálva — különböző receptív végkészülékek, illetve vezetőrostok állanak rendelkezésre (*Goldscheider, v. Frey*).

Head, Kappis, Kocher, Foerster, Higier és mások észleléseiből tudjuk, hogy a VI. D. szelvény magasságában bekövetkezett teljes harántlaesio a medencei és hasüri szervekben székelő fájdalmakat kiiktatja, bár a felső határ tekintetében individualisan kisebb ingadozások lehetségesek. A gyomor- és duodenumnak szelvényes beidegzését a háti VI—VIII. gerincvelői segmentumok eszközlik. E mellett a gyomor innervációjában némileg a D. V. és D. IX. és X. is osztoznak. A rostkeresztződés a szerzők nagyobb része szerint 3—4 szelvénymagasságon át megy végbe, bár adatok vannak, amelyek szerint az átmetszési sík alatti első, illetve második szelvény már thermoanaesthesiát és felületes és mély analgesiát mutatott fel. Egyes szerzők, így *Spiegel* és *Bernis* szerint az edényfájdalmak éppúgy, mint általában a szervekből származó receptiók útja is, az elülső-oldalsó kötegben vezet felfelé, sőt, szerintük az utóbbi pályák a nyúltvelőben lévő légzési központtal is összeköttetésben vannak. Vezetőpályáik tehát

a phylogenetícusan ősi spinotalamusos (chronaxiásan renyhébben reagáló) rendszer útján haladnak felfelé. Ezek az endogenpályák mai ismereteink szerint a túloldali hátsó-szarvból a commissura anterioron át a gerincvelő elülső oldalkötegebe érve, az *Auerbach—Flatau*-féle törvényszerűség szerint helyeződnek el, azon areákon belül, amelyek az egyes érzésqualitasokra nézve megállapíthatók voltak. *A. Wallenberg* a harántmetszet-topographia tekintetében nem követi a *Foerster*-féle schemát és felteszi, hogy a fájdalom pályája legdorsalisabban, vagyis a pyramis oldalkötegek előtt fekszik, hozzá közel ventralisan a »hideg«, majd a »meleg« pályák következnek. A másodlagos tactilis pálya a meleg pályával, a hideg vezetési pályája a fájdaloméval részlegesen egybeesik. *Foerster* a fájdalomvezetés pályáját, a hőérzési mezőhöz képest ventralisan helyezi el.

A gerincvelő fehérállományának átmetszése — *Rothmann*-nak (1906) ismeretes kísérletei szerint, amelyeket *Bechterew* és *Holzinger* nem erősíthettek meg — a fájdalomvezetést nem teljesen szüntette meg (a hátsó kötegek a felső cervicalis, az oldalkötegek a középső háti szelvények magasságában metszettek át). *Schiff* utalt arra először, miszerint valószínű, hogy a főpálya gyanánt elismert *Edinger*-féle tractus spinotalamicuson kívül a fájdalomingerek a szürkeállományon át is vezetnek oral felé. *Karplus* és *Kreidl* is megerősítették ezt a felvételt, amely arra is alkalmas, hogy a genitoanalís zóna (III—V. keresztli szelvény) gyakori megkímélését az érzést bénító harántlaesiók eseteiben részben magyarázza. Valószínű, hogy a szürkeállományon belüli fájdalomérzésvezetésben leginkább a hátsó szarvnak basalis része van érdekelve. A sympathico-sensibilis ingerek útja a szürkeállományban lévő pályákon kívül valószínűleg a tractus-spinotalamicus és -tectalis mellett vezet tehát felfelé az agytörzsi formatio reticularis irányába, hogy részlegesen annak szürke magjaival összeköttetésbe kerülve, a lemniscus med-tól dorsalisan haladjon oralis irányban. A secundaer viscerosensibilis pályának lefutása tekintetében embernél még további kutatásra vagyunk utalva, — amelyet a rostok jelentékeny részének velőhüvelynélkülisége megnehezít — bár valószínű, miszerint a központi szürkeállomány ezen rendszer számára közbeiktatott állomásokat szolgáltat. Lehetséges, hogy az agytörzs központi szürkeállományának magvaiban a viscerosensibilis vezetőrostok átmeneti állomásokra találnak. A medialis thalamusmagvak egészen a gyomroc-szürkéig is ilyeneknek tekintendők. Hiányosan megalapozott annak feltevése (ezideig), miszerint a corticofugalis fájdalomgátló pályák (*Foerster*), a hátsó szarvnak azon sejtjeivel lépnek össze a hátsó kötegekben, amelyek a fájdalomreceptiókkal állanak vonatkozásban. Ez a hypothesis egyébként a *Brown—Sequard*-féle gondolatok továbbfejlesztése gyanánt jelentkezett. (L. a rágsálók hátsóköteg loborpályáját.) A fájdalomérzésnek kérgi localisatioja bizonytalan. Míg *Head* és *Holmes* a hátsó központi tekervény laesiói esetén a fájdalomérzést majdnem teljesen szabadnak találták, addig *Wallenberg* azt (a hő- és erőérzéssel együtt) a 3a, 3b és 1 *Brodmann—Vogt*-féle mezőkbe helyezi.

A szerzők a gyomorbélhuzam criseinek sebészi kezelésére a fenti anatómiai elgondolások alapján, mint a rhizektomiánál egyszerűbb és radikálisabb eljárást ajánlották a *Schüller*-féle chordotomia anterolateralist. Amint *E. A. Spiegel* discussió megjegyzésében (*Deutsche Z. f. Nheilk.* 89. S. 26.) megállapítja, az elülső oldalsó nyálának átmetszését centralisan feltételezett hypertoniák csökkentésére ő maga ajánlotta először (1924). *Foerster* a spinalis reflextevékenységtől független, a subpallidaris központok által közvetített rigort és fixitációs feszülést az anterolateralis köteg átmetszésére — a Parkinsonismus



5. A retractiós sejtörüli üregek nagyfokban dilatálódtak. A pyknotikus és nagyoobrszt homogenizált dűcsejtek közül több sejt az adventitalis üregek falára tapadt. A szövetsugorodásnak megfelelően a dűcsejtek közötti alapállománygerendázatban a gliamagvak — *relative* — megsaporodottnak látszanak. *Toluidin-festés. Reichert 3. Obj. IV. oc.*



6. Beégetési hely a III. és IV. nyaki gyökök között. A baloldali dűcsejtnék tigroidja szabálytalan rögökre töredezt szét. A jobboldali somatochrom dűcsejt elfolyósodásban («schwere Zellerkrankung»). A colliqualódásban lévő sejtnek sejtfaa nagyoobrszt beolvadt. A retractiós üregek falán degeneratióban lévő dűcsejtek tapadtak meg.



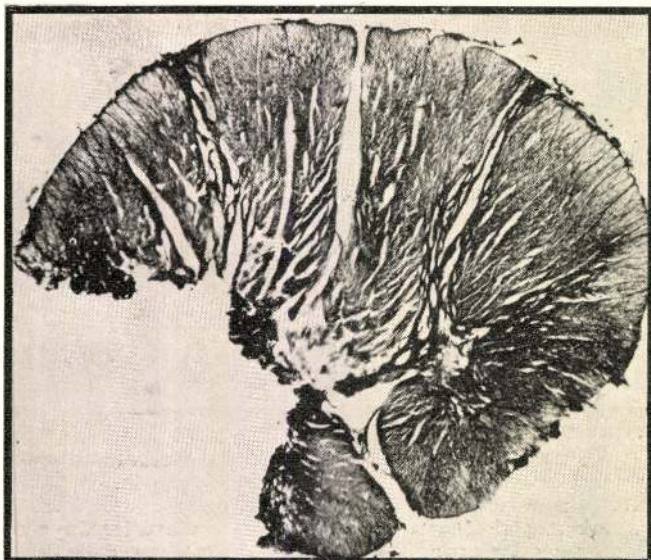
7. Beégetési hely a IV. és V. háti gyökök között. Festés *Weigert Pál* szerint. *Reichert 3. Obj. II. oc.* Feltűnő jelenség a kifejezett felritkulás («Lichtung») az égetés szomszéd zónájába eső *Burdach*-kötegben.



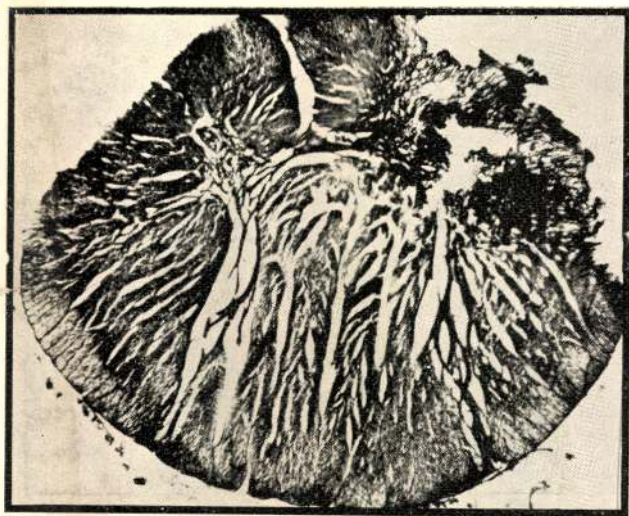
8. A perivascularis, *Virchow—Robin*-féle üregek rendkívüli kitégűlása. Az üregekben lecsapódott és fixált, enyhén tingált szövetnedv foglal helyet. A tágulás mechanizmusára és annak a hőhatással való összefűgésére vonatkozólag lásd szöveg. *Achúcarro*-féle *impraegnatio*. *Reichert 3. Obj. II. oc.*



1. Chordotomia diathermiás késsel a III. és IV. cervicalis gyökök kilépési helye között baloldalt — a cornu ant. irányában. Lupe-nagyítás. *Achúcarro-impregnatio.*



2. *Spielmeyer*-féle velőshüvely-festés chordotomisált gerincvelőmetszeten az V. háti gyök magasságában. Mélysége 2—2,5 mm. Lupe-nagyítás.



3. Ugyanazon égetési hely területéről, mint a II. ábrán — 1½ mm-el mélyebben fekvő harántmetszet. Érdekléssel bír megfigyelni az eredeti metszési sík alatti roncsolt szélű szövetkiesést. Festés mint előbb. Lupe-nagyítás.



4. Az V. thoracalis gyök magasságából származó metszet jellemzően tünteti fel a sejtfestésnek hiányát, az ugyanazon oldali szürke állományrésznek területén — szemben a túloldalival. *Toluidin*-festés. Lupe-nagyítás.

tremorával együtt — eltűnni látta. *Spiegel* kísérleti vizsgálataiból kiderült, hogy az elülső-oldalsó kötegnak átmetszését egyrészt homolateralis hypotonia követi, másrészt a légzésgátlásnak és fájdalomnyilvánításnak kimaradása, a 10%-os Bariumchlorid néhány cseppje által előidézett bélfalzigatásra. Ezen kísérletekből is tehát az következik, hogy a fájdalomreactióval járó centripetalis zsigeri receptiók a supraspinalis központokhoz az elülső oldali kötegeken át vezetnek felfelé, de ezenkívül az is, hogy mindegyik splanchnicus a kétoldali anterolateralis kötegekkel összeköttetésbe lép. Az elülső-oldalsó köteg átmetszését *Foerster* (1926) három esetben végezte, bilaterálisan. Eredmény csak egy esetben mutatkozott. A fájdalomnak az infrolaesionalis szelvényzónákban észlelhető újramejelenése talán grisealis vezetésre volna visszavezethető. *Foerster*-nek artificialis arachnitis esetében, a j. o. elülső-oldalsó kötegnak a háti II. szelvény alsó szakaszának magasságában történt átmetszése után, nemcsak a b. alsó végtagban addig jelentkezett heves lancinálások szűntek meg, hanem a gyomorcrisisek is. *Foerster* egyébként tekintettel azon esetekre, amelyekben a gyomorcrisist reflectoros csuklás és erős hátfájdalmak kísérik, az afferens phrenicus rostokat (C_3-C_5) is azon utak közé számítja, amelyekben kóros izgalom a gyomorcrisisek képét okozhatják.

Az irodalom adatai szerint az anterolateralis chordotomiáról, vagyis a Gowers-kötegek átmetszéséről, szemben az egyéb kötegeken végzett chordotomiákkal, eddigelé már számos közlemény jelent meg. Ezek egyrészt a műtét javallataival foglalkoznak, másrészt ajánlják annak elvégzését a legkülönbözőbb, fájdalomakkal járó megbetegedéseknél. Amíg eleinte kizárólag inoperabilis rosszindulatú daganatok okozta gyöki fájdalmak esetén végezték e műtétet, addig később a műtét eredményességén felbuzdulva, annak indicatióját mindinkább kibővítették. Mint az *Ssosz-Jaroschewitsch* összefoglaló közleményéből kitűnik, anterolateralis chordotomiával igyekeztek megszüntetni nemcsak az amputációs csonkfájdalmakat, (*Robineau, Poljenow, Stebbing* stb.) a vesecrisiseket (*Horrax*), az idegtörzsek és idegfonatok különböző gyulladásos-degeneratív folyamatait kísérő fájdalmakat (*Nasarow, Poljenow, Horrax*), hanem kísérletet tettek e műtéttel osteoarthritis deformans (*Bankart*), scoliosis ischiadica (*Babtschin*), elviselhetetlen övfájdalommal járó paraplegia (*Henle-Hahn*), osteomyelitis, herpes zooster (*Mc. Connell, Adams*), syringomyelia és ismeretlen eredetű fájdalmak ú. n. causalgiaik eseteiben is (*Leclarc, Babtschin, Poljenow* stb.). Mindezen betegségek közül a szerzők általános felfogása szerint a műtét leghálásabb javallatát a meningoradiculitisek képezik. A tabeses gyomorcrisisek megszüntetésére először mi kíséreltük meg a műtétet 1924-ben és két betegnél a műtét után szerzett közvetlen tapasztalatainkról annak idején egyikünk be is számolt. (*Hüttl*: Magyar sebésztárs. 1924. 120 old. Z. org. f. die G. Chir. 31. 230. old.) Azóta *Diez, Leighton, Frazier, Owen-Hubley* és *Temple Fay, Stebbing, Spiller, Horrax, Souttar, Mandl, Sicard* és *Robineau* stb. számoltak be tabes esetén végzett chordotomiákról, anélkül azonban, hogy mindezekkel a megfigyelésekkel sikerült volna tisztázni azt a kérdést, vajjon ennek a kétségtelenül súlyos beavatkozásnak van-e jogosultsága tabeses crisisek esetében, sikerül-e ezzel a műtéttel a lancináló fájdalmakat kedvezően befolyásolni? Amíg *Stebbing, Horrax* a műtét után javulást észleltek, *Sicard* és *Robineau* hét beteg közül ötön nagy fokú javulásról számolnak be, addig *Mandl* szerint a chordotomia eredményei gastrikus crisisek esetében nagyon kedvezőtlenek. Egyik betegének javulása csak néhány hónapig tartott, a többi négy pedig a műtét után elhalt. Viszont *Diez* a műtétet ajánlja arról mint olyan beavatkozásról emlékszik meg, mely véleménye

szerint tabes esetén egyedül jöhet szóba. Legutóbb *Glettenberg* számolt be tabeses betegéről, akin *Lehmann* teljes sikerrel cordotomiát végzett. *Babtschin* a chordotomia előnyét, a többi hasonló célt szolgáló műtétekkel szemben abban látja, hogy ez a tapintó- és izomérzést nem befolyásolja. Eredeti beszámolóinkban a műtét értékéről meglehetősen tartózkodással nyilatkoztunk. Részint azért, mert a két betegünk közül, az egyik esetben a műtétet követő javulás megítélésére nem állott még megfelelő hosszú észlelési idő rendelkezésünkre, részint pedig, mert a második betegünk a műtét után egy rohamosan terjedő decubitusnak áldozatul esett. Hangsúlyoztuk a műtét veszélyes voltát, melynek elvégzése megfontolásra kell hogy készítsen egy olyan betegségnél, amely spontán remissiókra hajlamos s amely rendszerint közvetlenül az életet nem veszélyezteti.

Hogy a chordotomia eredményét az egyes szerzők különbözőképpen értékelik, annak az a magyarázata, hogy a mellett, hogy a műtétet eddigelé a legkülönbözőbb eredetű fájdalmak kiiktatására végezték, a műtét kivételére vonatkozólag sem alakult ki eddig egységes álláspont. Az anterolateralis kötegek átmetszésének segmentaris magassága éppen úgy discussio tárgyát képezi, mint annak mélysége, kivételének mikéntje, valamint azok a kérdések is, amelyek a Gowers-kötegek átmetszése esetén, a melléksérülések elkerülésére törekcszenek.

Ami a műtét technikai részét illeti, a magunk részéről a gerinc-csatorna megnyitásokor legalább 4 csigolyáiv eltávolítását feltétlenül szükségesnek tartjuk. A chordotomiát ugyan különösen, ha csak féloldali átmetszést végzünk, el lehet végezni két csigolyáiv eltávolításával is, mint azt *Babtschin* is megemlíti, mégis tapasztalatunk szerint a gerincvelőnek a köteg átmetszéséhez szükséges megcsavarása sokkal biztosabban, az átmetszés maga pedig szabatosabban végezhető akkor, ha a gerincvelő nagyobb szakaszon fekszik szabadon. Eseteink közül kettőben a III., IV., V., VI., egyben a II., III., IV., V. csigolyáivet távolítottuk el és az átmetszést a IV.—VI. háti szegmentum magasságában végeztük. *Frazier* rekeszalatti fájdalmakkor a Gowers-kötegeket a 4. és 5. hátgyökök között vágja át és a szerzők kivétel nélkül a bemetszés helyéül a 4. és 7. háti szegmentumnak megfelelő területet választották. Általában figyelmeztetnek arra, hogy a bemetszést sem az 1. és 2. háti szegmentumnak megfelelőleg végezni nem szabad, mert ilyenkor egyrészt sérül a ciliospinalis központ, aminek Horner-syndroma lesz a következménye, másrészt szív-collapsus is fenyeget, mert a szív beidegzése ezekkel a központokkal áll összefüggésben. Kerüendő a 4. nyaki szegmentum is, mert ez viszont a nervus phrenicus bénulását vonhatja maga után. Ezzel szemben a Sovjetunióból származó közlemények szerint, amelyek a *Poljenow*-klinikára anyagáról számolnak be, a dorsalis 4—7. közötti átmetszésnek megvan az az előnye, hogy a műtét eredménytelensége esetén az eredeti metszés felett, utólag, a Gowers-kötegek akár újabb átmetszései is végezhetőek. *Poljenow* egy betegénél 3 különböző időben végzett műtétet, három helyen vágta át az anterolateralis köteget, amíg teljes fájdalommentességet ért el.

A műtét legfontosabb és egyúttal legkényesebb szakasza a gerincvelő megcsavarása és annak elülső felében haladó Gowers-kötegek átmetszése. A kemény burok megnyitása után a lágyburkokat kétoldalt tompán szétválasztjuk és igyekszünk a lig. denticulatumot felkeresni. Ha ez a szalag megvan, úgy azt a keményburokról leválasztjuk, s ezt megfogva, a gerincvelőt 90 fokban megcsavarjuk. Ez az eljárás kétségkívül a gerincvelőt a legbiztosabban rögzíti. Tabes esetén azonban a gerincvelő néha nagymértékben sorvadott és a lig. denticulatumok, mint azt egyik betegünkönél láttuk, teljesen hiányozhatnak. Ilyenkor a gerincvelő megcsavarása sokkal nehezebb. *Kirschner* ilyen esetekben a

gerincvelőt az egyik hátsó gyöknél fogja meg és úgy igyekszik azt az átmetszéshez szükséges helyzetbe hozni. A mi tapasztalataink szerint ez az eljárás nem vált be. Eltekintve attól, hogy *Stebbing*, *Koch* szerint ez az eljárás műtét utáni neuralgiáknak lehet okát, tabesnél a sorvadt hátsó gyöknél fogva a gerincvelőt megfelelőképpen megcsavarni és rögzíteni nem lehet. A ligamentum denticulatum hiányánál a magunk részéről úgy jártunk el, hogy a gerincvelő alá egy vékony gazecskit vezettünk. A csík hozzátapad a gerincvelő felületéhez és ennek következtében annak húzásával a gerincvelő kíméletesen megcsavarható különösen akkor, ha emellett még a gerincvelőt a lágyburoknál is megfogjuk és annak megcsavarását ilyen módon is elősegítjük. A megcsavarásakor a megfeszülő hátsó gyököket tanácsosabb átvágni, mert rendszeren azok úgy is elszakadnak, a kötegek átmetszését pedig megnehezítik. *Stebbing* a hátsó gyökök átmetszését már csak a műtét után hetekig fennálló, kínzó övfájdalmak elkerülésére is ajánlja; ez azonban a mi tapasztalatainkkal nem egyezik meg, mert egy-két érzőgyök átmetszése betegeinket ezektől a fájdalomtól nem mentesítette.

A gerincvelő megcsavarása után mindenekelőtt az anterolateralis kötegek helyzetéről kell tájékozódást szerezni és a bemetszés helyét kell pontosan megállapítanunk. Erre vonatkozólag három támpont áll rendelkezésünkre. Az egyik a lig. denticulatumnak a gerincvelőhöz való tapadási helye, másik az art. spinalis anterior, a harmadik pedig a gyököknek a gerincvelőbe való be-, illetve abból való kilépési helye. Ezen támpontok közül *Frazier*, *Péet*, *Lauwers*, *Puusepp* a lig. denticulatumhoz igazodnak és a bemetszést ezen szalag előtt végzik. *Babtschin* a bemetszés hátsó végének helyéül azt a pontot jelöli meg, amely a mellső és hátsó gyökök közötti távolság középpontjának felel meg. Innen kezdve körülbelül 3 mm-re vezet a metszést előrefelé, a mellső gyök tapadási helyéig. A Gowers-köteg átmetszésénél különösen arra kell ügyelni, hogy a metszés ne kerüljön túlságosan hátrafelé, mert ilyenkor megsérülhet a pyramis oldalköteg pályája és a fasciculus spinocerebellaris, aminek az ugyanazon oldali alsó végtag paresise lesz a következménye, esetleg hypotonia is a kisagyi pályák sérülése következtében (*Babtschin*). Viszont, ha túlságosan előrefelé vezettük a metszést, megsérülhet az elülső pyramis-pályája. Ennek a területnek a sérülése, éppenúgy, mint azon területé is, mely a Gowers-köteg és a mellső pyramis pályája között fekszik (tapintó, nyomásérzés), valamint az elülső szarvnak csekélyebb sérülése (I. Davis), a szerzők eddigi tapasztalatai szerint nem olyan veszélyes, különösen, ha a hátsó kötegek és az oldalsó pyramis-pályája sértetlenek maradtak, mindazonáltal ezek olyan nem kívánatos szövődeményt képeznek, amely mindenképen elkerülendő olyankor, ha a műtétet a tabesnek egy olyan alakjánál végezzük, amely a betegek mozgási szabadságát önmagában nem, vagy csak alig korlátozza. Az említett melléksérülések elkerülésére betegeinknél úgy jártunk el, hogy mindenekelőtt szemügyre vettük az art. spinalis anterior és a köteg átmetszését az arteriához igazodva végeztük. Megjéltünk a gerincvelőn azt a pontot, amely az arteriától 4 mm-re oldalfelé esik. Ez a pont közvetlenül, vagy legfeljebb 1 mm-re a mellső gyökök tapadási vonala mögött fekszik. Ezáltal, két ponthoz tartva magunkat, határoztuk meg a metszés elülső határát. Ez az eljárás sokkal megbízhatóbb, mintha kizárólag a mellső gyökökhöz igazodunk. A bemetszés hátsó pontjául azt a helyet választottuk, amely az említett ponttól legfeljebb 3 mm-re hátrafelé esik. Hullákon végzett kísérleteinkben ugyanis meggyőződünk arról, hogy a ligamentum denticulatum, amely a lágyburok két lemezéből tevődik össze, nem felel meg a gerincvelő haránt-tengelye vonalának, hanem az ettől hátrafelé tapad. A tapadási hely a gerincvelőn sem felel meg a műtét-

nél pontosan megállapítható vonalnak és ezért, ha kizárólag a ligamentum denticulatumhoz tartjuk magunkat, könnyen abba a hibába eshetünk, hogy az átmetszést túlságosan hátul végezzük. Műteteinkben ezenkívül mi is meggyőződünk arról, hogy a helyes technikával végzett chordotomiánál, a gerincvelőnek eredeti helyzetébe való visszahelyezése után, a gerincvelőn végzett metszésnek látszania nem szabad.

A bemetszés mélységét az egyes szerzők különbözőképpen határozták meg és általában annak minimális mélységét 2.5 mm-ben állapították meg. *Koch* szerint a bemetszés legfeljebb 3 mm mély lehet, míg *Babtschin* 3—3.5 mm mély bemetszéseket ajánl. *Horrox*, *Soson-Jaroschewitsch* betegeinél 4 mm mély bemetszésekre volt szükség a teljes fájdalommentesség elérésére. Betegeinken szerzett tapasztalataink szerint tabes esetén a bemetszés mélysége számszerűleg nem határozható meg. Ez elsősorban a gerincvelő állapotától függ, mely ha erősebben sorvadt, 2.5 mm-nél mélyebb bemetszést nem tanácsos végezni. Lehetséges, hogy ilyen módon a betegeknél nem fogunk teljes fájdalommentességet elérni, mert a Gowers-kötegeket tökéletlenül metszettük át, azonban ez az eljárás is a betegek fájdalmait annyira csökkenteni fogja, hogy az, — mint azt egyik betegünkön láttuk — azok munkaképességét évekre biztosíthatja. Tabes esetén magától érthetőleg kétoldali bemetszést kell végezni. Miután pedig az átmetszésen kívül, a környező idegszövet trauma okozta időleges működési zavarával is számolnunk kell, a második bemetszést mindig egy segmentummal magasabban, vagy mélyebben végeztük. A műtét technikai részére vonatkozólag meg akarjuk még említeni, hogy a Gowers-kötegek átmetszésének mindig belülről-kifelé kell történnie, mert ilyenképpen azok sokkal tökéletesebben metszhetők át és hogy maga az átmetszés különböző eszközökkel végezhető. Így Graefe-késsel, vagy a *Koch* által szerkesztett eszközzel, mely hegyesvégű vajtsondából, és ebben előretolható késből áll. *Poljenov* az általa módosított *Frazier*-féle chordotomot használja, míg magunk a műtétet hegyesvégű, hajlított tenotommal végeztük. Az anterolateralis kötegek körülöltésével, mint azt *Henle* ajánlotta, saját tapasztalataink nincsenek.

(Folytatjuk)

A Pesti Izraelita Hitközség Kórházai orr-, torok-, gégeosztályának közleménye. (Főorvos: Pollatschek Elemér egyetemi magántanár)

A gégerák műtéti és sugaras kezelése.*

Irta: *Pollatschek Elemér* egy. magántanár, oszt. főorvos.

Az utóbbi két évtizedben a rákstatistikákat tanulmányozva, nagyon különböző eredményeket találunk. A szerzők egy része, mint pl. *Wolff*, nem tud határozottan azon vélemény mellett állást foglalni, hogy a ráksectiók a háború után és az azt követő időben szaporodást mutatnának, mások, mint *Junghanns*, *Zalka* stb. kifejezett emelkedést látnak.

Sauerbruch néhány évvel ezelőtt Budapesten tartott előadásában határozottan megállapította, hogy a tüdőrák esetek az utóbbi években emelkednek. *Kenesseynek*, *Zalka* intézetében az utolsó két évötletben végzett statisztikai adatai (amelyekből csak az utolsó quinquennium 6700 boncolásának az eredménye áll rendelkezésemre) hasonlóan a tüdőrákok számának emelkedését mutatja. Ugyancsak emelkedőben van a gégecarcinomák száma is. *Lénárt*nak 1927-ben, az Orvosképzésben megjelent dolgozata szerint,

* Előadatott az Orvosi Nagyhat-on, 1934.

különféle statistikák alapján, a gégerák az összes rákeseteknek 0.65—0.80 %-át teszi ki. *Kenessey* statistikájában ezen százalékos mennyiség 1.766 %. Ez nem mondható túlnagy emelkedésnek és előttem hihetőnek tetszik az amerikai *Wellsnek Wolff Károly* által citált mondata: »A rák mindig ott jelentkezik legnagyobb számban, ahol jó orvosok, jó kórházak és megfelelő kórjelző segédeszközök vannak.« A tüdőrák szaporodásának okairól *Zalka* közölt részletes irodalmat, kellő kritikával ismertetve, vajjon a különféle ártalmak (influenza, maró gázok, a mindinkább szaporodó gépkocsik kipuffogó gázai, amint azt *Sauerbruch* is említette, táplálkozás stb.) után fellépő hámmetaplasziák képezik-e a bronchialis cc-k kiindulási helyét. Ugyancsak hasonló metaplasziákra gondolhatunk a gégeének hengerhámmal fedett részeiben is. Bizonyos az, hogy a gégerák diagnosisa sokkal könnyebb, mint a tüdőráké. Látjuk azt, hogy *Zalka* 80 esetében csak 21-szer volt helyes a kórisme. Hétszer pleura exsudatumot, hatszor mediastinalis daganatot, öt pleuradaganatot, háromszor agytumort állapítottak meg in vivo, míg 38 esetben a kórjelzés nem volt megfelelő.

A gégerákdiagnózis sokkal egyszerűbb; a tükörcépek jellegzetes elváltozásokat mutat, és a próbakimetszés, amely minden esetben elvégzendő, pontos diagnózist ad.

A próbaexcisiót illetőleg határozottan el kell fogadni *Lénárt* véleményét, aki az 1931-i sebész-nagygyűlésen hangsúlyozta, hogy minden aggodalommal szemben (áttéteképződés, jóindulatú daganatnak rosszindulatúvá alakulása stb.) feltétlenül el kell végezni. Fontosnak tartom azonban, amint azt akkor hozzászólásomban kifejeztem, ami különben általánosan elfogadott szabály is: ha a próbakimetszés eredménye pozitív, akkor a gyökeres műtétet 10 napon belül el kell végezni.

A gégerák gyógyításában, különösen az utóbbi években, a radicalis sebészi kezeléssel párhuzamosan, előtérbe került a sugaras kezelésnek bizonyos formája, úgyhogy célszerűnek láttam ezenirányú tapasztalataimat ismertetni és a sebészi és sugaras kezelés között párhuzamot vonni. Amint említettem, *Lénárt* részletesen ismertette 1931-ben a felső levegőutak rosszindulatú daganatainak sebészi kezelését, amely most általában annyira elfogadott, hogy különös új beavatkozásokról nem számolhatok be, csak saját tapasztalataimmal egészíthetem ki. Az utolsó nyolc évben végzett műtéteimet ismertetem, az előbbiekről már más alkalommal beszámoltam, és a műtéti eljárások és egyéni technikám javulásával az eredményeink is lényegesen jobbak és alkalmasabbak egy olyan eljárással való összehasonlításra, amely már ma is kitűnő eredményeket mutat fel és amelynek tökéletesedése feltétlenül várható.

Különféle palliatív műtétektől eltekintve (tracheotomia stb.), ezen idő alatt összesen 27 esetet operáltam. A műtétek közül 13 teljes exstirpatio mirigykiirtással és 14 thyreotomia. Az operált betegek valamennyien férfiak, nön gégecarcinomát ezidő alatt csak egyen észleltem, aki semmiféle beavatkozásba nem egyezett bele és nagyon nyomorultul pusztult el.

A műtéti javallat felállításában az általánosan ismert sebészi elvek alapján jártam el: olyan műtéti módot választani, amellyel minden kóros eltávolítható legyen. A hangszalagokon, vagy alattuk ülő daganat, bármilyen felületi kiterjedésű is, ha a mellső commissurát meg nem haladja, vagy bármilyen okból a hangszalag mozgékony-ságát nem zavarja, a gége megnyitásával gyökeresen operálható. A daganat kiterjedése határozza meg, hogy csak a pajzsporcot nyitjuk-e meg, vagy pedig a ligamentum conicumot és a gyűrűporcot is. Mindkét beavatkozás jó betekintést enged és egyszerűnek mondható. Nagyon fontos a daganat eltávolítása után a kellő vérzéscsillapítás. Gyakran meglehetősen erős parenchymás vérzés indul meg, amely a szokásos eljárásokkal csillapítható. Néha azonban szük-

seges, hogy egy-két aláöltést végezzünk, ami catgut-tel nagyon egyszerű és a legbiztosabb. Bármilyen száraz is a sebfelület, a géget mindig tamponáltuk Mikulitz-tamponnal, mert az irodalomban meglehetősen sok eset ismeretes, ahol a primaer elzárt gégeben keletkező utóvérzés pneumoniát okozott. A tamponálás idejére természetesen a légsőbe 3—8 napra canule-t helyezünk. Az eredmények nagyon jóknak mondhatók. A 14 eset közül egyetlen esetet vesztítettünk el. Ennél a műtét utáni este a tampon meglazult, vérzés állott be és a beteg néhány nap alatt tüdőgyulladásban meghalt. Két esetben kiújulás támadt, ami a gége teljes kiirtását tette szükségessé. A többi 11 operált ma is él és recidivamentes, a functionalis eredmények kitűnőnek mondhatók. A hangszalag helyén keletkező és annak színét és formáját utánozó heges köteg fonatiókor jól működik és a betegek hangja (kissé mély, érdes hang) mind társalgásra, mind telephozásra tökéletesen alkalmas.

Különös véletlen, hogy e nyolc év alatt a gége féldoldali kiirtását nem volt alkalmam végezni, de ezen beavatkozást is jónak tartom, azon alakban, amint azt *Gluck* és *Soerensen* kidolgozta.

A gége teljes kiirtása, ha azt az előzetes vizsgálatok szükségessé teszik, feltétlenül súlyos beavatkozás; de határozottan állíthatom, hogy a beteg kellő előkészítésével, megfelelő technikával végezve, és különösen a műtéttel egyfontosságú utókezeléssel, amint azt *Campion* az 1931-i nagygyűlésen nagyon helyesen hangsúlyozta, a *Gluck* és *Soerensen* eljárása szerint teljesen veszélytelennek mondható. A műtét előtt néhány dolgot szükségesnek tartok hangsúlyozni.

Minden beteg a műtét előtt három napon keresztül intravenásan calciumot kap. Tapasztalat szerint a calciumszint emelkedése a hörgők hurutját akadályozza és a pneumonia képződését is nehezíti a váladékozás csökkentésével. Tény az, hogy ezen beavatkozásnak a tüdők, illetve a hörgők részéről nincs lényeges műtét utáni kellemetlensége. Hogy a beteg előzetesen alapos belgyógyászati vizsgálaton megy keresztül, meg sem kell említenem.

A műtét a typosus *Gluck-Soerensen*-műtét, melyet ismertetni itt nem szándékozom. Úgyszintén főleg a praelaryngealis és jugularis mirigyek kiirtását stb. kiemelnem. Nem főleg azonban említeni, hogy a műtéti technika minden tekintetben fontos, mert a betegre nézve nem közömbös az, hogy helyi érzéstelenítés mellett a műtét tartama két-három óra-e, vagy öt-hat. Első műtéteimben előfordult, hogy egyik-másik elhúzódott, de azon esetekben, amelyekről beszámolok, a műtéti idő átlagosan 2.5 óra. A műtétkor minden zúzás kerülendő, a legpraecisebb vérzéscsillapítás elmulasztása stb. nagyban hátráltatja a gyógyulást. Talán ennek is tudható be, hogy utolsó 13 műtétem kapcsán műtéti halálozás (hat hetet számítva műtét után) nem volt. 1931-ben a *Lénárt* előadásához való hozzászólásomban a két ülésben való operálás hívének vallottam magamat. Azóta ezen álláspontomat megváltoztattam. Az okok, amelyek erről meggyőztek, a következők:

A beteg nem két, hanem csak egy beavatkozáson megy keresztül. A tracheotomiától az exstirpatióig tartó idő igen súlyos következményekkel járhat, mert a próbaexcisiótól eltelt idő lényegesen meghosszabbodik és az áttételek kifejlődésére több alkalom nyílik.

Hajek és a bécsi iskola azzal indokolja a két ülésben való műtétet, hogy a tracheotomia nyílása körüli összenövés a mediastinum fertőzését is megakadályozzák. Megfelelő varratokkal és drainage-zsal ezen súlyos szövődmény az egyidőben való műtétben is elkerülhető.

Az egyidőben való műtét tartama egyáltalán nem nagyobb és a trachea körüli hegek néha műtétkor kellemetlenségeket okozhatnak.

Operált betegek 1926—1934.

Műtétek száma	27	Műtéti halálozás	Recidiva	Jelenleg is él, panaszmentes
Thyreotomia	14	1	2	12
Totalexstirpatio	13	—	2*	10

*A beteg a műtét után négy hónappal erysipelasban †.

A 13 exstirpált közül kettőn történt kiújulás. Egy harmadik beteg a műtét után négy hónappal orbáncban pusztult el. A többi beteg ezidőszereint recidivamentes. Valamennyien elsajátították a bázisling levegővel megtöltése segítségével articuláló beszédet és foglalkozásukat végzik. Ezen utóbbi tényről azért hangsúlyozom, mert a nagy sebészi beavatkozásokkal szemben a sugaras kezelés hívei a gégekiirtást kiállott betegeket mint erősen torzított és egyéni képességeikben hátráltatott egyéneket tüntetik fel. Pedig ezek legnagyobb része tovább folytatja régi mesterségét, ha nem is minden foglalkozást. Az operáltak súlyban növekednek, étvágyuk, életkedvük javul, sőt van, aki oly tökéletesen sajátította el ezt a pótbeszédet, hogy magát telephónon jól meg tudja értetni. Műtéti eredményeimet talán kissé feltűnően hangsúlyozom is; szükségesnek tartom ezt azonban azért, hogy az összehasonlítást a röntgenkezeléssel szemben megtehessem.

A felső légutak röntgenkezelése csak a legutóbbi években fejlődött olyan módon, hogy mint radicalis gyógy-eljárás számba jöhet. *Ratkóczy* az 1931-i nagygyűlésen a gégerák röntgenkezelését csak futólag említi. Általában az volt a vélemény, és ez megegyezik személyes tapasztalataimmal is, hogy a felső légutak rosszindulatú daganatai közül a sarcomával elég jó eredményt érhetünk el, de a rákos daganatok röntgenkezelésével nem. Úgyhogy az operatív beavatkozással szemben nem is jöhetett számításba.

Az utóbbi évtizedben azonban olyan irányban történtek kísérletek, hogy lehetne-e a röntgenosis nagyságát emelni a besugárzott ép részek erősebb röntgensérülése nélkül. *Györgyi dr.* orvosegyesületi előadásában egy éve leírta azon methodus kifejlődését, amely a besugárzások idejének fractionálása és protrahálása által jelentékenyen nagyobb sugármennyiség alkalmazását teszi lehetővé. Ezen eljárás főleg *Coutard*, *Regaud*, *Schintz* és *Zuppinger* névéhez fűződik és általában *Coutard* neve alatt vonult be a gyógytanba, mint *protrahált fractionált* röntgenkezelés. A fractionálás a nagyobb sugármennyiség több ülésben való adagolását, a protrahálás pedig az egyes besugárzásoknak különféle beiktatások (nehéz fémszűrők, focustávolság növelése stb.) által való meghosszabbítását jelenti. Az eljárás különben még fejlődőben van és változik egyes szerzők, egyes esetek, sőt az illető intézetek helyi körülményei szerint is. Eseteinkben, amelyekről beszámolok, voltak kisebb methodikai eltérések. Jelenleg a következő eljárást követjük a besugárzásokkal: 40 cm focustávolság 0.5 mm Cu 1 mm alumíniumszűrő 180 K. V. 0.95 felező réteg, 3, illetve 6 M. A. terhelés, r. min. percenként 19.1 r. Naponta kétszáz r. megfelelő mezőnagyságban egészen az epidermiolysis (illetve radioepithelitis) beálltáig. Erre kb. 2600—2600, 3600—3600 r. volt szükséges. Ez volt az a sugármennyiség, amelynek behatása után megfelelő eredményt értünk el. Ennél nagyobb dosis alkalmazása felesleges.

Körtörténetek ismertetését természetesen mellőzöm. Csupán az esetek számát sorolom fel és az eredményekből való következtetéseimet ismertetem.

Besugároztunk:

- 1 eset sarcoma tonsillae,
- 4 » carcinoma tonsillae,
- 10 » cc. laryngis,
- 3 » status post exstirp. laryngis.

A sarcoma tonsillae 1933 áprilisban állott kezelés alatt, látszólag teljesen gyógyult, jelenleg is tünetmentes. A négy tonsilla cc. közül egy 80 éves férfinak tonsilla tumora, amely kiterjedelmű volt s csupán a tonsilla alsó harmadát foglalta el, a kezelés alatt gyorsan eltűnt, de két hónap múlva nem a tonsillán, hanem az erősen kifejlődött radioepithelitis helyén, a lágyszájpadon támadt kiújulás, amelyet még ezután fogunk további kezelésben részesíteni. A másik három eset, melyben a besugárzás óta négy hónap, illetve két év telt el, physikaliz vizsgáló eljárásokkal elváltozás nem található. Tudjuk, hogy a bizonyos nagyságot elérő tonsilla cc. operatív gyógykezelése nem kecsegtet túljó eredményekkel. Általában különféle szerzőket nézve, előfordul ugyan gyógyult eset (*Honsell*), de ritkán. Nagyon érdekes az esetek mérlegelésére *Schuhmacher* statistikája. 53 tonsilla cc. közül, melyeket klinikáján észlelt, inop. volt 22. E betegek betegségének tartama az első subj. jelenségek-től a haláláig 10 hónap. Hasonló adatokat látunk más szerzőknél. *Schuhmacher*nek 31 rad. operált betege közül a műtét utáni első 14 napon meghalt hat beteg. Más szerzőknél még rosszabb a statistika, általában 20—35% körül mozog. *Schuhmacher*nek a műtétet túlélő betegek közül a műtét utáni leghosszabb időt a 17 hónapig élt beteg érte meg.

Ha szembeállítjuk a műtéti eredményeket tonsilla carcinoma esetében a sugaras kezeléssel, illetve a *Coutard* módszere szerint kezeltelkkel, feltétlenül állíthatjuk, hogy az utóbbi határozottan több eredménnyel kecsegtet. A tonsilla cc. rad. műtéte feltétlenül nagy beavatkozás, a műtéti halálozás meglehetősen nagy és az életben maradtak élettartama feltűnően alacsony. Ezzel szemben a besugárzott betegekkkel elért eredmények jobbakk, az élettartamot és a recidivamentességet tekintve. Egyik betegem most, a besugárzás után 22 hónappal teljesen jól van és recidivamentes. Ez a beteg különben is érdekes. 74 éves, rajta kilenc évvel ezelőtt a bal hangszalag cc. epitheliale-je miatt thyreotomiát végeztem. Hét évig teljesen jól van. Két éve a bal tonsillán szövettanilag megállapított cc.-s tumor támadt, amely *Coutard* szerint besugározva, egy hónap alatt teljesen eltűnik és ma is recidivamentes.

A gégetumorokkal is nagyon szép eredményeket értünk el, de ezen eredmények a tonsilla cc.-nél elért eredmények mögött maradnak. Nem akarok a részletekbe bocsátkozni, de fel kell említenem azon sorrendet, amelyben szám szerint a gyógyulás gyakoriságát találtuk. Legszebb eredményt értünk el a *hangszalag elváltozásakor*, akár a *hangszalagon* ülők voltak, akár *subglottikusan* foglaltak helyet. Ez utóbbi körülményt azért hangsúlyozom, mert a subglottikus cc. kiújulásra is, áttétel képzésére is sokkal hajlamosabb.

Legfontosabb az a kérdés, miképpen viselkednek azok az esetek, amelyek vagy a legsúlyosabb beavatkozást, a gégekiirtást teszik szükségessé, vagy pedig túl vannak az operálhatóság határán. Két ilyen esetem volt. Az egyik masszív daganat a bal gégefélén a gégefél teljes mozdulatlan-ságával, légzési nehézséggel stb. Ezen esetben csak annyit értünk el, hogy a tumor kisebbé válván, a légzési nehézség megszűnt, de a tumor egyébként alig reagált és a beteg a besugárzás után négy hónapra meghalt. A másik eset egy meglehetősen kiterjedt, mindkét áhlangszalagon és a jobb

hangszalagon ülő exulcerált daganat. Ezen beteg teljesen makacsul viselkedett. Később tracheotomiára volt szükség és a beteg rövid idő alatt elpusztult. Ez a két beteg a még elvégezhető gyökeres műtétbe nem egyezett bele.

Sinus piriformis cc.-kat, minthogy a műtéttel meglehetősen nagy pharynx-nyálkahártya esnék áldozatul, nem szívesen operálok. Ezek valamivel jobban viselkednek, de teljesen gyógyult esetünk nem volt. Az *epiglottis laryngealis* felszínén ülő lapszerint meglehetősen kiterjedt, el nem szarusodott laphámrák 1932-ben besugározva ma is él, tünet- és recidivamentes.

Coutard szerint besugárzott betegek 1931—1934.

Betegség neve	Száma	Dosis*	Recidiva	Exitus	Javult	Változott	Teljesen jól van, tünetmentes
Sarcoma Tonsillae	1	3600 R	—	—	—	—	1
Cc. tonsillae	4	3000— 3600 R	1	—	—	—	3
Cc. laryngis	10	3000— 3600 R	—	—	3	2	5

* 40 cm focus $\frac{1}{2}$ mm Cu + 1 mm Al. szűrő, 180 K.V. 0.95 felezőréteg 3—6 M. A, terhelés r. min. 19.1 napi 200.

Összegezve az eredményeket, a 10 besugárzott gégerák közül teljesen gyógyult öt, javult három és változatlan volt kettő. Valamennyi gyógyult eset olyan volt, amely műtétre feltétlen meggyógyult volna. Az eredmény tehát az, hogy a súlyos vagy inop. esetekben a Coutard alkalmazásával legfeljebb javulást értünk el, holott éppen ezek azok, amelyekben a röntgenkezelés eredményét várjuk. Ezen eredmények alapján az operabilis eseteket még nem mernék sugaras kezelésre bízni. Kétségtelen, hogy a technika sokat javult és hiszek a további javulásban is. A műtéti eljárások (lehetnek azok a legradicalisabbak is) mortalitása a legkisebbre csökkent és a tartós eredmények nagy száma azt mutatja, hogy nagyon sok esetben a gyógyulás végleges. Legidősebb exstirpáltam 15 éve teljesen panasz- és recidivamentes. Ezzel szemben a besugárzások után eltelt idő olyan rövid, hogy ebben a tekintetben nem mondhatunk végleges véleményt.

Hinsberg és Epstein közöltek összehasonlító eredményeket és kétségtelenül elismerik a sugaras kezelés kedvező hatását, de félnék a késői röntgensérülésektől (Spätschädigung). Eseteinkben, eltekintve a feltétlenül jelentkező epidermiolysistól és epithelitistól, semmi ilyen tünetet nem találunk. A nyálkahártya reakciója igen kínos a betegeknek, és voltak olyan betegek, akik még a kezelés befejezése után 3—4 hétig is sokat szenvedtek. Különösen a fájdalmakat kellett csillapítani. Legjobban bevált 3—4 %-os anaesthesin-emulsió kanalanként való adagolása belsőleg. A szárazság ellen elegendő volt valamely bevonó alkalmazása. Pilocarpint adni nem volt alkalmunk. Szép eredményt láttam a röntgenkater ellen novalgin, transpulmin, 20 %-os intravenás dextrose adagolásától.

Meg kell még említenem, hogy azon exstirpált betegeknek, akiknek a jugularisuk mellett láthatóan beteg mirigyek voltak, mirigyeit kiirtottuk és az utókezelés alatt coutardoztuk a kiújulás elkerülésére. Eddigi eredményeink ezen tekintetben is biztatók.

Végre megkísérlem összeállítani azokat a megfigyeléseket, amelyeket a besugárzásokkor nézőpontként tekintbe vehetünk.

I. A cc. sejtek faját tekintetbe véve, a próbaexcisio nagyon kevés felvilágosítást nyújt azok sugárérzékenység-

gére nézve. Eseteinkben azt figyelhettük meg, hogy azok, amelyekben feltűnően sok mitosist látunk, sugárérzékenyebbek mutatkoznak. Már *Bergonnié-Tribondeau*, *Arndt*, *Schultz* megállapították a cariokinetikus indexet. *Holthusen*, *Holzkecht* megállapították, hogy kevésbé érzékeny daganatok időnként érzékenyebbé válnak. A fractionált besugárzás hosszabb ideje alatt ugyanis több és több sejtet találunk a mitosis szakában és a sugárérzékenység ezáltal jelentékenyen növekszik.

2. Az elváltozás helye szerint legerősebben a tonsillán lévő daganatok, azután a hangszalagok subglottikus tér és epiglottis tumorok reagálnak a besugárzásra. A sinus piriformis tumorokon jelentékeny megkisebbedést értünk el, míg a massiv daganatok esetében, amelyek az egész gégefelet elfoglalták és a perichondriumot is átnőtték, alig látunk eredményt. Kifekélyesedett, fertőzött daganatok esetén támogathatjuk a besugárzás hatását az erős csiraölő-hatású acridin és anilin származékokkal, melyek közül mi a tripaflavin-től annak permetben történő alkalmazásától láttunk szép eredményeket, a másodlagos fertőzés leküzdése révén.

3. Feltétlenül szerepet játszik a betegnek és tumornak olyan individualis tulajdonság-csoportozata, melyből alig ismerünk valamit és amelyet tovább kell tanulmányozni. Bizonyos, hogy nagyon öreg egyénekben a besugárzás eredménye kevésbé kielégítő.

Kétségtelen, hogy a röntgenkezelés mai formája is lényegesen közelebb visz bennünket a cc.-k gyógyításában a sajnos, még mindig nem elért célhoz. De ma még azt kell mondanunk, hogy az idejében elénk kerülő, az operabilitás határait meg nem haladó esetek gyökeres gyógyszere a sebész kése. Az inoperabilis cc.-k enyhítése számára azonban feltétlenül leghasznosabb gyógyszerünk a sugaras kezelés.

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

Oncoticus nyomás és savbázisegyensúly sublimatmérgezésben.

Irták: Róth Imre dr. és Szent-Györgyi Nándor dr.

A higanymérgezések következtében támadó vesebetegségek a toxikus nephropathiák azon csoportját alkotják, melyet *Munk* felosztása szerint necrotizáló nephrosis-nak neveznek s ennek prototypusa a sublimatnephrosis. Régen ismeretes ezen nephrosisoknak az a sajátossága, hogy általában vizenyők nélkül zajlanak le, jóllehet legnagyobb részük a vízenyagcsere igen nagyfokú zavarával jár. Vizenyő még akkor sem szokott jelentkezni, ha anuria következik be.

A vizenyőtlenesség a sublimat nephrosisok feltűnő sajátossága, azonban vannak olyan észlelések, melyek oedemáról számolnak be (*Volhard*, *Karvonen*, *Ascoli*, *Gorke* és *Töppich*, *Heim*, *Stukovskis*, *Iversen*). Az észlelt esetek nagy számához képest ezek kivételnek tekinthetők.

A kellőképpen ismert renalis elváltozások nem szolgáltattak megfelelő alapot ezen feltűnő jelenség megmagyarázására. Az eddig ismert extrarenalis folyamatok szintén nem járultak hozzá a kérdés megvilágításához. A következőkben leírt két betegészlelés kapcsán sikerült olyan mozzanatokot találni, melyek alkalmasak az oedemamentességnek legalább is részbeli megmagyarázására.

I. V. S. 18 éves leány, 1933 V. 6-án került észlelésünk alá. Kilenc napja 3-szor 0.5 gr sublimatpasztillát vett be. Kevés idővel utána gyomormosás. Azóta majdnem mindent kihány; hasmenése nincs. Vizeletét illetőleg semmi változást nem vett észre. Dereka és feje fáj. A beteg meglehetősen jó állapotban, saját lábán jött be a klinikára. Halvány, vérszegény külsejű nőbeteg, inyen mindenütt vérzések, erős szájbűz. Oedemái sehol nincsenek. Pulsus percenként 92,

ütemes, könnyen elnyomható. Vérnyomás: 125—80 Hg. mm. Sensorium tiszta. Igen élénk patella inflexek, bal lábon patella és lábfejclonus. Egyéb elváltozást nem találtunk. Spontán vizelete nincsen; a katheterrel nyert 40 ccm vizelet fajsúlya 1018, vegyhatása savi, benne albumen + + + +, sacharum negatív, urobilinogen normális. Üledékben látóterenként 6—8 vörös, 10—14 fehérvérsejt, 1—1 kerek vesehámsajt. Test hőmérséke 36 C fok. 2,980.000 erythrocyta, 76% haemoglobin, 11.400 leucocyta. Qualitativ vérképe lényeges eltolódást nem mutat. Vörösvérsejtsüllyedés félóra alatt 30 mm, egy óra alatt 63 mm. Klinikai megfigyelésünk az V. 13-án bekövetkezett halálig terjedt; a lefolyás fontosabb adatait csak röviden közöljük. V. 6—7-én oliguria, 40—70 ccm vizelet, albumen mennyisége $\frac{3}{4}\%$, az üledékben található alakelemek változatlanul megvannak. A peroralisan bevitt folyadékot kihányja, miért is i. v. dextroset, subcutan konyhasós infúziót adunk. V. 8. vizelet már 400 ccm, fehérje Esbach szerint $\frac{1}{2}\%$, $\frac{9}{100}$ üledékben igen sok hyalin, 1—1 szemcsés cylinder. Vérnyomás 145—90 Hg mm. — V. 9-én vizeletmennyiség 700 ccm, RR. 150—95 Hg mm. — Ezen a napon 3-szor véres hasmenés. V. 10-én vizeletmennyiség 700 ccm, fehérje $\frac{1}{2}\%$, RR. 135—90 Hg mm, 5-ször véres szék. V. 11. vizelet 1100 ccm, fajsúlya 1012, albumen csökkent, Esbach szerint már nem mérhető, hasmenés megszűnt. Testhőmérsék 38 C fok, pulsus 110, könnyen elnyomható. Estefelé collapsus. V. 12-én vizelet 500 ccm, benne albumen éppen hogy kimutatható, sedimentum változatlan. RR. 90—60 Hg mm. — Pulsus igen szapora, többibben collabál, láz 38-8 C fok. V. 13-án testhőmérsék 39 C fok, pulsus 120, majdnem üres, délután exitus. Ezen a napon 200 ccm vizeletet ürít spontán. A testsúly az észlelési idő alatt 44 kg-ról 41.50-re csökkent.

A vérre vonatkozó chemiai értékek a következők: serumrefractio 1,3514 Maradék nitrogén 368 mgr %. chlor 213 mgr %. natriumchlorid 351 mgr %. Fagyáspontcsökkenés — 0.78 C fok. A serum elektromos vezetőképessége kb. rendes. Érthetővé teszi ezt az a tény, hogy úgy mint némely vese-insufficienciában, ezen esetben is az achloridok, tehát a nem vezetők elektrolitok koncentrációja nőtt meg. (*Viola*). A hypochloroemiát konyhasóval sikerül részben megszüntetni (V. 7.). V. 8. chlor 294 mgr %, NaCl 485 mgr %, maradék nitrogén 276 mgr %. V. 11. chlor 344 mgr %, NaCl 567 mgr %, maradék N 394 mgr %. A vizeletben található klórmennyiség ennek megfelelően igen alacsony, 0.30—0.38 gr %. V. 8-án, amely napon az egész vizeletmennyiség 400 ccm, elvégezzük a *Mc.Clure* és *Aldrich*-féle intracutan »quadli«-próbát. Az intracutan beadott konyhasó 35 perc alatt szívódik fel, ugyanannyi idő alatt, mint a normális egyénnél. V. 9-én a vérplasma fehérjefracciónit nephelometrián meghatározzuk. A vérplasma refractiója 1,3482, mely megfelel 6.98% fehérjetartalomnak. Ebből

Albumin :	73.4% = 5.12%
Pseudoglobulin :	14.6% = 1.11%
Euglobulin :	1.5%
Fibrinogen :	10.5% = 0.75%

Ph : 7.79 (Hirudin plasmában).

II. K. J. 19 éves leány, 1934 IV. 8-án vétetik fel a klinikára. Előző nap fél borospohárnyi, halványvörös sublimatoldatot ivott. Az oldat erőssége ismeretlen, a bevett mennyiséget rögtön kihányja. Utána $\frac{3}{4}$ liter tejet itatnak vele, majd félóra múlva gyomormosás. Azóta állandóan hány, szájában fémíz érez, többször volt hasmenése és erőltetése. 24 órája nem vizelt. A jól fejlett és közepesen táplált beteg mindkét vesetáján és az epigastriumban erős nyomásérzékenység. A beteg láztalan, pulsusa 96, vérnyomása 120—70 Hg mm. — Oedemák sehol nem találhatók. Az idegrendszer részéről eltérés nincsen. A felvétel napján, ellentétben a beteg bemon-dásával, kb. 300 ccm vizeletet ürít önként. A vizelet fajsúlya 1012, vegyhatása lúgos, benne fehérje sulfosalicylsavval éppen, hogy kimutatható, geny, cukor nincsen. Urobilinogen normális. Üledékben látóterenként 2—3 vörös, valamivel több fehér vérsejt. Vörös vérsejtsüllyedés félóra alatt 8 mm, egy óra alatt 15 mm. Egész nap hányingere van, többször hány is. A nap folyamán 4—5-ször hasmenés. A székletben vérrrel kevert nyálkacafatok. A klinikán a beteg IV. 13-ig marad, mikor is hozzátartozói hazaszállítják. Otthonról nyert értesülés szerint az exitus IV. 15-én következett be. Az egyes napokról a kórtörténet feljegyzései a következőképpen számolnak be.

IV. 9. alig pár ccm vizelet, úgyhogy benne csak fehérje vizsgálható, mely ezen a napon már igen bőven van (+ + + +). Testsúly 45 kg. I. v. és subcutan kb. 1 liter folyadékot kap, dextrose és physiologiás konyhasó formájában. Többször hány. Széke nincs, vizenyők továbbra sem mutathatók ki. IV. 10. Spontán vizelet nem volt, kathéterezés útján kb. 5 ccm vizelet nyerhető, melyben igen sok fehérje, az üledékben 10—15 vörös vérsejt, látóterenként 1—2 fehér vérsejt. Testsúly 1 kg-mal nő (46 kg). Oedemák nem mutathatók ki. Többször hány, hasmenés nincs. A folyadékbevitel továbbra is parenteralisan történik, a beteg naponta többször vesediathermiát kap. Vérnyomás 120—80 Hg mm. — IV. 11. igen rossz közérzet, állandó hányás. Végtagjaiban s az arc izomzatában tonusos clorosos görcsök. Psyche zavart. Látása romlik; egész nap alig 5 ccm vizelet, vérnyomás 120—80 Hg mm, testsúly 46.70 kg. — Szemészeti vizsgálat: mindkét papilla a normálnál valamivel halványabb. IV. 12. vizeletmennyiség kb. 5 ccm, benne igen sok fehérje, üledék, mint előző napon. Vérnyomás 120—80 Hg mm. — Testsúly 46.80 kg. IV. 13. éjjel igen erős görcsök, úgyhogy morphiumot kell adunk, psyche erősen zavart. Teljes anuria, állandó hányás. Testsúly 46.8 kg. Vérnyomás 120—80 Hg mm.

A vérre vonatkozó adatok a következők: IV. 10. Serumrefractio 1,3452, maradék-nitrogén 170 mgr %, chlor 234 mgr %, natrium-chlorid 386 mgr %. A serum elektromos vezetőképessége ugyanúgy, mint az első esetben, normális. Vénnyomás 8 cm H₂O. A plasma fehérjefractio ugyancsak nephelometrián meghatározva, a következő értékeket adják:

Albumin :	69.2% = 5.32%
Pseudoglobulin :	24.95% = 1.94%
Euglobulin :	0.29%
Fibrinogen :	5.56% = 0.42%

A Hirudin-plasma refractioja 1,3493, amely 7.7% összfehérjének felel meg. A *Mc.Clure* és *Aldrich* szerint elvégzett intracutan »quadli«-próba eredménye egy óra, azon a napon, melyen a testsúly az előző napihoz viszonyítva már egy kg-mal nőtt. IV. 13. Serum refractio 1,3451, maradék N 239 mgr %, chlor 209 mgr %, NaCl 345 mgr %. A plasma fehérje fractio ezen a napon a következőképpen alakulnak:

Albumin :	57.37% = 4.41%
Pseudoglobulin :	31.84% = 2.52%
Euglobulin :	0.91%
Fibrinogen :	9.88% = 0.76%

A plasma összfehérjetartalma ugyancsak a refractiokból kiszámítva, teljesen változatlan: 7.7%. Ph.: 7.76 (Hirudin-plasma). A plasma bikarbonátartalma *Holló* és *Weisz* szerint meghatározva 76.16 vol. %. Az intracutan adott konyhasó felszívódási ideje változatlanul egy óra.

Ezen két esetünkben mindenekelőtt a fehérje fractiok viselkedése az, mellyel foglalkoznunk kell, annál is inkább, mert sublimat-nephrosisban ilyen irányú vizsgálatok mindeideig nem történtek, amint azt *Korányi* is mondja könyvében s amiről alkalmunk volt az erre vonatkozó irodalom áttanulmányozása alapján magunknak is meggyőződni.

A fehérjefracciónok változását vizsgálták már a higanyos diureticumokkal kapcsolatban. Így *Engel* és *Epstein* novasurollal végzett kísérleteikben a fibrinogenfractio csökkenését észlelték.

A plasma fehérje-fractionok megváltozását nephroticus vizenyőben a mérhető legjelentősebb extrarenalis tényezők egyikének kell tekintenünk, mint amelyik a folyadékvándorlást a vér és szövetek között, ennek következményeképpen az oedema keletkezését döntően befolyásolja. Többen kimutatták, hogy a plasma kolloidon-coticus nyomása vesebetegségekben csökkent; az oncoticus nyomás csökkenése annál nagyobb, minél kifejezettebb a vizenyő. A fehérje-fractionoknak az oncoticus nyomással való szoros összefüggése pedig bebizonyítottnak tekinthető. *Rusznák*, *Kollert* és *Starlinger* kísérletei kétségtelenül bebizonyították, hogy a vérplasma fibrinogen-tartalma oedemában növekedett, amiből szükségképpen következik,

hogy egy ilyen plasmának oncoticus nyomása kisebb lesz, mert a fibrinogennek oncoticus nyomása nincsen. Az oedemaképződés mérhető tényezője a plasma fehérje-fractiontól függő oncoticus nyomáson kívül még a vénanyomás; ezzel szemben a kapillárisok átteresztőképessége, habár az vizenyőkészlethez kísérletileg igazoltnak látszik, mérőmódszernek egyelőre hozzáférhetetlen.

Ezen újabb megismert összefüggéseket, melyek a *Korányi*-iskola vizsgálatain alapulnak (*Rusznayk—Barát—Kürthy, Farkas*), tekintjük kiindulási alapul az általunk felvetett probléma megvilágítására.

Áttekinthetőség kedvéért alanti táblázatban összeállítottuk mégegyszer a *fehérje-fractionokat*, a *kolloidoncoticus nyomást* és a *vénanyomást*.

Beteg	Relat. Absol.		Relat. Absol.		Relat. Absol.		POK Vénanyomás
	Albumin	Globulin	Fibrinogen	Fibrinogen	Fibrinogen	Fibrinogen	
V. S.	73.4	5.12	16.1	1.11	10.5	0.75	37 —
K. I.	69.2	5.32	25.24	1.94	5.56	0.42	41 8 cm
I.							
K. I.	57.37	4.41	32.75	2.52	9.88	0.76	36 H ₂ O.
II.							

Ami az általunk használt methodikákat illeti, a fehérje-fractionok meghatározása nephelometrián történt. A kolloidoncoticus nyomás meghatározását nem mérés útján végeztük, mely klinikai használatra meglehetősen körülményes, hanem azt a fehérje-fractionokból számítottuk ki. A számítás alapjául *Farkas* adatai szolgáltak, melyek szerint 1% albuminnak 6.8, 1% globulinnak pedig 2.5 cm H₂O kolloidoncoticus nyomás felel meg. A vénanyomás mérése — az első esetben külső okok miatt nem volt keresztülvihető — *Moritz—Tabora* szerint történt.

A kolloidoncoticus nyomásnak számítással való meghatározása a plasma fehérje-fractionokból, amint azt *Farkas* erre vonatkozó kísérletei bizonyítják, megfelelő és pontos értéket ad. *Farkas* összehasonlította a direkt mérés és számítás útján talált kolloidoncoticus nyomásokat egymással. Az ilyen módon előállt különbségek nem haladják meg a direkt oncometria hibahatárait. *Gowarts* hasonló vizsgálatai alapján valamelyest eltérő értékeket ad meg; szerinte 1% albuminnak 7.54, 1% globulinnak pedig 1.95 cm H₂O felel meg. *Elias* és *Goldstein* saját elgondolásaik alapján módosított számítás útján a mért és számított értékeket szintén egyezőnek találják.

Az első betegen a fehérje-fractionokat egyizben határoztuk meg, mégpedig a mérgezést követő 12. napon, mely napon a diuresis aránylag elég jó volt (700 ccm vizelet). Vizenyői természetesen nem voltak. A plazma fehérje-fractionok kiskokú eltolódást mutatnak mind a finom disperzitású albumin, mind a durva disperzitású fibrinogen-fraction felé. A fibrinogen-fraction megnövekedése azonban korántsem olyan fokú, mint azt egyéb vesebetegségekben, különösen pedig nephrosisekban találni szoktuk. A kolloidoncoticus nyomás ennek megfelelően 37 H₂O cm. A második betegen kétizben történt meghatározás. Elsőizben három nappal a mérgezés után, teljesen anuriás állapotban, a testsúly nő, oedemái nincsenek. A fibrinogen-fraction értéke a rendes felső határát alig valamivel haladja meg, a többi fractionok szintén a szabályos értékek határain belül maradnak. A kolloidoncoticus nyomás 41 cm. Második izben három nappal később, a halál bekövetkezése előtt két nappal. A beteg továbbra is anuriás, testsúlya tovább nőtt, vizenyők ugyancsak hiányoznak. A fibrinogen-fraction valamivel magasabb értéket mutat, kb. olyan koncentrációjú, mint volt az első beteg esetében ugyancsak a végső időben; az első meghatározáshoz képest szaporodott a globulin-fraction is. Kolloidoncoticus nyomás 36 cm, megegyező az első esetben talált kolloidoncoticus nyomással. Mindkét esetben tehát a plasma kolloidoncoticus nyomása rendes. Ismeretes, hogy *Korányi, Farkas* kísérleti adatai alapján törvényszerű összefüggést állapított meg a vizenyőképződés két fő tényezője, a plasma kolloidoncoticus nyomása és a vénanyomás között. Ezen tör-

vényszerű kapcsolat érzékeltetésére egy koordináta-rendszer szerkesztett, melynek abszcissáján az oncoticus nyomás, ordinátáján pedig a vénanyomás van feltüntetve. A különböző oedemás és nem oedemás eseteket a megfelelő helyekre berajzolva, kitűnt, hogy a vizenyővel járó és vizenyő nélküli esetek meglehetősen szorosan összetartozó területeken helyezkednek el a koordináta-rendszerben; az oedemával járó eseteket tartalmazó területet egy ún. kritikus zóna választja el az oedema nélkül járó esetektől. Ha eseteinket ezen koordináta-rendszerbe be akarjuk illeszteni, akkor a második eset a plasma oncoticus nyomása és a vénanyomás alapján a kritikus zóna alá eső oedemamentes esetek mezejébe kerül. Az első esetben, sajnos, a vénanyomás nem határozott meg. Minden okunk megvan azonban annak feltételezésére, hogy az nem különbözhetett lényegesen a másodikétól, mely esetben az szintén a kritikus zóna alá eső mezőbe tartozik.

Sublimatnephrosisekben tehát a plasma oncoticus nyomása a mérgezés különböző szakában is rendes. Ha figyelembe vesszük emellett még azt a tényt is, hogy az Aldrich és Mc. Clure szerint intradermálisan adott konyhasó felszívódási ideje az oedemaképzés hiányát mutatja, továbbá hogy normális a vénanyomás is: azt mondhatjuk, hogy sublimatnephrosisekben a vizenyő létrejöttének leglényegesebb extrarenalis tényezői hiányoznak.

Itt kell említenünk *P. Meyer* kísérleteit, ki a plasma kolloidoncoticus nyomásváltozásait vizsgálta salyrgan diuresis alatt. Kísérletei szerint a kolloidoncoticus nyomás, mely kezdetben csökken, a diuresis megindulása után a kiindulási érték fölé emelkedik. A kolloidoncoticus nyomást az in vitro hozzáadott salyrgan nem befolyásolja.

A sublimatnephrosis extrarenalis tényezői sajátosságuknál fogva annyira elütnek a többi nephropathiában találtaktól, hogy *Volhard* egy »második« betegségről beszél, mely a vese állapotával már alig hozható kapcsolatba.

Eseteinkkel kapcsolatban csak röviden óhajtunk kitérni a már ismételten leírt hypochloroemiára, mely sajátos módon csak a sublimatnephrosis okozta anuriában található, ellentétben minden egyéb renalis ok miatt létrejött anuriával. Mindezen megfigyelések még nagyrészt abból az időből valók, midőn a hypochloroemiás uraemia (*Blum*) fogalma legalább is mai értelmezésében még nem merült fel. Ezen uraemiafajta létrejöttét különbözőképpen magyarázzák. A *Blum* nyomán leírt esetek közül elsőnek *Porges* hangsúlyozza a szakadatlan hányás pathogenetikai fontosságát, tekintve, hogy hypochloroemiás uraemia létrejöhet renalis functiozavar nélkül is. Egyedül a chlorvesztességgel azonban nem magyarázható meg. A sublimatnephrosisekben mindig megtalálható hypochloroemiás uraemia talán alkalmas basis volna a kérdés közelebbi megvilágítására.

Tárgyalnunk kell ellenben azt a feltűnő jelenséget, hogy mindkét leírt esetünkben a vérben *alkalosis* találtunk. Az első esetben a vér Ph-ja 7.79, a másodikban 7.76 volt. (Electrometriás meghatározás hirudinplasmában.)

A vesebeteggekben támadó alkalosis kérdése mind a mai napig tisztázatlan. Vannak kevésszámú észlelések, melyek vesebeteggek tetaniás görcséről és *Chwostek-tünetéről* számolnak be, tehát olyan zavarokról, melyek keletkezéséhez alkalosis szükséges. Ugyancsak zavart szenvedhet a vese alkali kiválasztása is bizonyos vesemegbetegedésekben. Higanymérgezeteknél írnak le tetaniás görcsöket; az ezt kiváltó decompensált alkalosis a hányás miatt bekövetkezett chlorvesztességnek tulajdonítják.

Első esetünkben csak a Ph, míg második esetünkben a Ph mellett a plasma bicarbonat is meghatározott. Jóllehet, már az első betegben talált Ph érték — 7.79 — igazi alkalosis mutat, a második betegben talált Ph — 7.76 — az igen magas bicarbonatconcentratio mellett — 76.16 vol. % — igazi alkalosis és hyperkapniát fejez ki.

A vér actualis reactiója, alkalitartaléka és a légzőközpont tevékenysége közötti összefüggés vesebeteggeken *Straub* és *Meier* kísérletei révén kapott kellő magyarázatot. *Straub*

és Meier a vesebetegeken tapasztalható különböző dyspnoekben meghatározták a vér actualis reactióját, mégpedig közvetett úton, az arteriás vér szénsavkötő képességéből (kötött bicarbonat) és az alveolaris levegő CO_2 tenziójából a Hasselbalch-formula szerint. E meghatározások alapján kitűnt, hogy a vér actualis reactiója lehet normális, ha a plasma csökkent CO_2 kötőképességét — hypokapniát — a tüdő hyperventillációja révén az alveolaris CO_2 tenzio megfelelő csökkenése pótolja. A vér actualis reactiója lehet savi, ha hypokapniánál a hyperventillatio kimarad és ilyen módon az alveolaris szénsavtenzio nem csökken megfelelő mértékben, hogy a hypokapniát compensálni tudja (haematogen dyspnoe, uraemiás dyspnoe). Az actualis reactio lehet végül lúgos; a tüdő túlzott hyperventillációja az alveolaris szénsavtenziót igen erősen megcsökkenti, anélkül, hogy a CO_2 kötőképesség is csökkenne. Ez mutathat eukapniát, sőt hyperkapniás értékeket is. (A «hypertoniások cerebriális asthmája.») Straub és Meier sublimatmérgezésben maximalis transmineralisatiót találnak. Anuriás állapotban Na, Cl és HCO_3 vándorol a vérből a szövetekbe, míg a reparáló polyuriás szakban ugyanezen ionok visszavándorlása mutatható ki. Egy hosszú időn keresztül észlelt sublimatmérgezeten mármmost azt találták, hogy a vér H. koncentrációja igen nagy ingadozásokat mutat és a légzőközpont arra irányuló törekvése, hogy a vér reactióját állandóan megtartsa, igen hiányos, ami kitűnik abból, hogy az alveolaris szénsavtenzio értéke nem követi a plasma bicarbonat változásait. Anuriás állapotban hypokapnia támad, miután alkalia vándorol a vérből a szövetekbe; a vér actualis reactiója ebben az állapotban savi (Ph. 7.27), miután az alveolaris szénsavtenzio továbbra is magas marad. A polyuria megindultával nagymennyiségű alkalia vándorol vissza a szövetekből a vérbe, hyperkapnia áll elő, melyet, miután a légzőcentrum hibás alkalmazkodása nem tud compensálni, a vér actualis reactiója lúgos lesz (Ph. 7.51). A savbasis-egyensúly eme zavarát histiogennek jelölik, melynek oka az electrolyt vándorlásban rejlik.

Straub és Meier, mint leglúgosabb Ph. értéket 7.51-t találtak; a mi Ph. értékünk ennél alacsonyabb. A két érték a módszerek különbözősége miatt nem hasonlítható össze, jóllehet a Hasselbalch-formula szerint számított Ph.-nak kellene alkalikusabbnak lenni (Holló és Weisz).

Straub és Meier felfogása alkalmas a sublimatnephrosiban általunk is kimutatott alkalosis, továbbá az alkalosis mellett meglévő hyperkapnia megértésére. Mindkét beteg ténylegesen dyspnoes volt. Első betegünkön az alkalotikus reactiót valóban akkor találtuk, midőn a diuresis már megindult, a második beteg viszont ebben az időpontban nagyjában anuriás volt. Az ellentmondás oka egyelőre nem deríthető ki. A sublimatnephrosiban talált igazi alkalosist mindenestre igazolt tényként kell elfogadnunk.

Összefoglalás: Sublimatnephrosiban a plasma fehérje fractioi durvább eltolódást nem mutatnak; a fibrinogen fractio kis fokban növekedett. A plasma kolloidoncolicus nyomása normális, úgyszintén a venanyomás is. Az oedema létrejöttének extrarenalis feltételei tehát hiányoznak. Az intracutan adott konyhasó felszívódási ideje szintén normális. Sublimatnephrosis esetén a vérben igazi alkalosis mutatható ki.

Irodalom: Munk: Z. Klin. Med. 78. 1—2. — Gorke és Töppich: Z. Klin. Med. 92. 1921. — Karvonen, Ascoli, Heim, Stukovskis, Iversen: id. Volhard in v. Bergman-Staehelin Hbch. d. inn. Med. 6 k. II. — Engel—Epstein: Erg. inn. Med. 1931. — Kollert—Starlinger: Z. Klin. Med. 97. 1923. 2870. 99. 1924. 4260. — Rusznyák—Baráth—Kürthy: Z. Klin. Med. 98. 1924. 3370. — Farkas: Z. exp. Med. 50. 1926. 410. 53. 1927. 666. — Govaerts: id. Korányi. — Elias—Goldstein: Z. exp. Med. 82. 1932. 757. — P. Meyer: Z. Klin. Med. 116. 1931. 174. — Blum, Grabar, Gaulert: Presse med. 89. 1928. 1411. — Porges: Wien. Arch. inn. Med. 5. 1923. 499. Kl. Wschr. 5. 1932. 186. Gesell. f. Verd. u. Stoff. Wien, 1927. — Straub—Meier: Dtsch. Arch. Klin. Med. 138. 1922. 208. Dtsch. med. Wschr. 1925. I. 642. — Holló—Weisz: M. O. A. 25. 1924. 307. 25. 1924. 209.

Az Irgalmas-rend budapesti kórháza szemészeti osztályának közleménye.

Gyógyult szempemphigus eset.

Irta: Fésűs Andor dr. főorvos.

Ismeretes, hogy a szempemphigus prognosist általában a legsúlyosabbnak, gyógyítását pedig teljesen kilátástalannak tartják. E körülmény, valamint az, hogy a hazai szemész-irodalomban alig néhány régen közölt pemphigus esetre leltem, késztet betegem ismertetésére. (A 80-as években Somogyi, id. Csapody, majd id. Imre, 90-ben Neupauer és 1902-ben boldogult elődöm, Barlay ismertetett I—I esetet.)

A klimaxon túlevő 58 éves nőnek balszemén két éve enyhe hurut támadt; orvosoltatta magát többhelyütt, de állapota tovább súlyosbodott s baja csakhamar jobbszemén is jelentkezett. Trachomásként kezelték $\frac{3}{4}$ évig, míg be nem került egyik kiváló szakintézetünkbe, ahol már pemphigusnak minősítve, három hónapig ápoltattott. Az így eltelt kb. egy év alatt a beteg megvizsgálása minden irányban többízben teljes alapossággal megtörtént s negatívnak bizonyult; a szokásos megfelelő helyi kezelés mellett általános kezelésről (Ca inj.) is történt gondoskodás; a beteg állapota mégis tovább rosszabbodott. A beteg kórházi rendelésen ötnegyed évvel ezelőtt jelentkezett; eleinte mint bejárót kezeltem, nemsokára azonban osztályomra felvettem, ahol majd három hónapot töltött. Felvételkor: mindkét szem fénykerülő, izgatott, szüntelen pislogó; a jobb alsó szemhéj befordulás, a pillaszőrsor közepe a szemtekét könnyedén súrolja; az alsó áthajlás a külső zug felé szinte eltűnt, egyebütt erősen rövidült, zsírfénnyel fénylő, hűsvörös, vaskosan heges; a tekei kötőhártya a dús véréngességtől vöröslő, a felső szemhéji és tarsalis kötőhártya hűsvörös, hegektől átszőtt és hypertrophiás szigetektől tarkított s köztük I—I elkülönített kis kendermagnyi felületes repedt hólyagocskák és illetőleg nyomán támadt anyaghiány; a jobbszem egyébként ép. Baloldalt a szemhéjak állása rendes; az alsó áthajlás mint jobboldalt; a kötőhártya felül ugyancsak azonos; a bulbaris conjunctiva a dús pericornealis és ciliaris belőveltség-től vöröslök; a szaruhártya egészében beszűrődött, applánált; száraz, zsírfényű, felületes kikopású vaskos forradások borítják, melyek közé ércacsok nőttek be; a mögöttes részek alig, a pupilla szűknek sejtethető.

Visus: j. 50/0; b. kézmozgás látás.

A balszem sorsa tehát — quo ad visum — már eldőlt volt s így legfőbb törekvésem a jobbszem, különösen corneájának megóvása lett. Első dolgom volt a mechanikai izgalmat megszüntetni: a jobb alsó szemhéj befordulását Gaillard-Arlt-varratokkal egyensúlyoztam, mire a jobbszem izgatottsága jelentékenyen csökkent, majd három hét múlva az entropiumot Kreiker-Isaak szerint szájnálkahártyacsíknak a külső $\frac{2}{3}$ hosszának megfelelően történt széli beültetésével megszüntettem. A bal szemrés $\frac{2}{3}$ -ának Bossalino szerinti időleges összevarrása a balszem állapotán mitsem változtatott. Mindezek közben a szemek kötőhártyái lényegében változatlan állapotban maradtak, nyúlós sárgásszürke váladékot termeltek; minduntalan itt-ott egy-egy újabb kisebb-nagyobb hólyag jelent meg, gyorsan felszakadt, majd nagyon renyhén hegesedett; de a folyamat a jobb corneára nem terjedt rá. (Egyízben a lágyszájpadon támadt egy hólyag, de ez nem volt pemphigusos, csak műfogorhiba okozta, hamar és nyomtalanul begyógyult, másik nem követte.) E chronikus szakban sorra próbált általános gyógymódoknak semmi hatását nem észleltük. A feltételezett kóroki factorok szerint sorjában rendszeresen alkalmaztunk injectióban calciumot, acetylcholin-készítményeket; keltettünk lázakat tejjel, intra-

venás typhus-szal; adtunk germanint (Bayerék 205-ös praeparatum, melyet egyesek a bőrpemphigus specificumának tartottak); próbálkoztunk gynergen, hogival, glanduantin befecskendezésekkel egyaránt; alkalmaztunk röntgenbesugárzásokat; minden hiába! Ekkor, kéthónapi kezelés után, ez idült állapotot hirtelen felváltotta — amitől rettegtünk — egy súlyos fellobbanás. A roham mindkét oldalon egyidejűleg támadt. Reggelre a szemhéjak kékes-vörösek lettek, feszesen oly mértékben megduzzadtak, hogy a szemréseket szétfeszíteni alig lehetett; a jobb szaruhártya alsó felében mély, sűrű beszűródés támadt, felülete durván szurkált lett, középtájt jókora friss kifeléyesedéssel; a bal cornea vaszkosra beszűródött pannosus. A kötőhártyák felszakadt hólyagok nyomán sebesen lehámózódtak; helyenként pontszerű vérzések; a szemrésekből bőven ürült szennyes, nyálkás, saprophytáktól eltekintve bakteriologiailag negatív váladék és összecsapzódva leöködött hámcsatok. Másnapra a folyamat csak annyiból változott, hogy a szemhéjak bőrén is hamarosan felszakadó hólyagok támadtak; e közben 39° körüli lázak. Az egész kép igen élénken emlékeztetett orbáncra, de a részarányos fellépés és a pemphigusos hólyagok félreismerhetetlenül megadták az elkülönítés előfeltételeit; a kitörés után két nappal a jobbszem látása mindössze 1/0 volt.

E helyzet teremtette kétségbeesés küszöbén támadt az a gondolatom, hogy a bizonyos bőrbetegségekben (dermatitis herpetiformis) Poór prof. részéről ajánlott konyhasós infúziókkal próbálkozzam. A beteg tehát kapott naponta intravenásan 100—120 cm³ physiologikus konyhasóoldatot; másnapra a folyamat már megállt, két nap múlva a duzzanat nagyrészt lelohadt, harmadnapra a beteg lázталanná, a váladékozás csekélyé vált; negyednapra a szemhéjak duzzanata egészen eltűnt, a bőr hámosodó, a kötőhártya hegesedő, a cornea feltisztulófélben; ötödnapra tiszta könnyezés a jobbszemen s a cornealis fekély behámosodott, Visus már 6/0! A folyamat ily rohamos visszafejlődése után a befecskendezéseket másodnaponként, majd hetenként kétszer, később egyszer adtuk, végül háromhetenként egyet; összesen 16-ot anélkül, hogy vele a betegnek csekély borzongáson kívül egyéb kellemetlenséget okoztunk volna; csupán egy ízben volt enyhe collapsusa, hidegrázással és lázzal, amit valami véletlen tisztátalanságnak tulajdonítanék. A beteg a heveny kitörést kiállván, csakhamar hazament; azonban kezelésünk, illetőleg ellenőrzésünk alatt maradt. Azóta eltelt zavartalanul egy teljes év. A szemek nem izgatottak, a szemhéjak rendes állásúak, az enyhén beforduló bal alsó kivételével; a kötőhártyák hegesek, hiány, hólyag rajtuk nem mutatkozik (a jobbszemen szinte megtevesztően megnyugodott heges trachoma képére emlékeztetnek); a jobb szaruhártyahomály tovább tisztult, jelenleg halvány, >30/0-nyi a visus; presbyop üveggel Csapody IV -et olvas; még a xeroticus bal cornea is némileg tisztult.

A beteget egyébként mi is minden irányban átvizsgáltuk (bel-, nő-, fog-, orrgyógyászat, anyagcsere, endokrinologia, serologia), de semmi kórosat nem találtunk, kivéve a hajszálerekre vonatkozó vizsgálatot, melyet Mészáros Károly dr. tanársegéd volt szíves elvégezni. Szerinte a capillarmikroskopos kép testszerre vasomotoros neurosisra utaló elváltozást mutat; a capillarisk csavarodott lefutásúak, stasis váltakozik lassú áramlással; a betegnek vasomotoros neurosispanaszai vannak (kéz-szibbadás, gyerekkor óta kiújuló lábujjfagyások).

A szempemphigust elsőnek White Cooper írta le 1858-ban. Azóta vagy 30 szerző részéről nem sokkal több, mint 100 eset került közlésre. Darier 40 évi működése során hármat észlelt, Guibert és illetőleg Posey szerint az előfordulás 1:10.—80.000. Míg régebben éppen gyér előfordulása miatt a pemphigus klinikai képe nem volt kialakított, már az egyéni subjectiv megítélések különbözősége folytán sem

(Kries, illetőleg Graefe mint külön kórképet említi az «essentialis kötőhártyaszugorodást»), addig manapság, több adattal és oldalról megvilágítva, a pemphigus kórképe teljes. Csoportosítása lehelyesebbnek mutatkozik a *Constans* szerinti felosztásban. E szerint megkülönböztetünk I. általános pemphigust (bőrön, kötőhártyákon, szemén egyaránt), II. primaer bőrpemphigust másodlagos szemfolyamattal kapcsolatban, és III. primaer szempemphigust. (Utóbbi alig 10%-ot képvisel.) A lefolyás acut, chronicus, vagy e kettő váltakozása. A pemphigus jellegzetességei a kötőhártya és szaru már pislogásra is felrepedő sub- sőt intraepithelialis hólyagok, melyek nyomán hegesedés támad; a corneát az esetek kb. felében érinti beszűródés, pannus, renyhe fekélyesedés, átfúródás, leukoma, corneoblepharon változatokban.

Mind a bőr-, mind a szempemphigus eredete tisztázatlan. *Castello* toxikus, *infectiosus* és ideg eshetőségeket vet fel. *Prochazka* a capillarisk működési zavara mellett érvényesülő streptococcustoxinra gondol. *Fonrobert* az autonóm idegrendszer és az endokrin-mirigyek zavarát feltételezi. Ő, valamint *Balbi* és *Ravalico* konyhasóretentiót találtak pemphigusosokban; rendes chloraemia mellett alterált, csökkent vízkiválasztást. Az irodalmi adatok összevetésekor feltűnt nekem, hogy noha mindkét nembeliek, fiataloknál és öregeknél előfordul pemphigus, mégis az esetek jórészt a klimaktériumba átjutott nőbetegek adják ki. A közlemények legtöbbje csak körleírásra szorítkozik, míg a pemphigus terapiájára vonatkozóan bámulatosan kevés adatot találtam és semmi biztatót, noha mechanikailag és gyógyszeresen, helyileg és általánosan alkalmazott különféle szerekkel történtek próbálkozások (salvarsan, hg, as, saját vér és serum, terpentin, vas, sőt könnymirigykészítmények). Corneális folyamat feltartóztatásáról alig néhány szerző tesz említést; *Terrien* olykor transzplantatiótól látott némi eredményt, *Guibert* polyvalens serumnak tulajdonítja egy esetben a folyamat megállítását. Összefoglaló áttekintést adó szerzők szerint (*Clausen, Franke, Römer, Albrich, Schieck*) pedig a pemphigussal szemben tehetetlenek vagyunk.

A magam részéről a pemphigus esetén endokrinzavarra gondolok, melyben a hajszálerek alteráltsága, főként permeabilitásuk zavara jut érvényre; a következményes táplálási elégtelenség epithelialis elhalást, majd xerost okoz. Ily elgondolásba beilleszthető volna a sejttevékenységre alteratív hatással bíró konyhasós infúziók szerepe, annak analogiájára, hogy tapasztalat szerint a hajszálerek zavara okozta betegségekben (arteriitis obliterans, scleroderma) konyhasóoldatok jó hatásúnak bizonyulnak.

Esetem ritkaságát és érdekességét abban vélem látni, 1. hogy primaer és még hozzá corneális szövődményű szempemphigus, 2. hogy iskolapéldája a kórkép és lefolyás változatainak s 3. hogy szemészetben eddig még be nem vezetett orvoslás révén a még hozzá corneális pemphigus-folyamat feltartóztatását, javulását, sőt gyógyulását sikerült elérni.

A budapesti Bábaképző Intézet közleménye (igazgató. Burger Károly c. rk. tanár).

A medence kimenet mérésére szolgáló eszköz.

Irta: Végh Lajos dr. tanársegéd.

A szűkmedencés szülés észlelése, ellenőrzése és vezetése a szülész legnehezebb feladatai közé tartozik. A szűkmedencék tana azért foglalkoztatta régtől fogva az orvost világot, hogy kialakult és tapasztalatokban lesűrődött javallatok és beavatkozások alapján oldhassa meg a felmerülő nehézségeket. Sajnos azonban, az ilyen szülések

kezelésének nincs egységesen kialakult módja és javallata. Ennek oka az, hogy a tájékozódásunkhoz szükséges, pontosnak hirdetett és vélt segédeszközök, a medencemérők, csak megközelítő értéket adnak s így nem nyújtanak biztosságot a szülés pontos körjósására. Ez érthető is, mert hiszen három tényezőnek együttes összehangolódása adja meg a szülés eredőjét. Ezek: 1. a medence alakja, anatómiai méretei, 2. a fej nagysága és alakuló képessége, 3. a szülőtevékenység minősége. Éppen ezért elfogadjuk *Sellheim* »functionális diagnosztika«-jának létjogosultságát, eredményes használhatóságát, de követendő elvnek tartjuk *Martin*-nak azt a mondását is, hogy »a szülés nehézségeit megbecsülni nem szabad anélkül, hogy medencemérésekkel a medence nagyságáról és alakjáról ne tájékozódnánk«. Ha nem is feltétlenül mértékadóak ezek a méretek, olyan lehetőségekre figyelmeztetnek bennünket, amelyeknek idejekorán való felismerése és az arra irányuló készülődés a szülőnőnek és magzatának egyaránt nagy segítségére lehet. Különösen fontos ez akkor, ha a medence a kimenetben szűk, mert ilyenkor a téraránytalanság megítélése nem egyszer csak akkor lesz nyilvánvaló, amidőn a szülés megoldása a természetes szülőutak elkerülésével már fokozott veszélyt és kétséges eredményt jelent.

A kimenetben szűk medencék kérdése eléggé elhanyagolt, pedig az üregi és kimeneti szűkület bizonyos medencefajtáknál nagy százalékban fordul elő. *Martin* 5%-ban, *Busch* 17,8%-ban, *Schauta* 5,9%-ban, *Frankenhausär* 13%-ban talált a kimenetben szűkebb medencét. A szülés szempontjából ezek a kimeneti szűkületek nem kedvezőek és a legtöbb esetben orvosi beavatkozást tesznek szükségessé. Szerzők egész sora (*Seitz*, *Jaschke*, *Schumacher*) hívta fel a figyelmet arra, hogy a forgási vagy tartási rendellenességek, mint a mély harántállás, fejtető és hátsó koponyatartás ezen medencealakulatnak mechanikus akadályt létesítő következménye.

A medencekimenet mérésének történetében csak röviden kiemelkedőbb jelenségekre utalnék. A legelterjedtebb módszer *Breisky*-é volt (1870). Ezt használják legáltalánosabban még most is, ha egyáltalán mérik a kimenetet. Mivel ezek külső átmérők, tehát bizonytalanok, mert a csontok, valamint a lágyszövetek vastagsága teljesen egyéni. *Breisky* 8 mm.-nek mérte hullában a keresztcsont csúcsának vastagságát s így a lágyszövetek vastagságát is tekintetbe véve, a külső egyenes átmérőből átlagértéket véve alapul, 1,5 cm-t számított le. A haránt átmérőt felhúzott, széttárt combok mellett mérte. Az így könnyen tapinthatóvá vált üllőgumók belső peremére helyezte és jó mélyen benyomta a körzősátrak két végpontját. Ilyenkor az e helyen különben sem vaskos lágyszövetek összenyomatnak s ezért ebből a méretből *Breisky* nem is számított le semmit. Ő már akkor említette a haránt átmérő közepétől a lig. arcuatumig futó egyenes (sagitalis anterior) fontosságát, de erre vonatkozólag bővebb adatokat nem közölt. Más szerzők a kimenet egyenes átmérőjének mérésére ujjal való mérést ajánlottak, amint azt a bemeneti egyenes átmérő meghatározásakor tesszük. Azonban az anatómiai helyzet miatt ez sokkal nehezkesebb s ezért ma már alig használják.

A dist. tub. isch. mérésére *Chanteruil* később *Stoecker* és vele egyidőben *Frankenhausär* csaknem ugyanazon eljárást írták le. Térd-könyök helyzetben, vagy medencéjével párnán elhelyezett asszonyban mutató-, illetőleg hüvelykujjal kitapintott üllőgumók távolságát mérték *Baudeloque*-mérővel. A lágyszövetek vastagságát csak ott vették tekintetbe, ahol a kitapintás nehezkés volt, ezek vaskossága miatt. Megbízhatatlannak bizonyult ugyancsak a *Schröder*-féle eljárás is, amely a kitapintott üllőgumók belső szélét a bőrön dermographfal jelöli és így méri le aztán a bőrön húzott vonalközi távolságot.

A külső méretekkel szemben az ú. n. angol módszer,

a belső mérés került szóba (*Naegle*, *Braun*, *Ritgen*, *Schwartz* és *Krause*). A szeméremrésbe vezetett két ujjal széttárás után felkeresték az üllőgumók belső felületét és az ujjakat széttárt állapotban kihúzza, mérték külső felületük távolságát. *Birnbaum*, *Stein*, *Hoehning*, stb. a *Busch* által 1849-ben leírt ujjszélességgel mérő methodust használták. Tehát annyi ujjat vezettek a hüvelybe, amennyi elfért a két üllőgumó között. Az ujjakat kihúzza, lemérték azok szélességét. Ez leginkább igen nagyfokú szűkület esetén volt lehetséges. *Charpentier* a külső mérést belső méréssel kötötte össze abból a célból, hogy a lágyszövetkülönbségeket meghatározza. Térd-könyök helyzetben tatóngó szeméremrés mellett lemérte kívülről az üllőgumók távolságát, a leírt helyet festékkel megjelölte, majd a hüvelyben kereste fel az üllőgumót és a *Depaul*-féle mérő egyik végét a tapintóujj védelme mellett, a belsőleg tapintott tub. ischiire, a másik végét a másik oldal festékkel jelzett helyére helyezte. A két méret különbsége adta a lágyszövet vastagságát.

Ezen próbálkozások mellett, ami alig jelentette a hibaforrások kiküszöbölését, egy lényeges és alapvető dolgot nem vettek figyelembe. Bár már *Breisky* írt a fent említett saját. ant. átmérő méréséről és *Champney* már 1884-ben azt mondja, hogy sem a haránt, sem pedig az egyenes átmérő nem lényeges feltétele a szülés lehetőségének, mégis még 11 év telt el addig, míg 1895-ben *Klien* felhívta a figyelmét arra, hogy az egyenes és haránt átmérő sem külön-külön, sem összesítve nem adja a kimenet valódi térfogatát. *Klien*-nek ez a megállapítása gyakorlati eredményre vezetett. A kimenetet modellben úgy konstruálta meg, mint két egymáson nyugvó kúpot, melyeknek alapja a dist. tub. ischiin nyugszik és egyforma széles. Az egyiknek csúcsa a lig. arcuatum közepe, a másiké pedig az os sacrum vége. Ennek mérésére olyan műszert szerkesztett, amellyel egyrészt az üllőgumók távolságát, másrészt a távolság közepétől felfelé a lig. arcuatumig, lefelé pedig az os sacrum csúcsáig terjedő távolságot, az ú. n. sagitalis anterior és sagitalis posterior tudta mérni a régi egyenes átmérő helyett. A méretek alapján bonyolult trigonometriai eljárásokkal kiszámította a kúpok nagyságát, szögeit és megszerkesztette a kimenet térfogatát. *Klien* eljárását csaknem két évtizeddel később amerikai szülészek, *Williams* és *Thoms* elevenítették fel ismét és azóta mint a legmegbízhatóbb és legalaposabb eljárást használják.

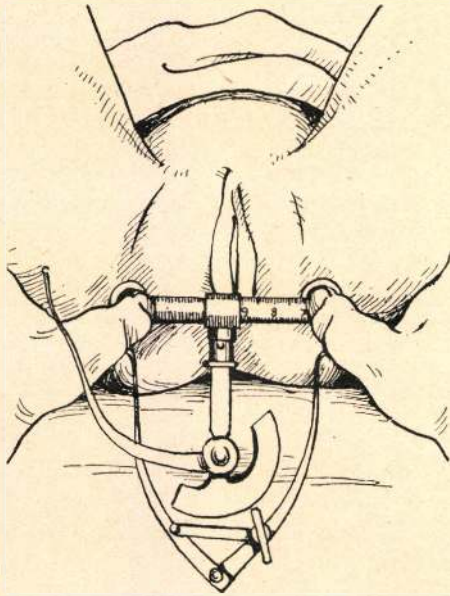
A kimenetnek ilyen fajta mérése tehát azon alapszik, hogy a kimenetet nem egy síknak tekintjük, hanem anatómiai alakjának megfelelően két síkkal határozzuk meg. Az egyik sík a szeméremív felhágó ágain nyugszik, a másik helyzetét a két üllőgumó és a keresztcsont csúcsa adja. Ez a két sík egymással bizonyos, egyéni módon változó szög alatt találkozik, így a kimenetet meghatározó átmérőket is ezekben a síkokban kell felvenni. Amíg a kimeneti haránt átmérő a két sík egyenesben — találkozásánál jelzi, addig a régi egyenes átmérő nem felel meg a kimenet síkjának s azért nem egészen mértékadó a medencekimenet meghatározásában. A *Klien* által leírt sag. ant. és sag. post. átmérőket kell tehát mérnünk.

Sellheim felfogása [szerint a fej megszületésének lehetősége egyrészt annak nagyságától, másrészt alakuló képességétől és a felhágó szeméremágak állásától függ. Minél kisebb szög alatt találkoznak a felhágó szeméremágak, annál lejjebb kell nyomulni a fejnek, hogy kimeneten keresztül haladhasson, mert a tarkó nem fér el közvetlenül a szeméremízület alatt, hanem addig kell lejjebb nyomulnia, amíg a szeméremágak olyan távolságban vannak egymástól, hogy köztük a koponya nagy harántátmérője elfér. Ha már most a harántátmérő közepétől a keresztcsont csúcsáig futó egyenes elég nagy, akkor az előbb említett okok miatt a hátrafelé nyomuló fej kigördülhet; ha ez a tá-

volság kicsi, akkor a fej a kimenetben megakad, mivel hátranyomulását a keresztcsont csúcsa, esetleg már a hajlata megakadályozza. Világos tehát, hogy az egyenes átmérő mértéke nem ad kellő útbaigazítást a kimenet valódi nagyságáról, mert hosszú szeméremágak esetén, amikor azok hegyesszögben találkoznak, az egyenes átmérő rendes nagy, vagy annál nagyobb is lehet, s a kimenet mégis szűknek bizonyul ahhoz, hogy a fej megszülethessen.

A haránt átmérő egymagában szintén nem nyújthat biztos értéket a fej kigördülésének lehetőségére vonatkozólag, — ha csak abszolút szűkületről nincs szó — mert a haránt átmérőtől hátrafelé a keresztcsont csúcsáig terjedő terület az, amelynek a fej kigördülésekor legnagyobb szerep jut. *Williams* 5.5 cm haránt átmérő mellett is látott már szülést, amidőn természetesen a haránt átmérő közepétől a keresztcsont csúcsáig terjedő ú. n. sagitalis post. kellő nagyságú volt. (Esetében 10 cm.) *Williams* és *Thoms* mintegy 6000 asszonyon mérte a kimenetet ezzel a módszerrel és azt találták, hogy a medence kimenete nem képez szülési akadályt akkor, ha a haránt átmérő megrövidülésével arányban a sag. post. meghosszabbodott.

A medencekimenet helyes megítélésére tehát a haránt átmérőt és az ú. n. mellső és hátsó egyenest kell meghatározunk. Ezeknek mérésére *Klien*, illetve *Thoms* eszközét módosítottam abból a célból, hogy egyrészt a hibaforrások kisebbek legyenek, másrészt, hogy a méréseket segéd nélkül is végezhesük. Ez azért fontos, mert ezek elterjedését éppen az akadályozta, hogy velük a mérés csak segítséggel volt végezhető.



Amint látható, a mérést hanyatfekvő terheseken a hashoz addukált combok mellett végeztük. Ilyenkor ugyanis az ülőgumók jól kidomborodnak s könnyen tapinthatók. A haránt átmérő le mérésére szolgáló kihúzó csövön milliméter jelzések vannak. A cső két végét kengyel alakú, az ülőgumók domborulatának megfelelő homorú talpacskákkal láttam el. Így a kengyelbe dugott hüvelykujjunknak kiálló végével tapintani tudjuk az ülőgumókat. Az ülőgumók meglehetősen laposak, hátrafelé pedig az os ischiü irányában meglehetősen egyenes vonalban folytatódnak. Így, ha a kengyelbe dugott hüvelykujjunkkal az ülőgumók belső felületét kitapintottuk és ehhez a kengyelek talpacskáit nekitámasztjuk, esetleges elmozdulásuk a leírt anatómiai alak alapján csak egyenes pályán történhet úgy, hogy legfeljebb parányi eltérés lehet az egyes mérések között, ami gyakorlatilag elhanyagolható. A kihúzott csövön a harántátmérő pontos méreteit leolvashatjuk. Most az eszközt a rögzítő szár csavaros készülékével ebben a helyzet-

ben rögzítjük és a kis körzővel, amelynek csuklója a haránt átmérő csövén szabadon mozoghat, középre húzás után lemérjük az egyenes átmérő mellső és hátsó részét. A haránt átmérő lemérésekor *Breisky*, *Williams*, stb. szerint nem tekintünk a lágyrészek vastagságára, különösen akkor, ha csak a terhesség VIII. hónapja után végezzük a méréseket, amikor a szövetek lazábbak, jobban összenyomhatók. A sag. post. értékéből azonban a keresztcsont vastagságát levonjuk, amely az általánosan elfogadott tapasztalat szerint 1 cm körül mozog.

A budapesti Bábaképző Intézetben 1933 évi júniusától mérjük ezzel a módszerrel a medence kimenetét teljes megelégedésünkre. Részletesebben a közeljövőben fogunk beszámolni, azonban eddigi tapasztalataink alapján mondhatjuk, hogy a leírt eszközzel való mérés jó szolgálatot tesz a szülés prognózisának felállításában.

Irodalom: 1. *Klien*: Sammlung Klinisch. Vorträge. B. VI. — 2. *Klien*: Monatschr. f. Gyn. B. II. — 3. *Halban-Seitz*: Biologie u. Path. des Weibes B. VIII. — 4. *Stoekel*: Szülészeti tankönyve. — 5. *Williams*: Obstetrics.

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

A rejtett szívelégtelenség vizsgálata.

Irta: *Soóky Erzsébet dr.*

A rejtett szívelégtelenség kimutatása már régi törekvése az orvosoknak. Ezt a célt a legkülönbözőbb eljárásokkal próbálták elérni. A szerzők hosszú sora a keringés megromlásának különböző korai jeleit kereste a mindennapi élet közben, vagy meghatározott testi munka után. Az utóbbi időben az elektrocardiographiai vizsgálatokon kívül az érdeklődés különösen ama módszerek felé irányult, amelyek esetleges rejtett vízretentiót igyekeztek kimutatni, mint a keringés romlásának egyik korai tünetét. Alábbiakban ama vizsgálatokról számolok be, amelyeket az ú. n. *Kauffmann*- és *Gönczy*-féle próbák gyakorlati használhatósága céljából végeztünk.

Kauffmann abból indult ki, hogy a szív gyengülése, kifáradása a véráramlás lassúbbodását idézi elő, aminek következtében először rejtett, majd nagyobb elégtelenség esetén látható vizenyő jelenik meg. Így arra a gondolatra jutott, hogy a betegnek oly helyzetet ad, amely javítja a hydrostatikai viszonyokat, megszünteti a keringészavart, kiüríti és ezzel kimutatja a rejtett vizenyőt.

A vizsgálat kivitelének módja, melyet mi is követtünk, az, hogy a vizsgálandó egyén vízszintes helyzetben, ágynyugalomban reggel 7 órától kezdve éhgyomorral óránként kap 150 ccm vizet vagy teát. 11 órakor az alsó ágyvéget fatuskókkal 20 cm magasra felpolcoljuk s így marad a beteg 2 órán keresztül, elnyújtott kísérletben 3 órán át. A vizeletet az egész vizsgálat alatt óránként külön üvegekben gyűjtjük. Minden vizeletrészletnek megmérjük a mennyiségét, fajsúlyát, meghatározzuk a konyhasó százalékos és abszolút értékét, mert a vizeletmennyiség növekedésével csökken a fajsúly és szaporodik a NaCl abszolút mennyisége.

Positív a próba, tehát rejtett vizenyőre utal, ha a felpolcolás utáni vizeletmennyiség középértéke 100, de legalább 50%-kal több, mint a négyórás előszakasz vizeletmennyiségeinek középátlaga. A szerző vizsgálatai szerint a felpolcolás utáni diuresis minden szívelégtelenségben szaporodik, ahol rejtett vizenyő van. Súlyosan decompensált, erősen vizenyős betegek fokozott vizeletválasztása elmarad. Egészségesek diuresise az ágyvég fel emelésére nem változott meg, vagy még inkább csökkent.

Kaufmann megállapításait sokan elfogadták, de elég sokan vannak olyanok is, akik a próba hasznavethetetlen-

ségét állítják. Többek közül *Zimmermann* és *Siebeck* szerint a *Kauffmann*-próba nagyfokú különbözősége, valamint önkényesen magyarázható volta miatt bizonyító erővel nem bír. *Dimtza* sebési esetei kapcsán a többi klinikai módszer mellett és a beteg általános állapotának megfigyelése után feltételeken értékesíthetőnek mondja. *Frey*, *Torday*, *Ruff*, *Starlinger*, *Richter*, *Ruttkay* és még sokan mások azt az álláspontot képviselik, hogy műtéti javallat felállításakor jól használható segédeszköz, mert ha a próba negatív volt, műtét alatt és után szívdzavarokat alig észleltek. Positív esetben a beteget megfelelő szívtherápiával készítették elő a műtetre s így a szív részéről fenyegető zavarokat ugyancsak kiküszöbölhették.

Ezek a viták adták a gondolatot arra, hogy összehasonlítsuk *Kauffmann* diuresis kísérletét a *Gönczy*-féle vizsgálattal, ama szempontból, hogy melyik eljárás nyújt pontosabb felvilágosítást a szívbeteg állapotáról.

A *Kauffmann*-féle eljárással összes eseteinkben párhuzamosan végeztük a *Gönczy*-féle szívfunctió vizsgálatot is. Ennek lényege az, hogy egészséges egyének vizeletmennyisége a felvett folyadékmennyiséggel arányos. Ha a szívet valami ártalom éri és működése romlik, akkor bizonyos határon túl előáll a vízkiválasztás zavara, retentio támad, aminek kimutatható jele a testsúly nappali kóros megnövekedése lesz. A testsúly napi ingadozásának mérését reggeli előtt nyolc órakor és vacsora előtt hat órakor végezte, hogy a beteg táplálkozásának befolyását, amennyire lehetséges, elkerülje, hogy tisztán a napi munka után annak következményeképpen előállt testsúlygyarapodást észlelhessen. A vizsgálati napon a beteg két órát sétál délelőtt és két órát délután. Az alapétrend sőtlan, de külön kap a beteg 4 g sót az ebédhez, 4 g sót a vacsorához. Rejtett szív-elégtelenségre mutat a próba akkor, ha a napi testsúly-növekedés 1 kg vagy annál több. A vizsgálatot eseteinkben három napon keresztül végeztük. *Gönczy* leír olyan eseteket is, ahol a próbát fokozatosan emelkedő idejű sétával több napon keresztül végezte abból a célból, hogy a beteg munkaképességéről mértéket kapjon és a beteg otthoni szív munkáját ily módon szabályozhassa. A háromnapos próba alapján aszerint, hogy a testsúly miként viselkedik, következtetést von le a szív alkalmazkodó képességére, a szívizom állapotára. A szerző szerint vannak betegek, akik az első napon pozitív a próba, mert a napi testsúlyingadozás 1 kg vagy annál több, a második, harmadik napon a próba negatív. Ezekben az esetekben csak a szív alkalmazkodási képessége gyenge és gyakorlatra van szüksége, hogy bizonyos munkát elbíron. Ahol a próba csak a második vagy harmadik napon lesz pozitív, ott már szívizombajra gondol. Azokban az esetekben, ahol a testsúly mind a három napon egymásután növekszik, előrehaladott szívizomelfajulást tételez fel, ezek a betegek nagyon közel vannak a decompensatiohoz.

A párhuzamos vizsgálatot 32 betegen végeztük el. Közülük 10-en súlyos decompensatióval jelentkeztek a klinikán. A többi 22 beteg változó időtartam óta fennálló munkadyspnoeról, időnkénti szívdobogásról, esetleg kisfokú szív táji fájdalomról panaszkodott. A decompensált betegeken természetesen csak akkor végeztük el a vizsgálatokat, amikor kezelésünkre klinikailag már látszólag a compensatio szakába jutottak. A többi betegen 1—2 napi ágynyugalom után panaszmentes állapotban, a compensatio vagy az esetleges rejtett decompensatio állapotában.

A 32 esetből 7-ben mindkét eljárással egyezően negatív eredményt kaptunk. Decompensatióra utaló tüneteket ezekben az esetekben nem találtunk, a negatív eredmény klinikai észlelésünket megerősítette.

Négy esetben mindkét próba pozitív eredményt adott. Három beteg ezek közül több ízben volt már decompensált állapotban és jelenleg is így jött a klinikánkra. A próbákat

látszólag a compensatio állapotában végeztük, mégis feltehető, hogy nagyon a compensatio és incompensatio határán állottak. A negyedik betegen pedig a bal visszeres szájadék szűkülete öthónapos terhességgel kapcsolódott.

Négy esetben a *Gönczy*-próba negatív volt ott, ahol a *Kauffmann*-próba pozitív eredménnyel járt. Két esetben munkaképes középkorú férfibetegről volt szó, akikről már a körelőzmény felvételekor, de a betegvizsgálatkor is kiderült, hogy panaszai csaknem kizárólag neurastheniás eredetűek. Találtunk ugyan rajtuk billentyűhibára utaló tüneteket, de a rejtett elégtelenség minden jele nélkül. Ebben a két esetben feltételezhetjük, hogy a *Kauffmann*-próba hibás eredményt adott, annál is inkább, mert azóta hosszú idő telt el és a betegek szívpanaszokkal nálunk nem jelentkeztek, pedig erre nézve utasítást kaptak. A harmadik beteg bejövetelekor decompensált volt, digitaliskúrában részesült és csak azután végeztük el a functió próbákat. Itt a *Kauffmann*-próba pozitív értéke elfogadható, azonban rá kell mutatni a *Gönczy*-próba negatív voltának az okára és egyúttal egyik hibájára. A beteg 66 éves férfi volt, akinek az előírt séta oly megterhelést jelentett, hogy azt minden lehető módon megrövidíteni igyekezett. Az előírt munkát nem végezte el s annak eredményét nem észlelhetjük. Fel kell tehát arra hívni a figyelmet, hogy a *Gönczy*-próba végzésekor a megterhelést jelentő sétát ellenőrizni kell. A negyedik beteg X. hónapban levő terhes volt, akin a szív harántállásán, valamint a pulmonalis II. hangjának az ékeltségén kívül semmi kórosat nem találtunk. Valószínű, hogy a terhességgel kapcsolatos mechanikus akadály létrehozta rejtett vizenyőt szüntette meg a felpolcolás és ez okozta a *Kauffmann*-próba pozitív voltát.

Végül 17 esetben a *Gönczy*-vizsgálat pozitív volt ott, ahol a *Kauffmann*-vizsgálat negatívra ütött ki. A 17 esetből 15 betegnek vitiuma volt, 2 esetben pedig a vitiumhoz hyperthyreosis és terhesség kapcsolódott. Nyolc beteg mája többé-kevésbé tapintható volt, tíz esetben pedig a megterhelést jelentő séta alkalmával légszomj, kisfokú szederjesség jelentkezett. Az utóbbi tünetek a *Gönczy*-próba megbízhatóságát igazolták szemben a *Kauffmann*-vizsgálattal, amely a compensatio határán álló esetek egyikén sem mutatta ki a rejtett decompensatiót.

A 21 pozitív *Gönczy*-vizsgálatból 5 esetben azt láttuk, hogy a testsúlygyarapodás az első napon meghaladta az 1 kg-ot, a második és harmadik napon 1 kg-on belüli ingadozást mutatott. Tíz esetben a súlygörbe ingadozása csak a próba második vagy harmadik napján érte el az 1 kg-on felüli értéket. Hat betegen már az első napon pozitív volt az eredmény és vagy végig a kísérlet alatt egyenletesen emelkedett, vagy a második napon visszaesést mutatott és csak a harmadik napon emelkedett ismét.

A *Kauffmann*-vizsgálatok alkalmával minden esetben meghatároztuk a vizeletportiókban a NaCl százalékos és abszolút értéket, de a kapott értékek nem mutattak a vizelet mennyiségének megnövekedésével egyidejűleg NaCl felszaporodást, mint ahogy azt *Kauffmann* leírta.

Vizsgálatainkból tehát azt állapíthatjuk meg, hogy a *Gönczy*-féle szívfunctió vizsgálat érzékenyebb, jobban értékesíthető, mint a *Kauffmann*-vizsgálat. Értékesíthetőségét hátrányosan befolyásolja az a körülmény, amire már rámutattunk, hogy a beteg által végzett munkát, a járást nem adagolja valóban quantitative, az sokszor a beteg tetszésére van bízva. E miatt hibás eredményt adhat ott, ahol e hiba nélkül ki tudná mutatni a szív működésének rejtett elégtelenségét.

Ezidőszerint a latens szívélgtelenség kimutatására nem rendelkezünk pontos módszerrel, azonban mint láttuk, a *Gönczy* módszer — noha szintén nem tekinthető egészen

tökéletesnek — mégis aránylag egyik leghasználhatóbb eljárásunk.

Irodalom: *Kauffmann*: Deutsch. Arch. f. Klin. Med. 137. 1921. — *Gönczy*: Orvosi Hetilap, 1924. 39. sz. 42. sz. 1926. 46. sz. — *Zimmermann*: Med. Klinik. 43. 1933. — *Frey*: Med. Klinik. Nr. 49. 1933. — *Siebeck*: Jahreskurse f. Aertzt. Fortb. II. 1934. — *Dimtza*: Schweizerische Med. Woch. 12. 1934. — *Ruttkay*: Orvosi Hetilap, 1930. 38. sz. — *Torday*: Wien. kl. Wochenschr. 1925. 34.

A Pázmány Péter Tudományegyetem I. női klinikájának (igazgató: Frigyesi József ny. r. tanár) és a Székesfővárosi Közkórházak Gyöngyösi-utcai szülő-osztályának (vezető-főorvos: Raisz Dezső egyetemi m. tanár) közleménye.

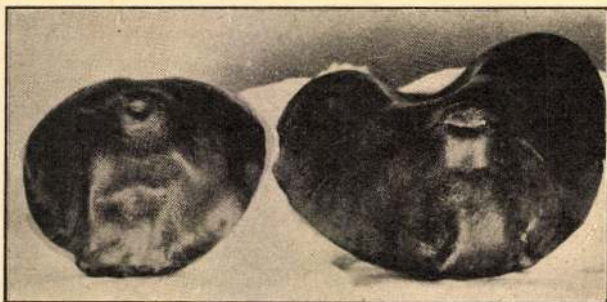
Új szülészeti phantomok.*

Irta: Raisz Dezső dr.

A térbeli elképzelést igénylő mechanikus folyamatok érzékeltetésén kívül nehéz feladata a szülészeti oktatásnak a vizsgálat, a tapintás megtanítása, begyakoroltatása is, amihez az észlelésre rendelt rövid egy hét korántsem elegendő. Az első két, három belső vizsgálattal legfeljebb csak nagy általánosságban nyer tájékozódást a kezdő, de finomabb részletek, varratok, kútsok felismerése ennyi idő alatt el nem sajátítható. Az észlelési idő tökéletesebb kihasználását lehetne elérni akkor, ha a hallgató nem csak kellő elméleti előképzettséggel, hanem már a vizsgálatokban is nagyobb jártassággal kerülne a szülőszobára, amit előzetes gyakorlatok alatt volna alkalma elsajátítani.

Megfelelő phantom nélkül azonban ez a kérdés nehezen oldható meg s ezért az I. sz. női klinikán már régebben folytak próbálgatások arra alkalmas modellek készítéséhez, mert annak idején csak egy amerikai árjegyzékben hirdetett ilyen phantom ára 400 dollár lévén, az számunkra hozzáférhetetlen volt. Propedeutikai előadásaim során is hiányát éreztem olyan taneszköznek, amelyen a hallgatók a tapintást gyakorolhatnák s ezért, ilyen kettős impulsus készített arra, hogy a használatban általánosan elterjedt *Schultze*-féle phantomhoz készítsék megfelelő betéteket. Erre a célra hosszabb kísérletezések során olyan anyagot választottam, amely meleg vízben kézzel könnyen formálható s kihülés után hamarosan megkeményedve, pontosan hozzáillik a phantommedence vájulatához.** A kőkemény modell kissé törékeny volta különösebb hátrányt nem jelent, mert a tört darabok fölmelegítve újra összegyúrhatók s az anyag ismét felhasználható.

E betétek első sorozata a méhszáj alakjának és tágaságának tapintás útján való felismerésére szolgál. Ilyenek az I. és II. ábrán látható modellek.

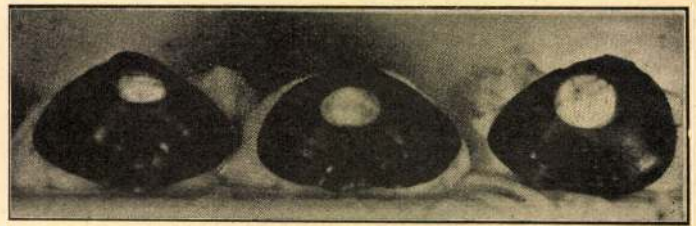


1. ábra.

Még nem szült és szült nő portioja.

* Bemutatta a Gynaekologiai Szakosztály 1933 novemberi ülésén.

** Helios Dentaurum G. m. B. H. Pforzheim.



2. ábra.

2, 3, 4 ujjnyi méhszáj.

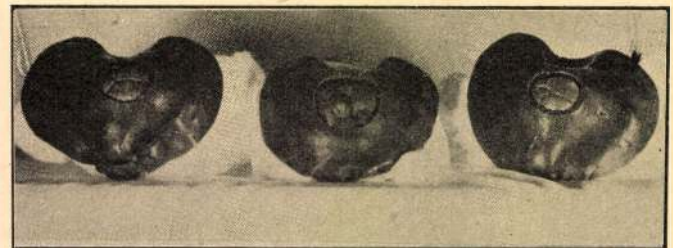
A második kisebbalakú sorozat a fejnek különféle segmentumát mutatja. Ilyen pl. a következő ábrán lévő két betét.



3. ábra.

Nyílvarrat kiskutacs, nyílvarrat nagykutacs.

Ezeknek az előbbi, nagyobb, a méhszájat érzékeltető modellekbe való tetszés szerinti behelyezése által tapintható különböző tágasságú méhszájon át a fej egy-egy beilleszkedő részlete. Így pl.

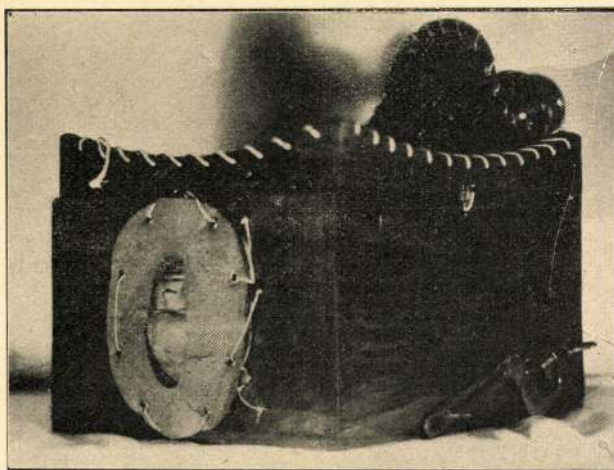


4. ábra.

Az egymásba helyezett betétek. Három ujjnyi méhszáj, nyílvarrat a harántban, kis kutacs jobbra. Négy ujjnyi méhszáj, nyíl varrat a harántban, arctartás. Három ujjnyi méhszáj, nyílvarrat a harántban, nagykutacs jobbra.

Ezen betéteket akként használom, hogy a letakart phantomba helyezett modellt a hallgató először tapintás útján próbálja felismerni, majd a phantomában mutatja meg a tapintott részletből következtetve a magzat elhelyezkedését s ezután a kivett betét megtekintésével s a szem kontrollja mellett végzett újbóli tapintással ellenőrzi a megállapítottak helyes vagy helytelen voltát.

E betétsorozatok készítése közben olvastam, hogy a D. G. f. Gyn. XXI. lipcsei nagygyűlésén *Walther* igen elismerő szavakkal mutatta be *Seigneux* genfi professor kombinált szülészeti és nőgyógyászati vizsgálatok gyakorlására készített phantomját. *Walther* levélbeli biztatására a klinika annak szülészeti modelljeit be is szerezte s így ott ma kétféle phantom áll a hallgatók tanításának szolgálatában. E phantom egy gumilemezzel borított nyitható ládából áll, amelybe a különböző nagyságú méhszájhoz vulván és hüvelyi részen át lehet feltapintani, ami az élőhöz



5. ábra.

hasonlatosságot nagyban emeli. Különösen sikerült a háromhónapos incomplet abortus mintája. A fémtengelyre erősített s annak csavarja által mozgatható fej nagysága, tapintata hű utánzata az élő magzat koponyájának. Kár, hogy könnyen romló anyagból készült s a kezdő éppen gyakorlatlanságában durva tapogatózással megsérti és lehántja finom gumi borítékát. Nagy előnye viszont, hogy rajta a rectalis vizsgálat is gyakorolható.

Eltekintve a genfi phantom finomabb kivitelétől, a két modell között a lényeges különbség az, hogy a *Schultze* phantomba szolgáló betétek teljesen sémásak s ezért a kezdők tanítására alkalmasabbak. A kettő egymást azonban igen jól kiegészíti s célszerű átmenetet képeznek az élőben való vizsgálathoz.

Ma, amikor már a filmtechnika is a tanítás szolgálatában áll s a szülészobáról a magzati szívhangokat kábelen vezethetjük fel a tanterem megaphonjához, talán kissé különösen hat, ha házilag készült, kézzel formált taneszközt mutatunk be, de tesszük ezt azért, mert azt láttuk, hogy az bevált, sőt sok tekintetben előnyösebben is, mint a nagy, complicált, drága gyári phantomok.

A MÁV nagybányai vitéz Horthy Miklós-kórháza I. bőrgyógyászati osztályának közleménye (főorvos: Sellei József).

Syphilis gyógyítása fénnel és saját vér befecskendezésével.

Irta: Pogány Kálmán dr.

A következőkben azokról az eredményekről számolunk be, amelyeket bizonyos késői lueses elváltozások és tünetek gyógyításában a *Rajka* és *Radnai* által ajánlott (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. und Psych. 1931. 131.) együttes fénybesugárzás és saját vér befecskendezésével értünk el. (Heliohaemoterapia.)

Sokszor tapasztalt tény, hogy a trópusokon, ahol bőségesebb a napfény és ahol az emberek testének kisebb felületét fedi a ruha, nagyobb területeket ér a sugárzás, ritkább az idegrendszer és a belső szervek syphilises megbetegedése. E megfigyelés alapján már régebben is ajánlották a bujakórnak fénybesugárzásos gyógyítását, illetve a fajlagos kezelésnek fénybesugárzással erősítését. *Rajkát* és *Radnait* elgondolásukban az a feltevés vezette, hogy a besugárzásokkal és az ezekkel együttesen alkalmazott saját vérfecskendezésekkel igyekezzenek fokozni a bőrnek reakciós testeket termelő működését.

A »nil nocere« elvet pillanatra sem tévesztve szemünk elől: az eljárást eleinte csak olyan betegeknek próbáltuk ki és végeztük, akiknek panaszaik vagy elváltozásaink eddig használatos eszközeinkkel segíteni nem tudtunk, ahol az eddigi eljárásoktól eredményt nem várhattunk.

Amikor az egyébként tünetmentes beteg erősen pozitív Wassermann-reactióját a szokásos eljárásokkal nem sikerült negatívvá változtatni vagy akár csak erősségében megintgatni, nincs okunk a következő hasonló kúrák akármekkora sorától is eredményt várni, felesleges, sőt nem is közömbös sem a gyógyszeres, sem esetleg a malária-kúra újabb erőltetése. A tünetekben gazdag sok panaszt és szenvedést okozó tabesszel szemben is nyugodt lélekkel próbálhattuk ki az eljárást: nem kellett attól tartanunk, hogy az esetleg eredménytelen kísérlettel más biztos hatású szerre vagy eljárásra alkalmas időt vesztegetünk el.

30 betegünket kezeltük ez eljárással; de beteganyagunk sajátos viszonyait tekintve, nem tarthattuk be mindenben az előírt rendet. Betegeink nagyrésze vidéken, sőt a fővárostól nagy távolságra lakik, csak sok órai utazás árán juthat hozzánk: igyekeznünk kellett hát a kezelések számát csökkenteni. Egy kúrában 30 besugárzás helyett csak 20-at adtunk, elhagytuk a középső 10-et, amelyiket R. és R. saját vérfecskendezés nélkül adtak s mi minden besugárzáshoz az injectiót is hozzákapsoltuk. A kúra menete tehát az volt, hogy a beteget hetenként kétszer mesterséges napfénylámpával besugároztuk, még pedig oly távolságról és időn át, hogy határozott gyulladási bőrreactio jelentkezék és 15 perccel a besugárzás után 10 cm venából vett vért farizmába fecskendeztük. Ez a kezelés kífokú bőrérzékenységen kívül semmilyen subjectiv kellemetlenséget nem okoz.

A 30 beteg közül 6-nak sok panaszt okozó tabese volt, 24-nek pedig minden egyéb kezelésnek (bismut, salvarsan, jód, hg. protein) ellenálló erősen pozitív Wassermann-reactiója. A tabesek fájdalmi már 6—8 kezelés után minden esetben enyhültek s a kúra befejeztek kivétel nélkül nagyban alábbhagytak vagy teljesen megszűntek. A fájdalommentesség rendszerint 3—4 hónapig tartott. Ha azután az első lancinálások jelentkezésekor új, az előbbivel egyenlő kúrát kezdtünk, a fájdalmak régebbi erősségüket el sem érve, újra hamarosan megenyhültek, megszűntek. Azt hisszük, hogy minden eddigi eljárással szemben az sem utolsó előnye ennek a módszernek, hogy nem kell tartani a beadott gyógyszerek felhalmozódásától s így szükség szerint a megfelelő szünet beiktatásával bármikor és akárhányszor megismételhető.

A 24 eset közül, amelynek állandóan erősen pozitív volt a Wa. R-ja (laboratoriumunk jelzése szerint 20 eseté ++++, 4 eseté +++ volt) az első kúra befejeztek, illetve két hónappal a kúra befejezte után négynek ++++, 2-nek +++, 7-nek ++, 7-nek + és 4-nek — lett. Minden okunk megvan arra a reményre, hogy ezen reakciók a kúrák megisméltésekor még tovább közelednek a rendes, a negatív felé.

Jól tudjuk, hogy a syphilisgyógyítás feladata nem merülhet ki a Wa. R. gyógyításában, de kétségtelen, hogy az erősen pozitív Wa. R. a még meg nem gyógyult betegség tünete igen gyakran a zsigeri és idegrendszeri megbetegedés záloga. Minden syphilist gyógyító orvost, főként azonban minden syphilises beteget nagyon nyugtalanít, ha Wa. R-ja a kúrák befejezte után is pozitív marad. Az a beteg, akinek betegsége már az első kúra után is esetleg csak a pozitív Wa. R-ban nyilvánul, aki orvosától azt hallotta, hogy a tünetmentesség még nem gyógyulás, semmiképp sem nyugtatható meg, ha egyetlen tünetét, a pozitív Wa. R-t megváltoztatni nem tudjuk s ez gyakran csak *Radnai* és *Rajka* eljárásával sikerül.

Ez az eljárás sem gyógyít meg minden lueses elválto-

zást, aminthogy az eddig használatos szerek egyike sem, mégis mivel segítségével sok addig semmi kezelésnek sem engedő esetben értünk el értékes eredményt, további kipróbálásra mindenképp érdemesnek tartjuk.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A Bang-féle betegség serum- és vaccinatherapiája. *Hilgermann.* (Münch. Med. Wochenschrift. 1935. 3. sz.)

A subacut és chronikus lefolyású fertőző betegségek kezelésében még kevésbé értékelik az individualis serumtherapiát. Szerző egy esetet közöl: három hó óta lázas ötvenöt éves férfibeteg Bang-infectióját a négyszázszoros higításig positiv agglutinációs próba bizonyította. A szokásos kezelés eredménytelen volt. Szerző a betegből 20 ccm. vért vett és szőlőcukros bouillonba vitte. E hígított vér 2 ccm-éhez kevés Bang-bacillussuspensiót kevert és háziyulaknak injeciálta. Öt injectio után a nyulakat elvértette és a nyert serumból két egymásutáni napon 25—25 ccm-t adott a betegnek intravenásan. Az injectiókat erős lázas reactio követte máj- és lépduzzanattal. Négy nappal befecskendezés után a beteg közérzete javult, láza megszűnt. Rövid idő múlva teljes gyógyulás állt be, amit a negatívívált Vidal-próba is megerősített. *Frenreisz dr.*

A quantitativ vizelet-porphyrinmeghatározás jelentősége a májfunctio vizsgálatában és táplálkozási kérdésekben. *K. Franke és R. Fikentscher.* (Münch. Med. Wschr. 1935. 5.)

A vizelet-porphyrinmeghatározás rendkívül érzékeny májfunctio próba. A szerzők által használt luminescentia-mérésrel történő meghatározással nemcsak a parenchyma-laesiok, hanem a májsejtek erősebb megterhelése is kimutatható. A vizelet porphyrin-tartalma függ a vizsgált egyén táplálkozásától, izomunkájától, sőt substitúciójától is. Vizsgálat előtt tehát néhány napi standard diéta és életmód szükséges. Normális körülmények között a naponta kiválasztott aetherben oldható haematoporphyrin mennyisége 30 gamma (ezredmgr) alatt van. A májparenchyma legcsekélyebb sérülése tetemesen emeli a kiválasztást. Szerzők vizsgálatai szerint a kiválasztás változik különböző tápanyagok felvétele után. Így emelkedik porphyrinban gazdag tápanyagok fogyasztására (exogen porphyrin), valamint bő zsír- és fehérjeelvezés esetén. Zöldfőzelékek a kiválasztást nem befolyásolták, viszont igen nagyfokú az emelkedés alkoholfogyasztás után. *Frenreisz dr.*

Cukormentes étrend a migrain kezelésében. *Prof. Wagner-Jauregg.* (Wiener Med. Wschr. 1935. 1.)

A cukormentes étrend a migrain-nek olyan formájában hatásos, mely a megszokott migraine-képből alakul ki, azáltal, hogy a rohamok hosszabbak lesznek (egy napnál tovább tartanak), igen erősek és nagyon rövid pausák választják el azokat. Látás- és beszédzavarok, féloldali érzés- és mozgászavarok igen gyakoriak. Mivel szerző ezt a formát főleg túltáplált, keveset mozgó emberekre találta, cukormentes kószot próbált meg. Az italok csak pótszerekkel édesíthetők; méz, lekvár, gyümölcs, édességek, csokoládé természetesen mind kerülendők. A megszorított étrend négy hétig tart. Ugyanakkor a beteg reggel éhgyomorral karlsbadi vizet iszik. A szénhidrátok egyébkénti korlátozása nem szükséges. E kúra hatására a rohamok enyhülnek és ritkulnak és a migraine visszaalakul az előző, jobban befolyásolható formába. A cukormentes étrend a tabesek lancináló fájdalmai kezelésében is bevált. *Buday dr.*

A nyers kacsatojás élvezésének veszélyes volta. *Frömming.* (Aerztliche Sammelblaetter. 1935. 3.)

A Ruhr-területen 145 megbetegedést és két halálesetet észleltek nyers kacsatojástól. Ujabbán három egyén betegedett meg és közülök egy meghalt. Ezek bouillont ettek, amibe kacsatojást ütöttek. A bakteriológiai vizsgálat ezekben az esetekben a bacillus enteritis Breslau és Gaertner találta, mely a kacsák kloakájában él és igen ellenálló, rövid főzéssel szemben is. Uglátszik leginkább a jó tojó Kaki-Campbell-kacsában fordul elő a kórokozó. *Buday dr.*

Sebészet.

Lépcsavarodás operált esete. *Oskar Lindén.* Falun Hospital. Sweden. (Acta Chirurgica Scandinavica. 1934. VI. 8.)

Szerző lépcsavarodást fedezett fel olyan betegen, akit heveny féregnyúlványlabbal vettek fel. Egyben baloldali hasi daganatot is észlelt, mely a betegnek semmiféle panaszt nem okozott. Eltávolította a féregnyúlványt és a 400 gramm súlyú

lépet. Utóbbinak hosszú és 360 fokban jobbra csavarodott érkocsánya volt. Szöveti diagnózis: Hypertrophia et hyperaemia venosa chronica lienis. A vérkép rendes volt. Gyógyult. Szerző közli az eddig leírt eseteit az először 1914-ben említett betegségeknek. A kiújulás nagy veszélye miatt a lép teljes kiirtását tartja javalltnak. *Móra Sándor dr.*

A metacarpophalangealis ízület chondromatosisának egy esete. *Oscar Lindén.* Falun Hospital. Sweden. (Acta Chir. Scandinavica. 1934. VI. 8.)

Szerző előrebocsátja, hogy eddig csak egy esetét írták le a metacarpophalangealis ízület chondromatosisának, és pedig még a röntgenelőtti időben. Közül a röntgenképek csatolása mellett egy további operált esetet, mely a balkéz középső ujjának metacarpophalangealis ízületet illeti. Az utolsó műtét az volt, hogy a szabad testet és az ízületi tokot gondosan eltávolította. Azóta nem újult ki a baj. *Móra Sándor dr.*

Antethoracalis oesophagusplastica késői maradványa. *Nils Silfverskiöld.* Stockholm. (Acta Chir. Scandinavica. 1934. VI. 8.)

Szerző arra a kérdésre felel, hogy nagyon fiatal betegen átültetett bélrészletnek megvan-e az a képessége, hogy a test hosszúvekdedését követni tudja. Közli, hogy hároméves gyermekben antethoracalis oesophagus-plastikát végzett, az illető azóta jól fejlett ifjúvá serdült, új nyelöcsőve nagyon jól működik. *Móra Sándor dr.*

A csontok hosszúvekdedéséről. *Nils Silfverskiöld.* Stockholm. (Acta Chir. Scandinavica. 1934. VI. 8.)

Nyulakon végzett kísérleti vizsgálatokkal mutatja ki a szerző, hogy a csöves csontokban nincsen interstitialis hosszúvekdedés. Adatokat ismert a hosszúcsöves végtagsontok mindegyik epiphysisporcáról, azok növekedési képességét illetően. A csöves csontok epiphysisporcai átültetésének kérdését minden oldali rendszeres kísérleti vizsgálatnak veti alá. A műtétek magukban foglalnak visszaültetést, autoplastikát, szabad és nyeles homoioplastikát és más szövetekbe, mégpedig ízületi részbe történő átültetést. Csak a visszaültetés és a csontra történő autoplastikus átültetés tesz lehetővé jelentős hosszúvekdedéshez vezető képességet. Klinikailag nagyon korlátozott ezek használhatósága, részben az epiphysisporcák a megfelelő táplálás iránti rendkívüli érzékenységével kapcsolatos technikai nehézségek miatt, részben azért, hogy kevés anyag áll rendelkezésre. Szerző ismerteti a kevés javallatot, melyek számításba jöhetnek. A gyakorlatilag fontos cél t. i. egy csont meghosszabbítása, tehát csak ritka, meghatározott esetekben tekinthető lehetségesnek. *Móra Sándor dr.*

Nyílt koponyasérülések kezelése. *R. Wanke dr.* Kiel. Zblatt f. Chir. 1934. 25.)

Szerző 57 esetet ismert. Ebből 45% a sérülés súlyossága miatt menthetetlen volt. 15% a műtét után részben pneumonia, részben meningitis miatt pusztult el. 40% életben maradt. Ennek kétharmad része munkaképes lett, egyharmada azonban traumás epilepsiában szenved. Szerző sérülés után 6—12 órával műtétre kerülő betegeken teljesen zárja a sebet. A csont- és agyvelőtörmeléket a bejutott idegentestekkel együtt eltávolítja. A nyílást akkorára nagyobbítja meg, hogy a dura sérülése áttkinthető legyen. Nagyobb durahiány esetén a hiányt fasciával vagy peritoneummal pótolja, a durát összevarrja, majd a sebet zárja. A betegnek legalább hatheti kórházi megfigyelésre és későbbi többszöri orvosi vizsgálatra van szüksége. Ha gyanakszik arra, hogy a mélyben infectio keletkezik, próba-punctiót végez. Infectio esetén áttér a nyitott kezelésre. Kiterjedt és igen mélyre hatoló sérülések esetén nyílt kezelést kell alkalmazni. Így a zárt és nyitott kezelést egymást kiegészíthetik. *Molnár Jenő dr.*

Szüléset.

Intraovariálisan beadott ovarium kivonat. *C. Stanc.* (Zbl. f. Gyn. 1934. 40. sz.)

19 éves, 3 hónap óta férjes asszony, aki még sohasem menstruált. 15 éves kora óta hetenként 2—3-szor van epilepsziás rohama. Ugy az amenorrhoea, mint az epilepsia miatt hosszú időn keresztül kezelték eredménytelenül. Két év előtt appendectomia. Felvételkor alhasi fájdalmak az operációs helynek megfelelően és amenorrhoea, képezik a panaszt. Belső vizsgálatkor rendes genitalis lelet és az összenövéseknek megfelelő nyomásérzékenység. Mivel az ovarium és a hypophysis készítmények egész sorát adták eredménytelenül, és az összenövések okozta fájdalmakat sem sikerült enyhíteni, a has megnyitására határozták el magukat. Műtétkor oldották az összenövéseket; rendes genitalis szerveket találtak, csak a petefészekben nem találtak corpus luteumot. Erre mindkét ovariumban 1—1 ccm petefészek kivonatot fecskendeztek. Zavartalan gyógyulás. A 12-ik napon rendes menstruatio, ami 5 napig tart, görcsök és minden zavar nélkül. A 18-ik

napon egészségesen távozik. A 35-ik napon controll: rendes lelet. Három egymást követő hónapban csökkenő menstruatio jelentkezik, a 4-ik hónapban elmarad. Viszont epileptikus roham a műtéttől kezdve soha többé nem jelentkezett. Hét hónapon keresztül tartott az ellenőrzése, míg egyszer csak 4 hónapos terhességgel jelentkezett. A 9-ik hónapban rendes szülés. Véleményünk szerint az intraovariális inj. adta meg azt a lökést, ami az első ovulatiohoz és menstruatiohoz szükséges volt. Szerepe lehet annak a hyperaemiának is, amit az inj. traumája és maga a befecskendezett anyag idézett elő. A 2½ év óta nyomtalanul eltűnt epileptiát pedig azzal magyarázza, hogy ez a hormonális epileptiához tartozó zavar az ovarium működésének helyreállításával megszűnt.

Horváth Zoltán dr.

Műtétilag castrált nőknél peroralis hormonadagolással kiváltott cyclikus vérzés. *E. Terruhn.* (Zbl. f. Gyn. 1934. 34. sz.)

Két petefészekkiirtás miatt hónapok óta amenorrhoeás és súlyos kiesési tünetekben szenvedő nőbetegnek 30 g friss mirigynek megfelelő tenuigen fortet (hypophysis p. a. + pajzsmirigy), s ezt követően citovario-glandosant (ovarium-készítmény) adva per os, sikerült cyclikusan jelentkező vérzéseket előidézni, s egyszersmind az összes kiesési tüneteket (hevülés, szédülés, izzadás, szívdobogás, anyagcsere-zavarok, súlyos depressio) egy csapásra megszüntetni.

íj. Mauks Károly dr.

A méhnyakrák intenzív kezelésének elsődleges morbiditásáról és mortalitásáról. *H. Kirchhoff és J. Drenckhahn.* (Strahlentherapie, 1934. 50. sz.)

A kieli női klinikán 1922-től 1933-ig 459 méhnyakrákban szenvedő beteg részesült radiumkezelésben, ezek közül 107-ben (24,8%) keletkezett könnyebb, 42-ben (9,7%) súlyosabb, 24 esetben pedig (5,56%) halált okozó szövődmény, s ez utóbbiakból 16 (3,71%) volt a radiumkezelés rovására írható. Mint súlyos szövődmények említendők az erősebb vérzések, parametritis, thrombophlebitis, embolia, sepsis, pyometra. A halálos esetek közül 4—4 esetben tüdőembolia, peritonitis és sepsis, 2 esetben uraemia, 1—1 esetben pedig erős vérzés, illetve szívelégtelenség volt a halál közvetlen oka. A szövődmények főleg a súlyos, inoperabilis esetekben léptek fel, a kezelés módját illetően pedig a legtöbb szövődmény a tükezeléssel, valamivel kevesebb a massiv dosis adagolásával és legkevesebb a radium fractionált adagolásával kapcsolatban jelentkezett.

Ugyanezen idő alatt a klinikán 401 műtétet végeztek méhnyakrák miatt; könnyebb szövődmény 53 (13,21%), súlyos szövődmény 55 (13,7%), halálos pedig 40 esetben (9,97%) fordult elő. A halálos esetekből 35 (8,72%) volt biztos műtéti halálosnak tekinthető. A Wertheim-műtét halálos arányszámát 15,12%, a Schauta-műtétét csupán 2,05% volt. Radiumhatásnak tulajdonítható sipolyképződést csak 2 esetben észleltek.

íj. Mauks Károly dr.

A méhnyak inoperabilis rákjának sugaras kezelése. *F. G. Dietel.* (Zbl. f. Gyn. 1934. 34. sz.)

Az inoperabilis méhnyakrák kezelésében jelenleg a radium- és röntgen-sugár a leghatásosabb gyógyítóeszközünk, melyekkel a rendetlen vérzések és bűzös folyás megszüntetésén, valamint a beteg élettartamának meghosszabbításán kívül az esetek egy részében tartós, vagy végleges gyógyulás is elérhető. Az 1912—1928. évek között sugarasan kezelt inoperabilis, a Döderlein-féle III—IV. csoportba tartozó, 7814 collumcarcinomás eset statisztikai feldolgozásának eredménye a következő: a 7814 betegből 5 éven túl gyógyult 881 (11,3%). A csak radiummal kezelték 9,9%-a, a csak röntgenrel kezelték 10,5%-a, a combinált radium-röntgenkezelésben részesültek 13,4%-a gyógyult tartósan. A helyesen alkalmazott combinált radium-röntgenkezelés adja tehát a legjobb eredményt. A kisebb hatású radiummal való kezelés után a parametriumok intenzív kiegészítő röntgenbesugárzását ajánlja, ami a heidelbergi női klinikán használt ólom-sűrűkiszűrés segítségével a túladagolás és a generatio szempontjából fontos kötőszövet erősebb károsodásának veszélye nélkül elvégezhető.

íj. Mauks Károly dr.

A szülés megindulásának okairól. *H. Knaus.* (Med. Klinik. 1934. 50.)

Dixon és Marshall 1924-ben kutyákon megállapították, hogy a terhesség vége felé a sárgatest működésének fokozatos kiesésével karöltve, a petefészeknek a hypophysisre gyakorolt hatása következtében, fokozott mértékben választja ki azt a hormont, mely méhösszehúzóásokat és ezzel szülés megindulást okoz.

Knaus izolált patkányméhen tanulmányozta az összehúzóásokat és kísérleteiből megerősítettnek látta fenti szerzők megállapítását.

Az eredmények ellenőrzése céljából terhes nyulakon

pituitrin érbe fecskendezésével megkísérelte a terhesség megszakítását. A terhesség XVIII. napjától a XXVIII. napig 2 mg friss mirigynek megfelelő kivonatmennyiség az adagolást követő napokban vetélést okozott. A méhfal és a lepény közötti vérzések voltak megállapíthatók. A terhesség XXXII. napjától visszamenőleg a XXIX. napig emelkedő pituitrinadagok hatására a terhesség a méh kiürülésével közvetlenül megszakadt.

A terhesség első XVII. napján minden ilyen kísérlet eredménytelen volt.

A szülés megindulásának oka tehát nem lehet egyedül a szervezetben jelenlevő hypophysis hátsólebens hormonmennyisége. Terhes nyulak steril méhszarvának a viselkedése hypophysis hátsólebenskivonat hatására a következő megállapítást eredményezte. A terhesség előrehaladásával a méhizomzat összehúzódképessége és tónusa fokozatosan nő és a terhesség utolsó napjaiban hirtelen erősen emelkedik. Utóbbi az okozza, hogy a sárgatestnek az agyfüggelékkel szemben kifejtett és kísérletileg megállapított ellentétes hatása megszűnt. Az agyfüggelék hátsó lebensének hormonja ingerként hat a lepényi hormonhatás következtében megvastagodó és mindinkább contractilisabb méhizomzatra. A sárgatest működésének megszűnése pedig érvényesülmi engedi a hypophysis fájásokat kiváltó hatását.

Rohonyi István dr.

Szemészet.

Szennyezett acetonebelégzés okozta látászavar. *Weill.* (Soc. Franc. d'Ophtalm. 1934.)

Cipőgyári munkásnő esetét írja le, ki vaksággal, tág pupillával jelentkezett. Ép szemfenék. Nehéz légzés, somnolentia. A gyár egyik vezetője szerint néhány napja a munkásoknak hasonló panaszai vannak. A toxikus alappal bíró neuritis retrobulbaris acuta ellen érvágással összekötött transfusiót és gerinccsapolást végeztek, a mérge kiürítése céljából thyroxint adtak. A beteg temporális decoloratióval gyógyult. A munkások feladata az volt, hogy női cipők fasarkára celluloid lemezeket helyeznek, miáltal annak borszerű küllemet adnak. A vilányos körtékkel felmelegített acetone gőzei az edény tetején lévő rácson keresztül a lemezeket megpuhítják és alakíthatóvá teszik. Az acetonnak mondott folyadék a vizsgálat szerint csak 5% acetont tartalmazott, ellenben igen sok methylalkoholt. Hasonló eseteket főleg Amerikában írtak le. (Ugyancsak belégzés útján mérge az Amerikában használatos »antifreeze» faszestartalmú folyadék, mely az autó radiatorában elhelyezve, a befagyást akadályozza meg; autózétek, garage alkalmazottak az áldozatok. Firniszel, sellakkal dolgozó, továbbá selyem- és parfümgyári munkások is ki vannak téve inhalációs és bőrresorptiós mérgezéseknek. (Efa) esetek azonban háttérbe szorulnak a mérgezett italok — nem pálinka — okozta mérgezéssel szemben.)

Grósz István dr.

A bacillus subtilis a szemészeti kórtanban. *François.* (Bull. et Mém. Soc. Franc. d'Ophtalm. 1934.)

Az általános kórtan saprophytának ismeri a subtilist. A szem pathológiája azonban számos, sokszor súlyos, fertőző ismér. Acut kötőhártyahurut esete kapcsán (földszennyezés), szerző ismerteti a bacillus tulajdonságait, majd részletezi az idevágó irodalmat. Conclusio: a klinikai tapasztalások szerint főleg panophthalmitist okoz, főként a peracut formát (néha annularis abscessus kísér, ritkábban kötőhártyahurutot, szarufekélyt, vagy iridocyclitist, kivételesen orbitalis tályogot és könnytömlőgyulladást. E tényeket a kísérletek igazolják; a cornea és conjunctiva ugyanis refractárnek mutatkoznak az infectióval szemben, míg a mellső kamra és üvegtest beoltására iridocyclitis vagy súlyos panophthalmitis keletkezett.

Grósz István dr.

Szemhéjangiómák injectiós kezelése. *Weekers és La-pierre.* (Archives d'Ophtalm. 1935. január.)

Szerző chininum bihydrochloricum carbamidatum (scélto-serum) 5—10%-os, általában 7½%-os oldatát használta 1/4—3/4—3 ccm mennyiségben, a daganat nagyságához mérten. A folyadékot nem az üregekbe, hanem a stromába kell fecskendezni, míg compressiós vértelenség nem keletkezik; congestiv időszak követi. Necrosis veszélye esetén alkoholvioform használandó. Két hét múlva megismételhető. A legfőbb indiciós terület a mély, tuberosus angiómák csoportja, míg a felületes érdaganatok ellen a szénsavhó ajánlatos. Az aesthetikus eredmények kiválóak. Az angiómák eddigi kezelési módszerei: sebészi (excisio, scarificatiók, electrocoagulatio), elektrolisis, galvanocauter. Szénsavhó, mely angiómákban hatástalan. A radium adagolása kényes, eredményei meglepően jók. Szerző ismerteti a sclerotizáló injectiók történetét (*Sicard*) és indiciós területét (venatágulatok, aranyeres csomók mellett hydrocele, cysták, fistulák). *Weekers* jó eredményt látott orbitalis varicocele esetében is (exophthalmus pulsans).

Grósz István dr.

Urologia.

A veserek által okozott ureter compressio útján létrejövő hydronephrosis kezelése. I. Hellström. (Zeitschr. Urolog. Chir. 39. kötet, 3—4. füzet.)

Módszerét ismerteti, melyet egy esetben alkalmazott. Rendellenes érkötegek, mely a vese alsó polusokhoz haladt, leszorította az uretert a medencei eredetben, a vesemedence kitágult — benne kő volt. A műtétkor a hátsó falon kinyitotta a vesemedencét, egy részét reszálta, a követ eltávolította, mellette a rendellenes érkötegeket kiszabadította a környezetéből és a perivascularis kötőszövetben fogva a vesemedence falához fixálta, így a leszorításra a lehetőség megszűnt.

Szold Endre dr.

A hólyagkő-formaképződésének kérdése. A Gridnev. (Zeitschr. Urolog. Chir. 39. kötet 3—4. füzet.)

22 darab húgyhólyagkővet vizsgált. Azt tapasztalta, hogy a kövek alakja nem függ a kémiai összetételtől. Egyes physikalikus kémiai formától eltekintve a köveket alakítja a nehézségi erő, a vizeletsugár, valamint a hólyagizomzat nyomása. Szerepe van a húgyhólyagkő kialakításában a kis concremetumoknak is, melyek a felső húgyutakból lejöve, az eredeti kőhöz hozzáadódnak.

Szold Endre dr.

Bőrgyógyászat.

A szervezet mobilizálása R. III. capsulákkal rosszulindultú daganatok kezelése esetén. Dr. F. Nahmmacher. (Med. Kl. 1934. 33.)

A rosszulindultú daganatok kezelésének gyógyításában a főszerepet játszó sugárkezelés mellett mindazon eszközöket igénybe kell venni, melyek alkalmasak a szervezet védekezőképességének növelésére. Az e célt szolgáló számos chemotherapiás eljárás közül szerzőnek legjobb tapasztalatai a Melzer által előállított és a drezdai Klopfer kémiai gyár által készített jód-lithium-magnesium-pektin praeparatum R. III.-ról vannak, melyet többször esetben kipróbált. A beteg ezen R. III. capsulákat a besugárzás előtt, alatt és utána is szedi, naponta háromszor 1—3 capsulát, úgyhogy összmennyiségben mintegy 720 capsulát vesz be. Ezen R. III. capsuláknak hatása malignus daganatoknál részben physikalikus, részben kémiai, részben endocrin sensibilisatióban jut kifejezésre. Többévi tapasztalata után szerző meggyőződött róla, hogy az R. III. praeparatum alkalmazására a sugártherapia hatása korábban is intenzívebben jelentkezik, továbbá a sugártherapiára refractaer esetek száma jelentékenyen csökken. Mivel a capsulák csak a belekben oldódnak, gyomorzarvarok és étvágytalanság csak diéta-hibánál állanak elő.

Vanik Vince dr.

Spirochaeták előfordulása a férfi húgycsőben. D. E. Eisner. (Dermat. Ztschr. 1934. 69. kt. 6. f.)

Betege egyébként egészséges férfi, évek óta balanitisben és stricturában szenved. Gonorrhoeája nem volt. A húgycső váladékában úgy festéssel, mint sötét látóterben számos spirochaetát talált, majd vastagabb, kevés kanyarulatú, majd finom, dús csavarulatú példányokat. Hoffmann által pseudopallidának nevezett képletek is fellelhetők voltak. Hogy az elváltozásokat ezek a spirochaeták okozták-e, avagy egyéb fusiformis bacillusokkal és staphylococcusokkal egyetemben csak a pathogen saprophyták gyanánt voltak-e jelen, azt eldönteni nem lehetett. E. Hoffmann arra hívta fel figyelmét, hogy a Stühmer által leírt zsugorodó balanitis (balanitis xerotica obliterans), némelykor az urethra első részére is ráterjedhet.

Schlamadinger József dr.

Bőrfestenyzettség és vörheny. Dr. J. Frey. (D. M. Wschr. 1934. 32. sz.)

28 éves férfiről referál, aki vörhenyt kapott; az exanthemát mindenütt ott jelentek meg, ahol nem volt a bőr napbarnított, vagyis az inguinalis tájon, alhason, gluteusokon, combok felső harmadában és az egyik alkaron azon a részen, ahol a beteg napfürdők közben karórárt viselt. Ez annyira feltűnő volt s annyira éles volt az elhatárolódás, hogy összefüggést kell keresni az insolatio és az exanthema localisatiója között olyan értelemben, hogy a pigmentképzésnek fontos szerepe jut a bőr immunizálás tekintetében.

Schlamadinger József dr.

Lupus erythematodes arsen-arany kombinált kezelése. Dr. K. Steiner. (W. Kl. Wschr. 1934. 33. sz.)

19. a lupus erythematodesnek különböző megnyilvánulási formájában szenvedő betegnél arsenadagolás mellett aranypraeparatumot adott. Az arsen per os Fowler-oldat alakjában, az aranyat solganal B. oleosum formájában juttatta be a szervezetbe. Az arsen az izalmi jelenségek jelentkezéséig adta. Az aranyból átlagban 500 mg-ot adott, 2 mg-tól 6 ctg-ig dosisban. 19 betege közül 14 két-három hónap alatt meggyógyult,

öt pedig lényeges javulást mutatott. Ilymódon még a más kezelési eljárásokkal dacoló esetekben is sikert ért el. Az arsen szerepét abban látja, hogy az általa kiváltott érfaártalom elősegíti az arany bejutását a megbetegedett szövetbe, ami mellett szól az a megfigyelés, hogy ez a kombinált kezelés különösen azokban az esetekben bizonyult jó hatásúnak, melyekben az arsenre korán és kifejezett izalmi (mérgezési) tünetek fejlődtek ki.

Nagy G. Ferenc dr.

Gyermekgyógyászat.

Rachitis vitamingazdag táplálás esetén. Oxenius. (Deutsche Med. Wschr. 1934. 51.)

A szerző egy beteget észlelt, ki vitamingazdag táplálékon élt (főként Bircher-Benner-féle mandulatejen), mégis súlyos rachitis fejlődött ki nála. A rachitis előidézésében sok factor játszik szerepet: születési hajlamosság (mészhiány), valamint a koraszülés következtében mészhiány, a fény, vitaminok stb. hiánya. Különösképpen felhívja a figyelmet az egyoldalú táplálás helytelenségére. Már a második évnegyedtől kezdve szükséges az anyatejen kívül egyéb táplálékok nyújtása: dara, zöldfözelékek, gyümölcslevek formájában. Az egyes ételek, azok egyes alkotórészei correlative befolyásolják egymást. Hamis az a nézet, hogy a rachitis túltáplálás következtében jön létre. A gyermeket éheztetni nem szabad. Fontos szerepet játszik a só, főként Ca-hiány, miért is a mandulatejjel történő táplálást helytelennek tartja.

Recht István dr.

A rachitis és tetania (spasmophilia) prophylaxisa. Wieland. (Monatschr. f. Kinderheilk. 61. 2.)

A specifikus rachitisprophylaxis nem teszi nélkülözhetővé az általános védelmi intézkedéseket, melyeknek hivatalosan mindenkire kiterjedően kell létrejönniük. Vonatkozzék ez minden csecsemőre legalább is az első trimesonban, esetleg terjedjen ki a terhes, leendő anyára, különösképpen a naptalan téli hónapokban. A rachitistherapiának modern eszköze a D. factor, mely a csecsemő mindennapi táplálékát egészítse ki. Mesterségesen táplált csecsemőknek legjobban megfelel a célnak a Hess által ajánlott besugárzott, vagy ergosterinpraeparatum hozzáátételével activált friss, vagy szárított tej, mint a csecsemő mindennapi tápláléka. Ilyen milieuban ugyanis a tehéntej sógazdagsága, vagy egyéb anyagok activálása miatt kevesebb E-vitaminra van szükség, így a túldosírozás veszélye kikerülhet. Ez utóbbi szempontból kis adagokat ajánl a szerző: 300—500 ccm besugárzott teljes tejet, 1—2 csepp vigantol vagy uvosterol olaját, esetleg hosszabb pausák közbeiktatásával.

Az anyatejjel táplált csecsemők ritkán és csekélyebb fokban lesznek rachitikusokká, a koraszülöttek rendszeren súlyos rachitist kapnak. Itt rendszeres vitaminolaj-adagolás a helyes, avagy a szoptató anyát sugározzák be. A csukamájolaj-therapia a mai modern gyógykezelésekkel, a szerző szerint nem veheti fel a versenyt, mert a szükséges mennyiséget a csecsemők nem bírják el.

Végül követeli a szerző, hogy csak hivatalosan standardizált vitamin legyen kiszolgáltatható és csak orvosi rendeletre.

Recht István dr.

Poliomyelitis. Toomey. (Jahrb. f. Kinderheilk. 143. 6.)

A poliomyelitises betegek székében és vizeletében egy toxikus anyag van. A szerző azt találta, hogy a poliomyelitises széklet emulsió befecskendezése után elpusztult állapotok gerincelejtében hasonlóképp van, mint a poliomyelitisben elpusztult embereikében. Kísérletekkel bizonyította, hogy ez a vírus létezik és főleg azt akarta igazolni, hogy a poliomyelitises vírus külföldös affinitással bír a szürke rostok iránt. Ezt a következő kísérlettel igazolta: Majmokon a tizedik háti csigolya magasságában átvágta a gerincvelőt és azután az ischiadikusukba vírust fecskendezett. A betegség az átvágás ellenére is ráterjedt a nyaki segmentumokra. Ez csak úgy képzelhető el, hogy a sympathikus systemán, mint az egyetlen sértetlen idegösszeköttetésen terjedt föl.

Azt találta továbbá, hogy először mindig a sympathikus systema betegszik meg és csak azután a somatikus. Ezt a klinikai tünetek is bizonyítják, mert előbb jelenik meg a paradox vizeletviszatartás csepegéssel és szorulással, mint a bénulás.

További kísérleteivel azt igazolta, hogy a vírus behatolása mindazokon a helyeken történhet, ahol nagyobb számú szürke rosttal jut érintkezésbe. A vírus a tengelyfonal mentén halad a központi idegrendszerhez és ahhoz, hogy megbetegedést okozzon, szükséges, hogy a felvevő regio és a központi idegrendszer között megszakítás nélküli összeköttetés legyen.

Végül arra a kérdésre, hogy a poliomyelitises vírus egy magában előidéz-e a betegséget, azt feleli, hogy maga a vírus az emberre nézve relative ártalmatlan és azt hiszi, hogy a betegség létrejöttében a normalis belorganismusok is szerepet játszanak.

Barabás István dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület febr. 16-i ülése

Bemutatás.

Kolos E.: *Miliaris tüdőtuberculosis gyógyult esete.* (Kézirat nem érkezett.)

Okolicsányi-Kuthy D.: Gyógyult miliaris-egyet ismertett a VI. tbc-nagygyűlésen *Bálint* professor. Az eset discussiójában *Entz* és *Orsós* is elismerték, hogy a köles tuberculosis göböcskéi visszafejlődhetnek. Az amerikai *Pearson* három idevágó esetet írt le, kiemelve azt, hogy infaustnak látszó casusokban egyszerre csak jó immunitási állapot következhetik be, mely gyógyulásra vezet. *Pilger* négy, *Valdes* szintén négy gyógyultnak látszó esetről adnak számot. De hogy a »gyógyult« egyént továbbra is fenyegetheti a *Damokles-kard*, mutatja *Kern Tibor* esete is, melyben 13 kg súlygyarapodás és könnyebb munkára alkalmassá válás után a beteg meningitisben elhalt, mely egy cerebriális sajtos göböl indult ki. *Duker* két esete közül az egyik szintén meningitisben, a másik agyvelői tbc-ben pusztult el. A jeni klinikán is tapasztalták, hogy a tüdői miliaris resorptio útján röntgenlogice is eltűnhetik.

Kern T.: 1921-ben miliaris tüdőgümőkór gyógyulásának lehetőségét ismertette egy eset kapcsán. A klinikai tünetek visszafejlődésének oka a tüdő miliaris gümőinek kötőszövetes eltokolódása volt, amint azt *Johan Béla* szövettanilag kimutatta, miután a beteg — miliaris gümős klinikai tünetei teljes visszafejlődése után egy évvel — gümős agyhártyagyulladásnak esett áldozatul.

Előadások.

Paunz L.: *A vese-érkeringés néhány problémájáról.* Kísérletekről számol be, melyeknek célja az volt, hogy a vese vérkeringésének átalakításával a vesepathologia néhány elméletileg és gyakorlatilag fontos kérdését közelebb hozzák a megoldáshoz. A vese venája helyettesíthető collateralis erekkel, melyeket cseplésbeültetés által lehet létesíteni. A feleslegessé tett venát fel lehet használni egy második arteriális véráram odavezetésére. Ily módon kettős vérkeringésű vesét nyerünk, mely egyrészt túléli a szerven folytatott kísérleteket tesz lehetővé, másrészt élő állaton is lehetővé teszi néhányórás kísérletben a kéregcsatornák izolált bénításának megvalósítását. Az ú. n. többszörös cseplésimplantációval az arteria renalis is feleslegessé lehet tenni, ami az autotransplantációnak igen könnyen keresztülvihető új módjához vezet. Különösen a vesebeidegzés kérdéseinek tisztázásánál tesz ez nagy szolgálatot. A cseplés collateralisok által létesített érhálózatnak legnagyobb jelentősége azonban az, hogy feloldja a vese szigorúan végarteriális rendszerét s azonkívül a kéregcsatornákhoz közvetlenül is juttatva arteriális ágakat, megvalósítja utóbbiak extraglomerularis vérellátását. A kéregállomány ilyen arterialisációja aránylag kis beavatkozás segítségével elérhető s mint azt az ereknek gelatinával való injiciálásával, valamint az experimentális tyramin-nephroskerosisra való hatással kimutathatjuk, az újonnan létesített érpályák nemcsak a nagyobb erek elzáródásának következményeit képesek tökéletesen elhárítani, hanem megakadályozzák a másodlagos tubulusatrophia kifejlődését is a glomerulusok pusztulása esetén. Ezáltal megnyílik az út egyrészt a glomerulusoknak állatkísérletekben való izolált kiiktatására, másrészt arra, hogy az emberi nephritisek és nephroskerosisok vérkeringési zavarainak következményeit elhárítva, bizonyos therapiás eredményeket érjünk el ezeknél a betegségekknél.

Szilvási Gy.: *Kísérleteim a biogen-bakteriumokkal.* Előadó a gonococcus bakteriumából indul ki és elmondja, hogyan sikerült megállapítania azt, hogy a gonococcus bakteriuma a cukrot, a gonorrhoeás beteg ember véréből lebontja. Állat és emberekben folytatott kísérletekkel bizonyítja, hogy a gonococcus bakteriuma a vércukrot tekintélyesen leszállítja.

Abból a tényből kiindulva, hogy a gonococcus bakteriuma erre képes, keresett és talált 574 apathogen bakteriumot és vizsgálta azok tulajdonságait. Ezek a bakteriumok eddig jórészt ismeretlenek, mert egyik bakteriologiai diagnosztikában sem lehet ezeket meghatározni és a már ismert bakteriumok csoportjába őket besorolni. A bakteriumok állatra, emberre nemcsak hogy ártalmatlanok, hanem hasznosak is, azért ezen bakteriumokat biogenbakteriumoknak nevezte el.

Ezekkel a bakteriumokkal először vércukor meghatározásokat folytatott és azokkal sikerült előadónak megállapítani, hogy ezek közül sok a vércukrot nagy mennyiségben leszállítja. Később kiterjesztette vizsgálatait a vérszéjszámok meghatározására, felsorolja azokat a bakteriumokat, melyek a vörösvértestszámot emelni képesek és felsorolja azokat a bakteriumokat, melyekkel sikerült a fehérvérsejtszámot csökkentenie.

Végzett betegeken is oltásokat. Diagrammokban mutatja be azt, hogy a betegek vérszéjszáma mennyire növekedett

és testsúlyuk mily mértékben gyarapodott. Előadó szerint biogenbakteriumokkal foglalkoznunk kell, mert azok kiváló gyógytényezőknek mutatkoznak.

Belák S.: Előadó azt állítja, hogy bakteriumai azért csökkentik a vércukrot, mert azt felhasználják. Ha belegondol a quantitativ viszonyokba, lehetlenségnek fogja tartani, hogy egy gonorrhoeás fertőzésnél szereplő kevés bakterium a vércukrot és annak nagy tartalékait úgy ki tudja méríteni, hogy az a vércukor csökkenésében kifejezésre juttasson. A hatás kétségtelenül indirect és valószínűleg haeteroprotein befolyás. A vérszéjszám változásai órákon belül nem a vérképzés, hanem a vérelosztás változására utalnak, ami nem specifikus jelenség, mert sok minden beavatkozásra előáll. Létrejövételében egyrészt a lép és esetleg a vörös csontvelő kiürülése, másrészt a periferiális erek lumenváltozása szerepel, amellyel kapcsolatban az erek átjárhatósága és ezáltal a vérszéjszám localisan változik. Helytelen azon nézet, mintha előadó által említett ú. n. biogenbakteriumok volnának a legelső eddig ismert hasznos bakteriumok. A bélflora irodalma bőséges adatokkal szolgál ilyen irányban, nem is szólva az oly sok esetben érvényesülő bakterium-antagonizmusról.

A Közkórházi Orvos Társulat február 13-i ülése.

Bemutatások.

Simkó B.: *A nyak veleszületett bőrhiánya.* Bemutat egy újszülöttet, akin a veleszületett bőrhiány a nyakon helyezkedett el. Az eset különös érdekessége az, hogy az irodalomban nem talált még hasonlót. Egészen egyedül álló fejlődési rendellenesség. A bemutatott újszülöttn a bőr és platysma hiányát az operculum lenövésének zavarában keresi.

Előadások.

Mihákovics E. és Sulyák I.: *Megzavartások kezeléséről, különös tekintettel a fertőzött esetekre.* 1039 abortus-esetből 26.5% lázas, 30.9% subfebrilis és 42.6% láztalan esetünk volt. Az abortált betegek 77.2%-a volt asszony, 22.8%-a leány. 20% volt primi, 80% multipara. A primipara leányok között kétszerannyi volt a fertőzött, mint az asszonyok között, ennek oka, hogy e két csoportban a legtöbb a criminalis beavatkozás. Legtöbb abortus a 21—30 éves életkorra esik, 54.7%, 31—40 évre 32.6%, 20 év alatt 8%, 40 év felett 4.7%. A láztalanul felvettek 84.5%-át active kezeltük, a halálozásunk 0.45% volt. A subfebrilisek 69.8%-át active, 30.2%-át conservativ-exspectativ módon kezeltük 0.93% mortalitással. A lázasak közül 47.4%-ot kezeltünk conservativ-exspectativ módon, itt 0.37% halálozásunk volt. A méh üregén túl terjedt fertőzéssel felvett abortusok mortalitása 0.68%, a láztalanokkal együtt 0.57%, ha a túlterjedt infectioval felvetteket is hozzá számítjuk, úgy 1.06%. Minthogy eseteinkben az activ kezeltek gyógyeredményei még majdnem jobbak, mint a conservativ kezeltéké, viszont az activ kezeléssel kb. 30% ápolási időmegtakarítást érünk el, így az eszközeiben másékeltektől tartjuk helyesnek a lázas incomplet abortusok esetében is, ha a méh környezete szabad s az infectio localisátnak látszik, ebbeli kétség esetén, vagy szűk nyakcsatorna mellett, ennek támogatását ajánljuk úgy fájáskeltés, mint váladék levezetése és drainezés szempontjából. Lázas esetek activ kezelésében az ujjal befejezést részesítjük előnyben.

Pozdora P.: *Az ostitis fibrosáról.* Beszél az ostitis fibrosa tünettanáról, szövettani képeről, valamint a betegség kifejlődéséről. Foglalkozik a folyamat következtében támadó cystaképződéssel s felhívja a figyelmet arra, miszerint téves azon szerzők állítása, akik minden csontcystaképződést az ostitis fibrosával hoznak kapcsolatba. Az ostitis fibrosa két megjelenési formája az általánossá váló és a körülírt alak, mely utóbbi leginkább mint solitár cysta jelentkezik. A therapiájában a betegségnél, főleg a körülírt alakban, kiemeli, a radicalis úton történő gyógyítást, amely a beteg terület kiirtásából és autoplastikus úton eszközözendő csontpótlásból áll. Egy ilyen radicalis úton gyógyított esetről is beszámol, ahol egy nyolcéves leánygyermek bal felkarcsontjában ülő cystaképződéssel járó folyamatot takarítottak el műtéti úton és pótolta egy tibiáléccal. A műtét után teljes restitutio ad integrum jött létre.

Kubányi E.: Rámutat arra, hogy egyelőre nincs támpont arra nézve, hogy az ostitis fibrosa localisata és a generalisata R.-féle megbetegedésnek talán korai megnyilvánulása, vagy enyhébb alakja volna. Mindkét kórkép az érdeklődés homlokterében áll s éppen ezért minden megfigyelésre kerülő esetnek alapos kivizsgálásával mintegy kötelességünk hozzájárulni e megbetegedések sok megoldásra váró kérdésének tisztázásához. A localis elváltozás felismerése után a csontrendszer többi részéről készülő Rtg.-felvételt elengedhetetlen szükségesége mellett a vércalcium ellenőrzését is fontosnak kell tartani.

Mandl (1925) epitheltest-adenoma extirpatio esete óta a kísérleti tudomány nagy horderejű újabb és újabb felfedezések birtokába jutott. Utal *Katarer*, *Hutischauer*, hazánkban a Bakay-klinikáról *Marx* munkásságára.

Fischer E.: A röntgen- és klinikai kórkép alapján ostitis fibrosának megfelelő megbetegedés rendszerint megmarad jóindulatúnak, de előfordulnak esetek, amelyekben éveken át tartó fennállás után az ú. n. barna daganat (brauner Tumor) vagy sarcoma keletkezett az ostitis fibrosa helyén. Ilyen eseteket ismertek.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Otologia Szakosztályának január 25-i ülése.

Bemutatók:

Barkó M.: *Otogen sepsis operált és gyógyult esete szokatlan szövödménnyel.* Ötéves gyermek heveny középfülgyulladással, egyidejűleg septikus jellegű, szokatlanul heves, általános tünetek között betegszik meg. A fülgóc sebészi kiktatásai és energikus általános gyógykezelés (főleg vértransfusio, serumok és autovaccina) hatására néhány apró izületi és izometastasisal együtt a súlyos septico-pyaemiás folyamat látszólag meggyógyul s csak később kerül napfényre a septikus eredeti disseminált formájú myelitis. Bemutató hangsúlyozza az aránylag enyhe localis lelet mellett a sepsis korai keletkezésének jelentőségét, az immunbiológiai gyógykezelések hatásos voltát és az igen ritka gerincvelői szövödményt.

Szász T.: A sepsises jelenségeknek a középfülgyulladással úgyszólván együttes megjelenése, a műtétkor látott helybeli elváltozások jelentéktelensége, a műtét teljes hatástalansága a hetekig tovább megmaradt sepsises tünetekre, valamint az a tény, hogy a metastasisoknak tartott megpungált góccok egyikében sem volt abból a streptococcus haemolyticusból, amelyet a csecsnyútványváladék tartalmazott, megfosztja minden tudományos támaszától azt a feltevést, hogy a sepsises jelenségek otogének, annál is inkább, mert a vázolt valamennyi távoli tünetet akkor is megtaláljuk hevenyfertőzött betegekben, ha épek a füleik. Észszerűbb a sepsis és az egyidejű otitis közös okának az ilyenkor mindig beteg orrgaratot tartanunk.

Kerekes Gy.: 1928-ban közölt hat hasonló gyógyult otogen osteophlebitises sepsis közlése idején leszögezte azt az álláspontját, hogy csak a localis lelet vezesse a fülörvost a további műtéti beavatkozás indíciójában. A fülgóc kiktatása után az otogén sepsis terapiájában a legnagyobb szerepe a cardiacumoknak van.

Kepes P.: Arra hívja fel a figyelmet, hogy szívzavar esetén elsősorban cardiacumokat kell alkalmazni.

Liebermann T.: Helyteleníti *Szász* fel fogását. Épp a nem szembeszökő tüneteket okozó és mégis fontos szerepet játszó góccok felismerése és méltatása az igaz orvosi feladat. Az eredmény *Barkó* mellett szólt. Az indicatio nyilván helyes volt.

Fleischmann L.: Az otogén sepsis klinikai diagnózisát nem dönti meg az a körülmény, hogy a csecsnyúlványban nem találunk súlyos elváltozásokat és hogy a sinusfal épek látszik. Ha a hallószerv az egyetlen hely, ahol genyes góc található, akkor igenis indíciált a műtét, mert műtét nélkül nem is dönthetjük el, vajjon nincs-e jelen sinusmegbetegedés. Viszont ebből nem következnek az, hogy még ép sinuslelet mellett is tovább menjünk műtét-eljárásainkban és a jugularist is lekösük, mert ennek ép sinus mellett semmi célja nincs.

Szász T.: Hozzászólásához a szakosztály tudományos szempontja vezette, amely nem mindig egyezik a mindennapos gyakorlatival; utóbbi követeléseit *Barkó* tökéletesen ki is elégitette. *Liebermann* voltaképpen hozzászólónak ad igazat, amikor a szembe nem szökő góccokra hivatkozik, ezek azonban a jelen esetben inkább lehetnek az orrgarat, sőt a melléküregek, mint a láthatóan genyedő középfül, amely bemutató saját állítása szerint nem is volt nagyon beteg és sebészi megnyitása, valamint a fül teljes meggyógyulása után hetekkel később mégis előállott gerincvelőszövödmény az otogen magyarázatnak nagysúlyú ellenbizonyítéka.

Barkó M.: *Szász Tibor* hozzászólására válaszolva elismeri, hogy nehéz dolog abszolút bizonyítékot szolgáltatni a sepsis otogen voltára, mert ez csak szövettani metszetek alapján volna lehetséges, de a klinikai tünetek, más góc hiánya s végül a műtét után bekövetkező gyógyulás kétségtelenné teszi a sepsis füléredetét.

Rejtő S.: *Conservativ radicalis műtét cholesteatomás recidívával.* A genyedő középfülműtét esetén az ott talált bonctani viszonyok, a kóros elváltozások, a hallás foka és a másik fül állapota alapján döntjük el, hogy melyik műtéti eljárást alkalmazzuk. Hét év előtt conservativ radicalis műtétet végzett kilencéves leány balfülén, mert a betegnek mindkét füle folyott

és jobb fülének hallása gyengébb volt, mint a balé. A bal dob üregét mindaddig nem sikerült kigyógyítani, sőt újabbban a dobüregben cholesteatoma is képződött. Bemutató elismeri, hogy a hallóképesség megőrzésére mindenkor törekednünk kell, mégis azt hiszi, hogy ha egyévi állandó és gondos kezeléssel a középfület meggyógyítani (kiszáritani) nem tudjuk, át kell az üreget alakítanunk tipikus radicalis üreggé. A beteg operált fülén ma is öt méterről hallja a sutogó és tíz méterről a társalgó beszédet.

Pick I.: A conservativ radicalis műtét ma már éppen a gyakori recidívák miatt — ritkább. Ha retentis nincs és az üreg jól nyitott, tehát a cholesteatoma semmi bajt nem okoz, ott legcélszerűbb az újabb műtétől elállani és tovább is conservativan kezelni.

Wein Z.: A bemutatott betegen nem találja a cholesteatoma esetében megszokott képet. Az időnként tapasztalható nyákos folyás dobüregi eredetű és teljesen gyógyult radicalis üreg mellett nem szolgáltat alapot az ép hallócsontok és a dobhártya feláldozására.

Előadás:

Rejtő S.: *Újabb adatok a cholesteatomás középfülgenyedések gyógyításához.* Előadó a conservativ eljárások eddigi eredménytelenségét eljárásaink hibáival magyarázza. Kilenc éve hangoztatott elvén ezen genyedések vízmentes szárító kezelését két újabb érvel erősití. Első az amerikai *Kemeth M. Day* rendszeres kísérleti alapon elért eredménye, aki kimutatta, hogy a cholesteatomás genyedések alkohollal és aetherrel történő kezelésével esetei 72%-a gyógyult. Eljárása ugyanaz, mint előadóé; újabbban már az előadó által bevezetett széntetrachloridot is eredményesen használja. Második érve a zsírchemia azon kevésbé ismert tétele, hogy cholesterin jelenlétében a zsírok vízmegkötő képessége több százalékkal fokozódhat. A széntetrachlorid egyik legjobb oldószere a chloresterinnek s hogy hatását nagyban fokozza az előzőleg alkalmazott abszolút alkohol. Számos külföldi klinikán alkalmazzák eljárását, s rövidesen reméli, hogy igen nagy anyagról számolhat be.

Pogány Ö.: Minden therapiás eljárás, mely a cholesteatomás fülgenyedést meggyógyítja, figyelmet érdemel. *Rejtő* által ajánlott széntetrachlorid-kezelés szép eredményekkel biztat, a kísérlet folytatandó. Annál fontosabbak ezek a conservativ therapiás eljárások, mert a radicalis műtét sokszor cserben hagy.

Semmelweis serlegbeszéd.*

Az a név, melynek tartalmát adó szellemét itt ma felidézem, a világ orvostörténelmének hatalmas darabja.

Miért lett azzá? — kiváló orvostörténészünk, *Györy Tibor* világította meg legmeggyőzőbben. Ő volt az, aki *Semmelweis Ignác Fülöp* öt, a mérhetetlen értékű magyar ékkövet, a lassan ráereszkedni készülő feledés homályából előkereste, melyben azt számító kalmárok majdnem már idegen állam tulajdonába is juttatták. Ő volt az, aki azt porlepte fénytelenességéből kifényesítette s az idők foga által itt-ott kikezdett felületeit briliáns lapokká csiszolta. Ő volt az is, aki azt egy minden jelenlevőt extasisba hozó, a velem egykorú, akkor még egészen fiatal szülészekbe pedig valóssággal ihletet öntő ünnepség keretében a magyar kultúra homlokára tűzte, megmutatván, hogy a gyermekági láz okaként ezen drágakőnek csak egyik lapjáról reflectálódik le a hulláméreg, a másik ellenben az ihorra, egy harmadik a széteső daganat terméke, a negyedik az egyénben magában termelődő tényezőre, a többi pedig még sok más hasonló egyébre is rávilágít s hogy e lapok összestevődő sugárzásából pedig a »decomponált organikus anyag« rejtélyes kórszarmazástani fogalma villog elő olyan vakító csillogással, hogy annak fényessége fejhajtásra készítette az akkor Budapestre sereglett világhíres szülészkoponyákat.

Aztán jött a megokolással *Malade Theo*, aki egy szívbe-markoló regényben az érzékeny lelkű *Semmelweist* az Allgemeines Krankenhaus I. sz. szülészeti osztályán a gyermekágyas kórterem milieujébe állította bele, mely akkor Bécs anyáinak képzeletében, hatalmas halálözése miatt, a rémület fogalmává kristályodott. Aztán szemléltette, mint menekült onnan az anyamentés vágyától telített ifjú philantrop

* A budapesti Orvosi Casinóban 1935. január 29-én tartott emlékbeszéd.

szobájába, ahol kórlapokba merülve igyekezett kórbonctani tanulmányokban cizellált agyával, azoknak érthetlenségeibe világosságot hozni. Nyugodt munkája azonban itt se volt. Ezért onnan is gyötrődve menekült. Egyszer aztán végre az, aki ajtaja előtt mást vizsgálni annyiszor elhaladt, kinzó tépelődésében őt is megszánta, mire *Kolletsckának* tetembontási jegyzőkönyve fölött az extasisig fűtött agyvelőből kipattant a revelatio szikrája s — mint *Sinclair* mondja — megszületett az »eternally throe«, a gyermekági láz örökérvényű aetiológiája. Ekkor aztán éppen úgy, mint az is, akitől a revelatiót kapta, elindult hirdetni az igazságot s jutalma — mint azé is — a meg nem értés és a kigúnyolás lett, majd a golgotha, ahol revelatorához hasonlóan, ugyanannak jegyében lelt halált, amelynek jegyében az életet hirdette.

Jöttek aztán *Kruif*, *Müller*, *Siegrist*, *Thiel Rudolf*, majd a magyar orvostudomány nagy hírességei és megbecsültjei: *Tauffer* (1907), a két *Korányi* (1908 és 1926), *br. Müller* (1909), *Schulhof* (1910), *Pertik* (1911), a két *Bókay* (1912 és 1924), *Réczey* (1913), *Dollinger* (1914), *Grosz E.* (1925), *Tóth István* (1927), *Verebély Tibor* (1928), *Bálint* (1929), *Frigyesi* (1930), *Hülll* (1931), *Temesváry* (1932), *Entz B.* (1933) és az *ifj. Imre* (1934), akik mind az általam éppen szegényesen dióhéjba foglalt események részleteit csillogtatták ki élményeknek számító fényes serlegbeszédükben, vagy tettek mély tudományosságú reflexiókat azon következményekre, melyek *Semmelweis* felfedezéséből fakadtak, meg azon kapcsolatokra is, melyek más szakmákban vele vonatkozásban állottak és vannak, mind egy-egy súlyos érvvel toldva meg ismét annak megokolását, miért lett *Semmelweis* neve és ténykedése a világ orvostörténelmének hatalmas darabja.

Felelni kell azonban tovább arra a kérdésre is, miért maradt is *Semmelweis* e történelemnek ilyen darabja?

Akadtak ugyanis kételkedők, ünneprontók meg támadók is és pedig nemcsak *Semmelweis* idejében és közvetlen azután, mint *Holmes*, aki — a hullaméregre *Semmelweis*-nél korábban eszközölt rámutatással — a gyermekági láz aetiológiájának első meglátását, *Baruch* szerint, magának vindikálta, hanem később, sőt napjainkban is.

Utóbbiak közül pedig elsőként *Hauchnak*, Pasteur 100 éves születési évfordulóján, 1923-ban, a strassburgi congressuson elmondott referatúrára kell emlékeztetnem, melyben az a gyermekági láz aetiológiájának felfedezőjeként *Cedersghjöldöt* jelentette be (*P. G. Cedersghjöld*: *Quinnans Slagtlif* 1836), mondván, hogy ez a svéd orvos *Semmelweis*-nél 10 évvel hamarabb (1826-ban) mutatta ki a gyermekági láz fertőző minőségét, hangsúlyozván azt is, hogy a contagiumot a bábák és ápolónők viszik át szivacs és törlek által a betegről az egészséges asszonyra s aki a *Semmelweis* által is később ajánlott chlorvizes kézmosásokat és a megbetegedett egyének elkülönítését már azon időben gyakorolta.

Másodiknak pedig, mint legújabbat, *Thoms H.-t* kell említenem, aki 1928-ban is még amellet harcolt, hogy az aberdeeni *Gordont* kell annak tekinteni, akit az elsőség illet abban, hogy a gyermekági láz fertőző voltát kimondotta. Ez az angol orvos volt nevezetesen — szerinte és *A. W. W. Lea* szerint is — az, aki 1795-ben megjelent munkájában, tehát kb. félszázaddal már *Semmelweis* előtt, elsőnek szemlétette világosan azt, hogy a gyermekági láz fertőző betegség, nem egyéb mint sebinfectio az orbáncéval analog anyaggal, melyet a bábák és orvosok visznek rá a gyermekági sebére. Ekkor aztán, mint mindig, ha putrid anyag kerül a méhbe, ez a szerv, meg a vele érintkező zsigerek is, gyulladásba jönnek, azaz gyermekági láz keletkezik, mint-hogy a fertőzőanyag a nyirokutakon szívódik fel a környezetbe. Kimondotta ezért, hogy a gyermekági lázat okozó fertőzés elkerülése érdekében a beteg testi és agyi fehé-

neműjét el kell égetni, vagy alaposan meg kell tisztítani. Az orvosnak és bábának pedig, aki lázas gyermekágiagnak segédkezett, gondosan meg kell mosakodnia, testi ruházatát megfelelőleg ki kell füstöltetnie, mielőtt azt újra felveszi.

S ha mi tudjuk is, hogy a *Cedersghjöld* és *Gordon* által elgondolt s a megbetegedő gyermekágiagnas méhben a felidéző eredeti betegséggel azonos okozni vélt (*Györy*) contagium nem volt egy és ugyanaz a *Semmelweis* által hirdetett, érintés útján átragadó vagy a szervezetben magában termelődő »decomponált organikus anyaggal«, az idézett példák mégis kétségtelenül mutatják, hogy még ma sem áll a világ közvéleményében *Semmelweis* támadatlanul és egyhangúsággal elfogadottan mint olyan, aki a gyermekági láz fertőzéses minéműségét elsőként fedezte fel.

Hát ha ez így van, akkor más kellett hogy legyen az a tény, amiért nemcsak lett, hanem maradt is, *Semmelweis* a világ orvostörténelmének hatalmas darabja. Ez a tény pedig az, amiben halála óta senki sem kételkedik s amit már maga *Semmelweis* is sejtetett, mikor azt mondotta, hogy: »én felfedeztem a gyermekági láz örökigaz, kizárólagos okát, de nem ez az igazi érdeme az én tanításomnak, hanem az, hogy megmutatja, miként kell a szerencsétlenséget elhárítani« (*Györy*), vagyis az, amit róla említett támadói is fenntartás nélkül elismernek: hogy *ő volt s ő ma is a világ összes szülőanyáinak legnagyobb jótevője, mert letagadhatatlanul és elválaszthatatlanul az ő nevéhez és egyéniségéhez fűződik a gyermekági láz ma is érvényben levő aseptikus prophylaxisának a világ közkincsévé tévése.*

Igy mondja ezt *Hauch* is, hogy *Semmelweis* alapján, meg az antiseptisnek és az asepsisnek későbbi tökéletesítése révén, megtanultuk a gyermekági láznak halálosan végződő eseteit bizonyos minimumra lenyomni. Hozzáteszi azonban, hogy: ez a minimum viszont minden törekvés ellenére az összes országokban jóformán állandónak maradt, amin felül még mindenütt meglehetősen lényeges mennyiségű gyermekágiagnas megbetegedési arányszám is mutatkozik. S ugyanezt bizonyítottam szerény magam is kiterjedt statistikákkal a gyermekági lázról irt, 1933-ban megjelent monographiámban, hangsúlyozván még azt is, hogy a *Semmelweis*-féle aseptikus prophylaxis a halálozások megelőzésében idealisan, a fertőzéses lázak elhárításában pedig legalább is 90 %-ban (91-26 %) csupán oly szülések kapcsán tudja teljesíteni feladatát, melyek kezdettől végig csorbíthatatlanul ezen asepsis szellemében bonyolíthatók le. A többi esetekben viszont csorbát szenved az és pedig abban a mértékben, ahogy kevésbé folyik le a szülés vagy vetelés a mondott asepsis szellemében.

Ebből pedig egyben az is következik, hogy: még várunk valakit, aki majd ezen, ma még reménytelen eseteknek eredményes antiseptikus prophylaxisát és terapiáját meghozza.

E pontnál vetődik fel aztán a kérdés, ki lesz majd ekkor a világ szülőanyáinak legnagyobb jótevője, tehát hogy vajjon: megmarad-e *Semmelweis* ekkor is, véglegesen a világ orvostörténelmének a maival egyenértékű hatalmas darabja?

Én azt hiszem, hogy erre a kérdésre már ma is csak határozott igen-nel lehet felelni.

Én ugyanis ma már nem tudok egyetérteni azzal a régebben még indokolt felfogással (*Lovrich*, *Györy*, *Herff*), mely azt mondotta, hogy: »igazat kell adnunk *Zweifel* professornak, aki szerint *Semmelweis* tanait szóról-szóra elfogadhatjuk, ha az állati organikus szétesett szövetek helyébe: betegséget okozó bakteriumokat teszünk«. Mitőbb, a ma már rendelkezésünkre álló tapasztalások alapján talán azt sem lesz részemről merészség állítani, hogy a tudomány, mindenek szerint, nagyon tévedett akkor, amikor *Semmelweis* »decomponált organikus anyagák-nak kórszármazástani fogalmába egyszerűen a bakteriumokat helyettesítette.

Hiszen tudjuk, hogy az egészséges gyermekágiagnas nők

hüvelyében az esetek 75—80 %-ában ott találjuk az emberi szervezetre kórkeltőnek tartott csirákat olyankor is, mikor azokat belsőleg sem a szülés előtt, sem azalatt, senki sem vizsgálta, meg azt is, hogy ugyanazon bakteriumlelet és asepsis mellett az egyik egyén halálos eredménnyel, a másik pedig egyetlen hőemelkedés nélkül csinálhatja végig gyermekágyát. Az egészséges terhes és szülő nő hüvelyének bakteriologiai lelete alapján tehát nem tudjuk sohasé biztosan előre megmondani, megbetegszik-e vagy sem a nő a gyermekágyban. Váladékának lelete pedig nem nyújt biztos támpontot arra, hogy milyen gyermekágyi betegség fog nála kifejlődni, sem annak megjelölésére, meggyógyul-e betegségéből vagy belehal. Ha pedig a halál bekövetkezik, a tetembontás lelete különösképpen mindig egyforma, akár miféle volt is az a csira, melyet váladékából kitenyésztve, a halált okozó betegség kórokozójának ítéltünk. S ez a halál vagy ellenkezőleg a gyógyulás, átható befolyása nélkül következik el annak: akár active, akár passive, kísérjük meg a beteget immunizálni, akár fémsolokat vagy más gyógyszereket nyújtunk neki a desinfectio magna elvének érvényesítésére törekedvén, akár pedig aspecifikus immuno-biológiai folyamatokat igyekszünk nála a protein, illetőleg a diaetás kezelésnek eszközeivel kiváltani. S nincs ma mód kezünkben arra se, amellyel úgy tudnók bakteriumok ellen ható gyógyszerekkel vagy vaccinatiókkal a szervezetet előre elkészíteni, hogy annak eredményeképp a gyermekágyi lázas betegségek ismert átlagos arányszáma meggyöző módon alászálljon.

Ez tehát más szóval annyit jelent, hogy: a gyermekágyi láznak *tisztán* bakteriumos kórszarmazástani elmélete a kórismézés, a kórjósíttatás, valamint a gyógykezelés kérdésében is csődöt mondott. Ezért itt az intelem a visszatérésre *Semmelweisnek* eredeti kórszarmazástani fogalmához: a rejtelmes decomponált organikus anyaghoz s beismerésére annak, mennyire igaza volt *Markusovszkynak*, mikor mondá: »azt hisszük, ki kellend még mutatni mi és milyen azon rothadt szerves anyag, — szövet- és vegytanilag — mely a fertőzést okozza; mi úton és módon jut az a szervezet belsejébe, mint működik ott vegyileg, élettanilag, melyek felszivatása és működésének feltételei...« Beismerése ez annak, hogy *Semmelweis nagy felfedezését máig sem értjük teljesen, még kevésbbé tekinthető az megfajítottak.*

Ha ezt elmulasztjuk, jönni fog egyszer valaki, aki ráolvassa a mi fejünkre is azt az einéző feloldozást, hogy *Semmelweis* felfedezésének ellenére, a gyermekágyi láz antiseptikus prophylaxisának és therapiájának mikéntjét nemcsak fel nem fogtuk, hanem magunkat ennek beismerésén is túltettük. Ahogy jött *Pertik* is a *Semmelweis* kora iránt elnéző feloldozásával, hangsúlyozván, hogy *Semmelweis* — aki a szerv, illetőleg a sejt-kórtani constaláló anatómiai irányzat idejében egy lépéssel átvette magát az oknyomozó, egységesítő, kórszarmazástani felfogás korába, olyan elvekkal a homloktérben, melyek már a mai legmodernebb immunitástannak csiráját rejtették magukban, — kora nem értette, sőt nem is érthette meg.

Ezért ne tekintsek merészséggnek részemről, ha azt állítom, hogy — úgylátszik — immár útban vannak azok is, akik a *Semmelweis*-féle rejtélyes kórszarmazástani fogalomnak, a decomponált organikus anyagnak megértésére az utat egyenetlik.

Hiszen, gyerekágyasokat illetőleg, éppen klinikámról származik az első észlelés (*Tóth S.*), hogy a gyermekágyas gyulladások helyi gócaiban, mint azt *Schade*, *Neukirch* és *Halpert* kísérletesen is kimutatták, organikus testek esnek szét, melyek a colloidalis vérplasma szerkezetét megváltoztatják. *Scheyer* és *Louros* pedig — akik *Gaesslerrel* és *Schmeichellel* a septikus betegségekben előkelő szerepet játszó, de még mindig elég talányos, reticulo-endothelialis

rendszernek változásait ilyen betegségek kapcsán egereknek és embereknek tetemeiben tanulmányozták — azt találták, hogy abban ilyenkor mélyreható és az egyén sorsára döntő jelentőségű változások jönnek létre, melyek következtében a szervezet anyagcseréjében is jelentős módosulások keletkeznek. Ezért szükségesnek mondták, hogy ezen utóbbi változások minden részletükben, az egészséges egyénekével viszonyban, végigtanulmányoztasanak, hogy majd azoknak eredményeiből a reticulo-endothelialis rendszer állapotára s abból a megbetegedett egyének kórjósíttatására következtetések legyenek vonhatók.

S e vizsgálatoknak alapvető részét *Louros* és *Gaessler* már el is végezték, azok kiegészítésében pedig — egyebeken kívül — klinikám laboratoriuma is kivette megillető részét.

Igaz, az eredmények ma még hiányosak és elégtelenek. Vegyünk mégis tudomást arról, hogy a szervezet szöveteinek rejtelmes vegyi decompositióját kutató laboratóriumokban égnek már a lángok a retorták alatt, világítanak már a lámpák a mistikus coloriméterek fenekén s hogy sóvárgó szemek figyelik már a színváltozásokat a titráló buretták talpára helyezett edényekben. Ne hagyjuk más szóval észrevétlenül, hogy elindult már a gyermekágyi betegséget létrehozó *vegyi sejteltváltozások* felderítésének s vele a *Semmelweis-féle decomponált anyag-rejtély* megfajításának munkája.

Mi magyar orvosok pedig, hogy *Semmelweist továbbra is megtarthassuk a világ orvostörténelmének hatalmas darabjával*, az általam éppen mondottakra felfigyelvén, ne szűnjünk meg mindenfelé és minél hangosabban mondogatni, hogy e munkák is még mind *Semmelweisből*, a kiapadhatatlan mélységű magyar kútforrásból merítenek. S hirdessük szerte azt is, hogy ha sikerül a rejtély megfajítása s vele egyrészt megérjük a sejtchemiába olyan eredményes belenyulást, hogy az élő szövet talaján halállal fenyegető gyermekágyi láz ne fejlődjék, másrészt megtanulunk abban olyan ellenhatást is létrehozni, hogy a halálosnak indult gyermekágyi láz az egészség útjára visszatereltesse, akkor a talány megfajításának kijárhat ugyan a szobor, mely az emberiség hódolatát önti érbe újabb jötevőjének: ez azonban a *Semmelweis* talapzatánál csak egy fokkal alacsonyabba kerülhet, mert csak ekkor telik be *Semmelweis* felfedezésének igazi nagysága s csak akkor fog az valóban olyan örökességévé finomulni, mely »fennmarad s nőttön nő tiszta fénye, amint időben és térben távozik«.

S most, Uraim, következzen, hogy én, a szürke epigon, kezembe vegyem azt a serleget, mely *Semmelweis* gigászi szellemét idézi közénk. Megilletődés fog azonban el s annál jobban tudom, hogy: ego non sum dignus, mert körülötte érzem lebegni nagy szellemét azon immár elköltözötteknek is, akik még jórészt csekélységem szemeláttára ittak az ő dicsőítésére e kehelyből, köztük azon friss nagy halottát is, aki előttem huszadikként, mindenek közt pedig elsőnek, érintette ajkához ezt az immár nagy hagyományú és nagyhivatású értékes billikomot.

Ezért, Uraim, ne vegyék nekem, a szerény tanítványnak zokon, hogy ezen más célra szánt ünnepélyes pillanatban a *Semmelweisé* mellett, önös lélekmegmozdulásból, röviden *Tauffer* szellemét is idézem. Teszem ezt ugyanis bátran, mert ő örök tanítómesterünkhöz méltó tanítvány volt, hiszen egyrészt maga mondtotta serlegbeszédjében, hogy: egész életében buzgón kereste azt az utat, mely *Semmelweis* szelleméhez felvezet, másrészt mert megértette azt a *Semmelweis-féle* útmutatást is, hogy az orvostudományban csak az az elmélet ér valamit, mely emberéletek megtartásával szökken gyümölcsbe. Ezért én nyíltan merem azt is mondani, hogy ha *Semmelweis* a világ szülőanyjának lett legnagyobb jötevője, akkor ezt a nevet *Tauffer* meg a magyar anyavédelem alaprakásával a magyar anyáktól érdemelte ki. Ne felejtjük azonban, hogy — mint

Semmelweisé — még az ő munkája sincs betetőzve. Az »Új Szülészeti Rendtartás« áldást hozni hivatott nagy művének befejezését ugyanis a halál derékba törte. Ezért, mint a *Semmelweis-féle* tan tökéletes megfejtsére nézve is hangsúlyoztam, ki kell mondanom, hogy *Tauffer* nagy munkájának teljes kiépítésében is még mulaszthatatlan kötelességeink vannak.

Hogy azonban ezeket eredménnyel végezhesük el, jól hirdette *Frigyesi* a nagy halott koporsója mellett mondott gyönyörű nekrológiájában, hogy legalább nekünk, *Tauffer*-tanítványoknak, akiket a mester annyi féltő gonddal választott ki a munkafolytatás nehéz órhelyeire, kell teljes egyetértésben összefogni. S ha majd ebből az összefogásból a magyar gynaekológiának is, meg az egész magyar orvosi rendnek is, mindig csak a tudomány és a nemzet legfőbb érdekét néző munkája virágozik ki, nyugodhatnak meg a túlvilágon a ma itt idézett nagy szellemek s adhatnak hálát a Mindenható trónjának zsámolyánál, hogy a mondottak teljesülésével beköszönthet végre a magyar orvosi rendnek is régen sóvárgott, boldog újszövedője.

Scipiadés Elemér dr.,
egyet. ny. r. tanár.

VEGYES HÍREK

Halálozás. *Simonyi Béla dr.*, az OTI és Szent Gellért-fürdő v. főorvosa 65 éves korában Budapesten, id. *Szederkényi Mihály dr.* ny. körorvos 90 éves korában Felsőgallán elhunytak.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület február hó 23-án délután 6 órakor tartandó ülésének napirendje. *Előadások*: 1. *Róna Andor* és *Hoffenreich Ferenc*: Vizsgálatok a terhességi vizenyő keletkezéséről. 2. *Csépay Károly*: Az »ok« jelentősége az orvosszakértői működésben.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület Orthopaediai Szakosztályának február 28-án d. u. 6 órakor, a II. Sebészeti Klinika kis tantermében megtartandó tudományos ülésének tárgysorozata. *Bemutatók*. 1. *Báron S.*: Kruckenberg-műtét végeredménye. 2. *Puky Pál*: A Trendelenburg-féle tünet szerepe a világrahozott csípőizületi ficamodás diagnosztikájában. *Előadás*. *Báron S.*: A világrahozott dongaláb gyógykezelése.

A Közkórházi Orvostársulat február 27-i tudományos ülésének tárgysorozata: *Bemutatók*. *Szöllőssy László*: 1. Torquált subserosus myoma által okozott peritonitis műteti gyógyulása. 2. *Ulcus callosum curv.* minoris előzetes gastroenterostomia, resectio, gyógyulás. 3. *Pancreas-genyedés* műtéttel gyógyult esete. *Előadás*: 1. *Sipos Imre*: Eljárás supracondylae felkarfracturák kezelésére. 2. *Fettich György*: Lehet-e az oxydasereactióból a fehérvérsejtek funkciójára következtetni?

A Magyar Urológiai Társaság február 25-én délután 1/27 órakor a Szt. Rókus-kórház üléstermében tartandó ülésének tárgysorozata. *Bemutatók*. *Mindér Gyula*: Gynaekológiai határesetek. *Előadás*. *A. Kraus* (Prága) és *Herman János*: A felső húgyutak röntgenképe prostatasoknál.

Az Országos Közegészségi Egyesület Tudományos Szakosztályának február 26-án délután 6 órakor a Közegészségtani Intézet tantermében tartandó ülésének tárgysorozata. *Aujesky László*: A gázhaború és gázvédelem meteorológiája. *Telbisz Albert*: Harcigázbetegségek kór- és gyógytana. *Petróczy István*: Gázvédelem előkészítése.

A gróf Apponyi Albert Poliklinika orvosai tudományos társulatának február 27-én d. u. 1/27 órakor tartandó ülésének tárgysorozata: a) *Bemutatók*. 1. *Veszprémi Olga*: Állkapocstörés érdekes esete. 2. *Holitsch Rezső*: Lymphoranolomatos-osis-ozta elváltozások a tápcsatornán. b) *Előadás*. 1. *Lehner Imre*: Tápszeralergia.

A budapesti Orvosi Kör előadássorozatának február 25-i előadását est 7 órakor a Kör helyiségében *Rothman Ist-*

ván dr. egyet. rk. tanár tartja, »Ipari és gyógyszeres bőrmérgezések« címmel.

A budapesti Orvosi Casino előadássorozatának február 23-i előadását este 1/27 órakor *F. Blumenthal*, a berlini rákkutató intézet v. igazgatója tartja német nyelven, »A rákkutatás problémájának mai állása« címmel. A február 26-i előadást este 1/27 órakor *Hüll Tivadár dr.* egyet. ny. r. tanár tartja, »Az idült feregnyúlvány-gyulladásról« címmel.

Iskolaorvosi és egészségügyi tanfolyam a budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem Közegészségtani Intézetében folyó év március hó 26-án kezdődik. A tanfolyam vezetője *Darányi Gyula*, egyet. ny. r. tanár.

A felvételi kérvények az orvostudományi kar ezidei dékánjához, *Balogh Ernő*, egyet. ny. r. tanárhoz címezve, a Közegészségtani Intézetben március 11-től—20-ig nyújthatók be. A kérvényhez születési bizonyítvány, orvosdoktori oklevél, esetleges szakképesítés és működési bizonyítvány mellékelendő.

A tanfolyam díja 85 P., mely a felvételi jelentkezéskor, március 26-án d. u. négy órakor fizetendő be. A tanfolyam előadásai szombat kivételével, naponta d. u. 5—8-ig, ezenkívül szombat d. e. 8—1-ig lesznek. A részletes tanrend a Közegészségtani Intézetben kapható. A tanfolyam befejeztével a jelöltek képesítő vizsgálatra bocsáttatnak, mely szóbeli vizsgából és próbaelőadásból áll. Aki a szóbeli vizsgán nem felel meg, próbaelőadást nem tarthat, csak kéthónapi hospitálás után letett sikeres vizsga után. Ha valaki a próbaelőadásból utasítatik vissza, akkor szintén csak kéthónapi hospitálás után jelentkezhetik a próbaelőadás újbóli megtartására. Ezen ismétlő vizsgák díja 25 P. Ugy a vizsgán, mint a próbaelőadásán másodszeri elégtelen minősítés esetén csak a tanfolyam ismételt hallgatása után bocsáttják a jelöltet újabb képesítő vizsgára.

Azok az orvosdoktorok, kiknek »Népiskolai iskolaorvosi« képesítésük van, a tanfolyam egyes tárgyainak hallgatása alól (mely a tanrendben fel van tüntetve) felmentetnek és vizsga nélkül csak próbaelőadás megtartásával képesíthetnek. Ezek számára a tanfolyam díja 50 P. A tanfolyam május hó végéig tart és a képesítő vizsgák június hó elején lesznek.

Angliában is mind több nehézségbe ütközik az orvosok-nak honoráriumuk behajtása. Ez különösen azon orvosokat érinti, akik egyedül magángyakorlatukra vannak utalva.

Berlin városa rövidesen egy központi rákkutató intézetet létesít a Rudolf Virchow-kórházban.

Antwerpenben letartóztattak egy személyt, kinek 400 kg hasis és hét láda cocain volt birtokában. Ezzel egy messzeágazó bódítóméregüzérkedést lepleztek le.

Kínában az 1934. év folyamán 204 opiumkereskedőt végezték ki.

Bulgáriában az 1934. évi népszámlálás adatai szerint 160 egyen van, aki száz évnél idősebb. Ezek mind hegyilakók, kik juhtenyésztéssel foglalkoznak s kiknek szülei szintén nyolcvan-százévesek voltak. Kétharmad részük nem dohányos, nyolcvan százalékuk azonban nagymérvű borfogyasztó.

Olaszország lakosságának szaporodása az 1934. év harmadik negyedében 101.737 volt, szemben az 1932 évi 102.507 és az 1933. évi 104.102-vel.

Budapest székesfőváros közegészségügyi állapota.

1935. év január hó 16—31-ig:

Hasi hagymáz	32	(3)	Bárányhimlő	208	(—)
Kanyaró	279	(2)	Vérhas	14	(—)
Vörheny	181	(3)	Trachoma	37	(—)
Szamarhurut	43	(2)	Gyermekbénulás	—	(—)
Roncsoló torok- és gégelob	144	(5)	Járványos agyhártya lob	1	(—)
Influenza (szövődm.)	1	(1)	Malária	—	(—)
Gyermekági láz	6	(—)	Scabies-Rüh	8	(—)

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Lapunk mai számához, Richter Gedeon vegyészeti gyár r.-t. Budapest, »Acitophosan« »Kalmopyrin« »Hydropyrim«-ről szóló prospectusa van mellékelve.

Richter-féle gyermektápliszta
csecsemők mesterséges táplálására

Évtizedek óta kitűnően bevált, szénhidrátokat könnyen oldódó alakban tartalmazó igen kellemes piskótaizú tápszer.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, közkórházi főorvos

Occult gyomorbélvérzések ritkább okai.

Az okkult vérzések tanát Boas építette fel, azóta óriási irodalma van e kérdésnek, számos módszer van kezünkben, amelyek egyike-másika túlérzékeny, míg némelyiknek épp az a hibája, hogy csak nagyobb mennyiségű vér jelenlétében válik pozitívvá. Régen a röntgenvizsgálatok tökéletesedésének kora előtt igen nagy jelentősége volt az occult bélvérzés kimutatásának, mert azt hitték, hogy minden fekély vérzik occulte, ma azonban tudjuk, hogy a fekélyek nagyobb része nem vérzik. Legnagyobb jelentősége van a gyomorbélcsatorna carcinomájának diagnosizálásában, amennyiben ezek legtöbbször állandóan vérzik occulte, ellentétben a fekélyvel, ahol ha van occult vérzés, úgy ez legtöbbször kisebb intenzitású s csak időleges. A methodikát illetőleg csak annyit jegyzek meg, hogy durva reactióra legjobb a Weber-próba és finomabb megítélésre a Benzdin-próba (pl. Boas-Gregersen-féle módosításban); használják ezenkívül a vasat nem tartalmazó vérfestékanyagok kimutatására Snapper után a spectroscopos eljárást is. A ritkább vérzések közül első helyen kell említenem felülről lefelé haladva a tápcsatornában az oesophagus varixából eredő vérzéseket, ezekkel főleg máj-cirrrosis és más pangásos májbetegségek esetén találkozunk. Ha gondolunk rájuk, úgy a röntgenvizsgálat segítségével tisztázhatjuk a diagnózist. Áttérve a gyomor betegségeire, kétségtelen, hogy súlyos gastritisekben occult vér előfordulhat akár anacid-, akár superacid-gastritissel álljunk is szemben. Ma tudjuk, hogy a gastritis erosiv formái sokkal gyakoribbak, mint régen gondolták s ilyen esetekben a nyálkahártya elpusztulása okozhat apró vérzéseket. A gyomor jóindulatú daganatai (polypusok, adenomák stb.) ritkák, ha exulcerálnak, úgy vérezhetnek is. Magam is észleltem egy kis, gyermekfejnyi polypus adenomatosust, amely operációra is került, hol az occult vér állandóan pozitív volt. A gyomor-lues ritka, de szintén okozhat occult vérzést. A pangásos alapon létrejövő gastritisek is járhatnak occult vérzéssel. Áttérve a duodenum-vékonybélre: első helyen említendő a diverticulum, mely bár ritkán, de okozhat occult vérzést. A vékonybél typhusos fekélyei is vérezhetnek occulte s ez kezdetét jelentheti egy nagyobb vérzésnek. Ugyanez vonatkozik a ritka tuberculotikus vékonybélfekélyekre is.

A különféle bélférgesek, elsősorban trichocephalus dispar, anchylostomum duodenale és ascaris lumbricoides esetén is lehet occult vérzés. A colitisek különböző alakjai, valamint a vastagbél polypusai akár diffuse elszórvva, akár prädilectiós helyükön, a rectumban, igen gyakran okoznak occult vérzést, ugyanez áll a diverticulosisra, bár itt ritkábban történik vérzés. Portalis pangás, thrombosis, arterio-mesenterialis elzáródás, sőt appendicitis esetén is előfordulhatnak occult vérzések. Az emésztőszervek egyéb megbetegedései közül első helyen említendő a máj-epehólyag bántalmai. A cirrhosist már említettem, de epekövek is okozhatnak occult vérzést s ezért ez a jel differential diagnostikailag ulcussal szemben nem értékesíthető. Sárgaságban az erek szakadékonyságának fokozódása folytán könnyen jön létre vérzés a gyomorbél-tractusban. Miliaris aneurysmák a májerekben, vagy gyomor pancreasban is okozhatnak occult vérzést, a diagnosis intra vitam nem lesz felállítható. Áttérve a szervezet egyéb megbetegedéseire, elsősorban említendő a sepsis és influenza, ahol szintén előfordulhat occult vérzés, továbbá nephritis, uraemia, ezen-

kívül a vérképző apparatus betegségei: leukaemia, polycythemia és a ma már ritkán látható chlorosis.

Ha áttekintjük különösen az utóbbi okait az occult vérzésnek, úgy azt kell mondanunk, hogy ezek legtöbbször ritkaságszámba megy csak és gyakorlati szempontból nem jön számításba. Azzal kell végeznem, amivel kezdtem; az occult vérvizsgálat ma már nem az, ami volt régen. Nem ad diagnosist kezünkbe, csak egy tünet, csak láncszeme a többi elvégzendő vizsgálatoknak, melyeket egymással és a klinikai vizsgálattal összhangzásba kell hoznunk. Csak az occult vér ismételt pozitívítása, kifogástalan technika mellett ad támpontot bizonyos betegségek felismerésére, melyek oka, mint láttuk, igen számos lehet; negatív occult vérvizsgálat egyáltalán nem zár ki még komolyabb megbetegedést a gyomorbél-tractusban sem.

Friedrich László dr.,
főorvos.

Hypogalaktia (kevéstejűség).

A hypogalaktia (h. g.) elsősorban a gyakorlóorvos problémája, mert intézetekben mindig van bőtejtű asszony, aki a h. g.-ást kiegészítheti. Az intézeti síma gyermekágy is 8—10 napig tart és ilyenkor még nem dönthetjük el, hogy az esetleges kevéstejűség megmarad-e továbbra is, vagyis h. g. lesz-e valóban, vagy csak múló zavarról van szó. Így a kibocsájtott gyermekágyas a gyakorlóorvoshoz fordul h. g.-s panaszaival. Elsődleges h. g., amikor az emlő mirigyállománya csekély, alig fordul elő. Bunge szerint az, hogy a nők 20%-a nem tud kellőképpen szoptatni, nemcsak a célszerűtlen ruházatkodásnak, hanem örökölt defectusnak a következménye. A nemzedékeken keresztül egyáltalában nem vagy nem kellőképpen használt szerv lassanként elsovad. Szerencsére ez a magyarázat is csak az esetek kis részére vonatkozhatik. Másodlagosan kevéstejűséget okozhat, ha a bőven ürítő emlőt az újszülött vagy csecsemő nem veszi kellőleg igénybe (lusta), nem tudja azt jól kiüríteni (gyenge vagy gyengén szopik). Ilyenkor a tej elapad, mert az emlő alkalmazkodik a mindenkori igénybevételhez. Tartós lelki ártalmak, betegségek — főleg lázas megbetegedések is másodlagos h. g.-hoz vezethetnek. Hogy h. g.-ről beszélhessünk, mindig ki kell zárni a tej késői beáramlása, a nehezen járó emlő, a lelki behatásokra hirtelen beálló bimbósphincter görcs okozta tejelválasztási zavarokat.

Előre biztosan megmondani, hogy milyen lesz egy emlő tejelválasztása, sohasem lehet. Az emlő gazdag mirigy tapintata, az emlőredőben és hónaljban mért hőmérséklet különbsége, — minél nagyobb, annál kedvezőbb — az emlő, bimbó alakja csak valószínűségi következtetést engednek meg. H. g.-t csak a 24 órában kapott tejmennyiségnek a csecsemő szükségletével összevetéséből állapíthatunk meg, de még így is csak 10—14 nap múlva. Ennél korábban h. g.-ről nem beszélhetünk. Ám ez nem jelenti azt, hogy ennyi ideig semmit se tegyünk, sőt az első héten alkalmazott eljárásunk dönti el a kezelés eredményességét. Lactagogumokat ma még nem ismerünk. Ha ilyeneknek tartott és reklámozott szereket mégis adunk, ezt inkább psychikus hatás kedvéért tesszük olyan esetekben, ahol erre számíthatunk. A mesterséges tápszerek sem válnak be. Étvágytalan válogatós betegeknek, akik be tudják szerezni, mégis rendelhetjük, ám hiba volna szegény-

nek drága tápszert felírni. Túltáplálás egyenesen káros, mert még az a kevés tej is eltűnik, ami addig megvolt. Bő folyadékfelvétel sem segít. H. g. esetében is, éppen úgy, mint az egész lactatio alatt, fontos a változatos vegyes táplálás, amelynek azonban a megszokott, régi tápláléktól semmiben sem kell eltérnie. Adjunk sok gyümölcsöt, lehetőleg nyers állapotban, rendeljünk el pihenést, ahol ez hiányzik, mozgást a túl kényelmesnek, nyujtsunk minél több levegőt és napfényt.

A h. g. gyógyszeres, diéta kezelésénél azonban sokkal fontosabb, hogy az emlő elválasztására legfontosabb ingert, a mechanikait, szoptatás, lefejés, leszívással fenntartsuk, sőt fokozzuk. A szoptatást minden esetben erőltetni kell. Ha a saját csecsemő gyenge, nem tudja anyja emlőjét jól kiüríteni, emlőre helyezhetünk jól szopó idegen csecsemőt is, mert a tejelválasztásnak leghatalmasabb ingere a szopás. Természetesen ilyenkor úgy az anyától, mint a csecsemőtől vért kell vennünk, serológiai vizsgálatra (lues). A második hatásos kezelési mód a lefejés, eléggé el van hanyagolva. Pedig hatásosabb, mint a leszívás, mert a szopás mechanizmusát igyekszik utánozni és semmiféle eszköz nem kell hozzá, csak egy kis gyakorlat az elsajátításhoz. Tisztára mosott tenyereinket az ugyancsak megtisztított emlőre laposan úgy helyezzük el, hogy egyik alul, másik felül kerüljön az emlőalapra. Most simogatómozgással a bimbó irányába haladunk. Elérve a bimbóudvarig, felső kezünk két ujjával meghúzzuk a bimbót, ugyanekkor alsó kezünk megnyomja a bimbóudvar alatti tejmedencét. Egy kis gyakorlattal gyorsan és fájdalommentesen lehet a lefejést elvégezni. Ezt az eljárást minden bábának, védőnőnek el kellene sajátítania, hogy ha az orvos elrendeli, alkalmazni tudja. A tej leszívására rengeteg eszközt gyártottak és gyártanak még ma is. Legjobb, de gyakorlóorvos számára drága a *Jaschke*-féle. Sokszor az olcsó gumiballonos üvegkészülék is jó szolgálatot tehet, ha a szívó ereje megfelelő. A massage-al, melegítéssel, kvarzfénykezeléssel, Sollux-lámpás besugárzással, Bier-harang alkalmazásával s így a mirigyállomány jobb táplálásával igyekeznek a tejelválasztásra serkentőleg hatni, de ezek is sokszor cserben hagynak.

Az úgynevezett hormonalis-készítmények — lepény, emlőmirigykivonatok — hatása is megbízhatatlan. Sohasem tudjuk, mennyit írjunk az önkéntes javulás és mennyit a készítmény hatásának javára. Amíg teljesen tiszta kivonatokot nem sikerül előállítani, azok hatásereőségét pontosan mérni és hatásuk mikéntje felderítve nincs, eredményeket alig érhetünk el. Pedig a jövő útjai kétségtelenül a hormonalis kezelés felé vezetnek. A sterilen vett anyatej 2—3 cm³-ének izomba visszafecskendezése 2—3 ízben — amely eljárásról sokan kiváló eredményt láttak — részint mint ingertherapia hat, de hormonalis hatását sem lehet tagadni. Gyakorlóorvos szemében nem lesz népszerű, mert kényes sterilitást igényel és fájdalmas is. A betegek is félnek az injectiótól.

Mégegyszer összefoglalva az elmondottakat, a h. g. kezelésében az emlő korai és fokozott igénybevétele szoptatással, a lefejés, leszívás lesznek a gyakorlat legfontosabb eszközei. Minden egyéb kezelési mód csak másodlagosan jöhet alkalmazásba.

Dajbukát Jenő dr.
szülész-nőgyógyász.

A habitualis székrekedés physikalís terapiája.

A habitualis székrekedés ellen alkalmazásra kerülő physikalís gyógytényezőket a vastagbél ezen működési zavarának természete, az azt létrehozó okok mineműsége, illetve a székrekedést kísérő szövödmények (bélhurut) sze-

rint választjuk meg. A gyakorlatban a székrekedés spasmusos és atoniás alakját szokás megkülönböztetni. Ezen kórfarmák tiszta eseteivel azonban ritkán találkozunk s a vastagbél ezen kétféle állapota nemcsak, hogy ugyanazon egyénben egymás mellett állhat fenn, hanem a spasmus és az atonia a vastagbélnek hol az egyik, hol a másik szakaszán fejlődhet ki. Ennek ellenére a spastikus és atoniás székrekedési formák megkülönböztetése mégis gyakorlati jelentőségű, hiszen legtöbb esetben a hangsúly hol az egyik, hol a másikon van, mely körülmény therapiás ténykedésünknek is irányt szab. Ahol a kórelőzmény s a gondos vizsgálat a vastagbél fokozott spasmusára utal, a physikalís gyógytényezők közül a felmelegedő ülőfürdők, a thermophorral kombinált Priessnitz-borogatás s a diathermia kerülnek első sorban alkalmazásra. A melegnek görcsoldó és peristaltikát fokozó hatása, ha az eljárásokat megfelelő technikával alkalmazzuk, igen jól érvényesül. A felmelegedő ülőfürdők esetén 35—36 C⁰-os vízbe ül be a beteg úgy, hogy az egész hasat befedje. A víz hőfokát lassan, 3—4 perc leforgása alatt, a szív-véredényrendszer és egyéb körülmények figyelembevétele mellett, 38—40 C⁰-ra emeljük s a beteget a fürdőben még körülbelül 10—15 percig hagyjuk ülni. Fürdő után a beteg melegen betakarva, körülbelül ½—1 órát pihen. A fürdőt célszerű a délelőtti órákban vétenni. A délutáni órákban az egész hasat és derekat betakaró Priessnitz-borogatást alkalmazzuk, mely fölé félórára nem túlforró thermophor kerül. Amennyiben diathermiával melegítjük át a hasüreget, úgy itt is az enyhén ható, de azért a hasüreget kifejezetten átmelegítő áramok alkalmazása ajánlatos. A kezelés tartamát 20—25 percben szabjuk meg. A hirtelenül alkalmazott magas hőmérsékek rendszerint hatástalanok. Súlyosabb esetekben és ott, ahol beszáradt, kemény székről panaszkodnak a betegek, az előbbi eljárásokkal kapcsolatban esténként ½—2 dl langyos olajat juttatunk a végbélbe, melyet a beteg másnap reggelig benntart. A hashajtók és bélbeöntések teljes elhagyása természetesen a gyógyulás előfeltétele. Lényeges a beteg psychikus átszervezése azon a lelkiállapoton, melyet ezen rendszabályok okoznak. A legtöbb betegnek ugyanis szilárd az a meggyőződése, hogy hashajtó bevétele, vagy beöntés alkalmazása nélkül, bele képtelen lesz a széketételre. A félelmi képzetek eloszlatása és a beteg felvilágosítása, hogy esetleg több nap eltelik, míg a bélműködés megindul, rendszerint elegendők a kívánt eredmény eléréséhez. A hashajtókkal és beöntésekkel történő nagyfokú visszaélés esetén s olyankor, mikor heves görcsös fájdalmak és a makacs székrekedéssel váltakozó hurutos jelenségek uralkodnak a kórképet, a physikalís eljárások egyedül nem vezetnek célhoz. Az esethez mért, a belet kímélő diéta mellett, a görcsoldó szerek (eumydrin, perparin, sevenal) s a paraffinkészítmények használatát ilyenkor nem nélkülözhetjük. A bélműködés megindulásával elhagyjuk az olajos bélbeöntéseket, a gyógyszerek adagját lecsökkentjük, majd ugyancsak teljesen elhagyjuk s a hydrotherapiás beavatkozásokat is mind ritkábban alkalmazzuk. A lényeg mindinkább a bélműködésnek megnevelésére s a célszerű diéta összeállítására és betartására tolódik el. Az a régi tanács, hogy a beteg a napszak egy bizonyos, különben a bél által is jelezni szokott időpontjában végezze széketét — ha eleinte tán nem is mutat fel eredményt — a továbbiakban legtöbbször mégis a bélműködés rendezését vonja maga után. Az étrendben a gyümölcsök, a nyers és főtt gyümölcs, a főzelékek, a vaj és méz, valamint a tejfel játsszák a főszerepet. Durvább ételneműekkel (Graham-kenyér stb.) a spasmusra erősen hajlamos esetekben rendszerint nem érünk célt s éppen ezért az étrend összeállításának mindig az eset sajátosságaihoz kell alkalmazkodnia.

A székrekedés atoniás alakjában a bő salakot adó étrend (gyümölcs, főzelék, nyers répa, karalábé, durva rozskenyér stb.) mellett a hasra alkalmazott hideg-meleg legyező-

zuhany, a hűvös ülőfürdő, a hasmassage, a galván- és farádós áram kerülnek alkalmazásra. A hideg-meleg zuhanynak izomtonust fokozó s a bélmozgást igen erőteljesen befolyásoló hatását nem egyszer jelzik a kezelés után rövidesen jelentkező székelési ingerek. A hideg ülőfürdőt 25—15 C° közti hőmérsékeken szokás alkalmazni úgy, hogy a víz hőmérsékét 5—10 C°-kal magasabbra emeljük, mint amilyen hőfokban a fürdőt alkalmazni akarjuk s a víz hőmérsékét azután a fürdés tartama alatt gyorsan lehűtjük, mialatt a beteg a hasát két kezével erősen dörzsöli. A hasmassage rendszerint csak több hetes, vagy hónapos alkalmazása esetén nyújt tartós eredményt. Ott is igénybevehető, ahol az atonia mellett fokozott spasmusok vannak jelen, ez esetben azonban a hasnak a gyúrásától, általában az erősebb fogásoktól tartózkodni kell. Az elektromos eljárások közül a legcélravezetőbb a galván- és farádós áram egyidejű alkalmazása, a hasat és az ágyékot betakaró két nagy elektrodon keresztül. Jó eredményt ad a hullámozó farádós áram (Tonisator) alkalmazása is. Kifejezett neurastheniás tünetek esetén az egész test nedves göngyölése, utána félfürdő alkalmazása, a hasnak megfelelő leöntésével a célravezető eljárás. Laza, petyhüdt hasfalakon a massage mellett a hasizmok erősödését célzó, mindennap rendszeresen keresztülvitt tornagyakorlatok fontos szerepet játszanak a székrekedés leküzdésében. Olyan esetben, amikor a székszorulásban szenvedő beteg kevés mozgást végez, lényeges a fokozott mozgás elrendelése. A túlfáradáshoz vezető mozgás azonban sokszor a székszorulás fokozásához vezet. A keserű- és glaubersós vizek a habitualis székrekedést nem tudják meggyógyítani s csak azt a célt szolgálhatják, hogy velük a bélcsatornát időnként átmosatjuk. A vastagbél alsó szakaszának izolált atóniája esetében (proktostasis) a már említett olajbeöntés, a hasprés gyakorlása, a végbélbe vezetett elektrodon át farádós áram alkalmazása nyújt igen sokszor eredményt. Olyan esetben, ahol a nap-nap után, sokszor éveken át alkalmazott beöntések a bélfal ezen részét már tetemesen kitágították, eredményre természetesen nem igen számíthatunk. Általában azok a habitualis székrekedések, melyek előidézésében a célszerűtlen étrend, a hashajtókkal visszaélés, a bélműködés rossz szoktatása, a pszichikus tényezők, a gyenge hasprés, a kevés mozgás játsszák a főszerepet, physikalis gyógytényezőkkel nagy fokban javíthatók, illetve megszüntethetők, míg azok, ahol az előbbieket mellett a constitutionalis hajlam is erősen kifejezett, már nehezebben befolyásolhatók.

Simicska Gábor dr.,
főorvos.

A galaktose próba gyakorlati alkalmazása.

A sárgaság elkülönítő kórisméjének igen nagy gyakorlati jelentősége van, különösen olyankor, midőn különböző epeútmegbetegedések, nevezetesen cholelithiasis, cholechololithiasis és a diffus hepatopathiák, főleg icterus simplex (»catarrhalis«), subacut májtrophia stb. között kell döntenet. Az esetek nagy részében a cholelithiasis és diffus hepatopathiák, azaz a mechanikus és a hepatocellularis icterus között olyan jellemző különbségek vannak, hogy a kórisme felállítása legtöbbször nem ütközik nehézségbe. Vannak azonban esetek, midőn a különböző vizsgálmódszerek pontos ismerete, ill. elvégzése dacára is alapos kétségeink maradnak a megbetegedés lényegét illetően. Előfordulhat ugyanis choledochus elzáródás jellegzetes epekólika nélkül és megtörténhetik az is, hogy az ú. n. icterus catarrhalis,

mely egyébként csak dyspepsiás panaszokkal jár, a máj gyors megnagyobbodása és ennek következtében a máj tokjának feszülése miatt oly heves kólikaszerű fájdalmakat okoz, mint egy epekóroham. Megtévészthet a vizelet urobilinogenreakciójának viselkedése is. Az urobilinogen reakció hiánya sárgaság mellett rendszerint a choledochus teljes elzáródását jelenti, de hiányozhat az urobilinogenreakció a hurutos sárgaság súlyosabb eseteiben is, ha a májparenchyma oly nagyfokban beteg, hogy az epeelválasztás teljesen szünetel. Ilyen esetekben a kórisme megállapítása azért is sürgős, mert choledochus elzáródás esetén inkább előbb, mint később műtétet kell végezni, viszont hurutos sárgaság esetén a tévedésen alapuló műtét nagy veszélyeket rejt magában. Ilyenkor a pontos kórisme érdekében elkerülhetetlen a májműködést vizsgáló módszerek alkalmazása.

A májműködést vizsgáló próbák nagy része (a fehérje-anyagcserét, a májban folyó synthesist vizsgáló eljárások, a chromoscopiás próbák stb.) túlságos érzékenységük miatt csak arról adnak felvilágosítást, hogy a máj egyáltalán beteg-e vagy sem. Minthogy ezen próbák sárgasággal járó megbetegedésekben csaknem mindig pozitív eredményt adnak, az elkülönítő kórismézés szempontjából nem használhatók fel. A próbák közül a galaktose próba az egyetlen, mely nélkülözve a többinek érzékenységét, ezen tulajdonságánál fogva lehetővé teszi a sárgasággal járó megbetegedések két nagy csoportjának, nevezetesen a mechanikus és a hepatocellularis eredetűeknek elkülönítését.

A galaktose átalakulása dextrosevá, ill. glykogenné, kizárólag a májsejtek fajlagos működéséhez kötött. Ha tehát a parenchyma beteg, a galaktose felbontása, illetőleg glykogenisálása is zavart szenved. Minél kifejezettebb a májparenchyma sérülése, annál inkább süllyed a galaktose-tolerantia. Minthogy a galaktose a legrosszabb glykogenképző hexose, a normalis máj tűrőképessége is kisebb a galaktoseval, mint a többi hexosekkel (glykose, laevulose) szemben. Egészséges egyéneknél a galaktose assimilációs határa 40 g körül van. Egészséges egyén 40 g galaktose elfogyasztása után, 12 órán belül, legfeljebb 2 g galaktosét ürít ki a vizelettel.

A galaktose próbát úgy végezzük, hogy a betegnek reggel éhgyomorral 40 g vegytiszta galaktoset adunk 300 ccm teában és vizeletét a következő 12 órán át 3—3 és 6 órás részletekben pontosan összegyűjtjük. Tapasztalataink szerint a kiürített galaktose mennyisége már az első 3 órás részletben csaknem teljesen kimutatható, a második és még kevésbé a harmadik részletben ritkán találunk kevés galaktoset. Fontos a galaktose pontos kimérése (a Richter-gyárnak erre a célra pontosan adagolt 40 g galaktose purissimumot tartalmazó csomagolása van forgalomban) és a vizelet hiánytalan összegyűjtése. A beteget tehát arra is figyelmeztetnünk kell, hogy esetleges székelés előtt vizeljen. A közönséges cukorpróbák egyikével vizsgált vizelet galaktose tartalmának meghatározása a rendes polarimetriás úton történik. Minthogy a galaktose a glykosenál 1.4-szer erősebben forog jobbra, a közönséges polarimeterrel leolvasott eredményt 1.4-el kell osztani, vagy 0.7-el kell szorozni. Ha pl. 300 ccm vizeletben 1.6% volt a leolvasott érték, akkor $300 \times 1.6\% = 4.8$ g, $4.8 \times 0.7 = 3.36$ g a kiürített galaktose mennyisége.

Biztosan kórosnak, illetőleg pozitívnek akkor mondjuk a galaktose próbát, ha a kiürített galaktose összmennyisége a 3 g-ot eléri vagy meghaladja.

Az alimentaris galaktosuria klinikai jelentőségét állatkísérletekkel is alátámasztották; kutyák ductus choledochusának lekötése után a per os bevitt galaktose kihasználása teljes volt, míg phosphormérgezés után, ha az kifejezett májsejtroncsolást okozott, a galaktose tűrőképessége nagymértékben csökkent. Az állatkísérletekkel teljesen

egybehangzóak a klinikai tapasztalatok. A nagy epeutak mechanikus elzáródásakor (cholelithiasis, tumor stb.) a galaktose kihasználása olyan, mint egészségesekben. A májparenchyma *diffus* megbetegedésével járó kórképek, elsősorban icterus catarrhalis, valamint a különböző eredetű *diffus* hepatopathiák (acut, subacut májtrophia, salvansanictus stb.) esetén a galaktosetűrőképesség csökkent, minek következtében kóros (3 g-on felüli) galaktosuria észlelhető. A kiürített galaktose mennyisége 3—10 g között ingadozhatik, igen ritkán 10 g-on felüli kiürítés is előfordulhat.

A májlues, a májcirrhosis különböző alakjaiban, az idült cholangitis esetekben, úgy az irodalom, mint a saját megfigyeléseink szerint is az eredmények nem egyöntetűek, ami érthető, ha meggondoljuk, hogy ezen megbetegedésekben az elpusztult parenchyma kisebb-nagyobb regenerációs szigetekkel tarkított s ezzel párhuzamosan a galaktosepróba is változó eredményeket mutat.

Az elmondottak alapján a galaktosepróbát a legértékesebb májműködést vizsgáló módszernek kell tartanunk, különösen akkor, midőn a hurutos sárgaság és a cholechus elzáródás között kell különbséget tenni.

A galaktosepróba néha pozitív lehet Basedow-kórban, hyperthyreosisban, infantilismusban és *Kemény* egyúttal végzett újabb vizsgálataink szerint nagy százalékban asthma-bronchialisban is.

Hollós Lajos dr.,
az Apponyi Poliklinika alorvosa.

Esetek a baleseti szakvéleményezés köréből.

Spondylarthrosis baleseti következmény-e?

B. H. 48 éves szállítómunkás kártalanítási igényt jelent be azon a címen, hogy 1932 április 15-én balesetet szenvedett, ami úgy történt, hogy súlyos szekrény emelése közben megerőltette magát. Az állítólagos baleset után még három napig dolgozott, majd, miután a dereka erősen fáj és hajolni nem tudott, a munkát abbahagyta. Balesetet csak félévvel később, október 2-án jelentett. Közben állandóan fürdő- és diathermiás kezelésben részesült, eleinte *myalgia lumbalis*, majd *spondylarthrosis deformans* kórismével, miután az 1932 május 20-án készült röntgenfénykép ezen betegségre jellegző csigolyaelváltozásokat mutatott ki. A pénztári zárójelentés szerint igénylő a kezelés megkezdésekor balesetről nem tett említést. A kártalanítási igény bejelentése után felvett balesetvizsgálati jegyzőkönyvben a baleset lefolyását már úgy adja elő, hogy a nehéz szekrény emelése közben az oldalra billenve egész súlyával ránehezedett s ezáltal dereka megroppant. A balesetnek egy tanuja jelentkezett, aki emlékszik arra, hogy társa az állítólagos baleset napján erős derékfájásról panaszkodott s amikor ennek oka felől tudakozódott, azt a választ nyerte tőle, hogy nehéz szekrény megnyomta a derekát.

Felülvizsgálatot és szakvéleményt kérnek annak megállapítása céljából, hogy a betegség az állítólagos balesettel okozati összefüggésbe hozható-e s ha igen, mennyi az ebből származó keresőképességsökkenés?

Az 1933 december 20-án történt felülvizsgálat alkalmával igénylő a baleset lefolyását a balesetvizsgálati jegyzőkönyvben foglalt vallomásával egyezően adja elő. Panaszodik, hogy dolgozni nem tud, mert hajolni, nehezebb tárgyat emelni nem képes, derekában minden mozdulat fájdalmas feszülő érzést okoz.

A vizsgálat megállapítja, hogy a magasabb termetű, széles vállú, erőteljes izomzatú egyén belső szervei épek. Külsérülési nyomok sehol nem láthatók. A gerincoszlop lefutásában kóros elhajlás vagy kiszögellés nem mutatkozik. A törzs előre és oldalra hajlítása *active* és *passive* akadálytalan. Hátrahajlításakor feltűnő az ágyéki gerincoszlop rögzített volta. Erősebb hátrahajlítás kísérletekor az igénylő fájdalomról panaszodik, az ágyéki és alsó háti csigolyákra, valamint az ágyékizomzatra gyakorolt nyomást pedig érzékennynek jelzi. Röntgenlelet szerint a IX-ig hátszigolyától lefelé a II. ágyécszigolyáig a csigolyaközi rések szűkültek, a csigolyatestek peremén elszórtan tüskés burjánzások láthatók, a X—XI., valamint a XII-háti és I. ágyécszigolya között csontos kapocsképződés.

D. : Spondylarthrosis deformans.

Szakvélemény. A fenti lelet alapján kétségtelen, hogy a vizsgált egyén idült, torzító csigolyagyulladásban (*spondylarthrosis deformans*) szenved, amely bántalom az ágyéki gerincoszlop részleges merevségét és a hajolátnál, emelésnél jelentkező fájdalmakat teljesen megmagyarázza. A betegség baleseti eredetének megállapítására azonban a rendelkezésre álló adatok kellő alapot nem nyújtanak, sőt számos olyan körülmény van, amiből határozottan arra lehet következtetni, hogy a bántalom *nem* a szóbanforgó baleset következtében jött létre.

Torzító csigolyagyulladás, különösen, ha az a gerincoszlop egy nagyobb szakaszára terjed ki, csak a legritkább esetben hozható balesettel okozati összefüggésbe. Legtöbbször alkati betegségről van szó, mely a gerincoszlop fokozott igénybevételével függ össze és 40 éven felüli, nehéz testi munkával foglalkozó egyénekben (zsákhordók, szállítómunkások stb.) minden súlyosabb külerőszaki behatás nélkül spontán keletkezik. Jelen esetben a betegség baleseti eredetét már az is kizárhatóvá teszi, hogy röntgenfelvételen a torzító csigolyagyulladásra jellegző elváltozásokat már egy hóval az állítólagos baleset után ki lehetett mutatni. A sp. def. azonban felette lassú lefolyású betegség s így kétségtelennek látszik, hogy esetünkben annak keletkezése jóval a baleset előtti időre nyúlik vissza. Nincs bizonyítva az sem, hogy olyan súlyosabb erőművi behatás történt volna, amit balesetnek lehetne minősíteni. Nehéz tárgyak emelése s az evvel járó kisebb-nagyobb megerőltetés szállítómunkások rendes munkaköréhez tartozik s így a baleset kriteriumát nem meríti ki. Erről csak olyan rendkívüli, az egyén fizikai erejét lényegesen meghaladó túlerőltetés esetén lehet szó, ami hirtelen heves fájdalmat vagy egyéb súlyos tüneteket okoz és az egyént munkája abbahagyására kényszeríti. Több, mint valószínű, hogy esetünkben ily értelemben vett baleset nem is történt. Igénylő állítólagos balesete után még napokig tovább dolgozott, azután is csak derék-táji fájdalmai miatt fordult orvoshoz, kinek balesetről említést sem tett. Mindez nem képzelhető el akkor, ha őt valóban súlyos baleseti trauma érte volna, úgyszintén az sem, hogy ez esetben balesetét ne azonnal, hanem csak félév múlva jelentette volna be. Nem fogadható el a baleseti összefüggés bizonyítékául azon állítás sem, hogy igénylő a baleset előtt mindig egészséges volt és teljes munkaképességgel dolgozott, egyrészt, mert erre semmi tárgyi bizonyíték nincs, másrészt azért sem, mert olyan betegséggel állunk szemben, amely lassan fejlődik, sokáig tünetmentes maradhat, vagy csak jelentéktelen panaszokat okoz.

A fentiek alapján véleményünket abban foglaljuk össze, hogy B. H. betegsége nem balesetből származott s így balesetből eredő keresőképességsökkenés sem állapítható meg.

Milkó Vilmos dr.,
egyetemi magántanár.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, közkórházi főorvos

Napkúra és vérköpés.

A tüdőgümőkór folyamán megjelenő és legtöbbször bizonyos periodicitással ismétlődő apró vérzéseken, valamint a nagy érátfúródások következményeként beálló rohamos vérzésen kívül van egy harmadik megjelenési forma is, amelyet e két típus közé lehetne helyezni s amelyet a sebészi nomenclatura alapján, *parenchymás* tüdővérzésnek nevezhetnénk.

Mindazon esetekben, amelyeket magamnak is alkalmas volt végigérezni, ez a vérzés, kivétel nélkül vagy a direct vagy az indirect napfénybesugárzásra áll be. Nemcsak kisebb, hanem egész nagy vérzés is bekövetkezhetik, annak minden vésszes szövödményével együtt. Exact magyarázatát ezen tüdővérzési típusnak nem könnyű megadni. Mint lehetőség, szóba jöhet: 1. a beteg tüdőterület hajszálereiben vasodilatatio áll be, mint távoli érreflex, a bőrfelületet érő fény és hőinger hatására; 2. feltehető, hogy az előzetes vérzésekkor felszabaduló, illetve képződő haematoporphyrin sensibilálja nagy mértékben a gümőkóros szervezetet a napfényvel szemben; 3. lehetséges az is, hogy maguk a gümöbacillustelepek termelnek sensibiláló hatását, porphyrin-szerű vegyületeket, ami különben pathogen gombafélékre nézve jellegzetes tulajdonság. Kétségtelen, hogy a gümőkórosok ezen állapota nagymértékben hasonlít az állatok phagopyrismusához, amely paradigmája a photodynamias megbetegedéseknek s amire számos alkalommal hivatkozott néhai Szontagh professor. A napfényvel szemben túlérzékennyé vált szervezetben úgy látszik, már egész kis bőrterületek (arc, kézfej, lábak) rövid ideig tartó besugárzására is olyan anyagok képződnek, melyek hatására a beteg tüdőrések hajszálereiben lévő mikroskopikus gümők széttesnek* s a hajszálerek belevéreznek a alveolusba illetve alveolus-járatokba. Így keletkezhetik a parenchymás tüdővérzés. A napfényvel történt besugárzás és a vérköpés erőssége között olyan szembeötlő összefüggés van, hogy itt véletlenül nem lehet szó. Felismerhető, hogy ugyanolyan quantitativ viszonyok és összefüggések vannak, mint amelyet már számosat ismerünk a sugárzó energia élettani hatásai közül. Ilyenek: 1. az angolkóros gyermek epiphysis vonalában kiváló elmeszesedési zóna vastagsága és a besugárzásra felhasznált nap (Rollier) és quarsfény mennyisége között; 2. a röntgenbesugárzás erőssége és az utána beálló csömör (Kater) foka; 3. a napbesugárzás és a képződött vörös (lazac) színű, valamint a barnaszínű bőrpigment mennyisége; 4. a hősugárzás és annak határfoka (diathermia, ultrarövid sugárzás) stb.

A vérköpésre hajlamos tüdőbeteg már egész rövid ideig tartó napsütést is megérez. Hamar beáll a szívdobogás (palpitatio), mely a sympathicus idegrendszer fokozott izalmát jelzi. Néhány órával a sütkérezés után már kisebb, de néha egész magas láz jelentkezhetik, a vizelet színe megsötétedik, jelölül az anyagcsere hirtelen fokozódásának. A köpetben is hamar megjelenik egy-egy véres csík. A súlyos, parenchymás tüdővérzést mindig megelőzik az ilyen kisebb és többször megismétlődő besugárzási excessusok, úgyhogy azt mondhatjuk, az ilyen vérzés létrejöttéhez a besugárzási hatások összegeződése szükséges. Ilyen hatást azonban nemcsak az elsődleges (direct), hanem a másodlagos (visszavert) sugárzás is előidézhethet, ha az huzamosan éri a beteget. Ennek a

* Káliszappannal átitatott lupusos bőrben észleltem, hogy quarsfény hatására, a gélyszerű gümők először elsajtosodtak, majd vízszzerű anyaggá oldódtak s később e helyek elhegesedtek; I. Jahrbuch f. Kinderheilk. CX. kötet.

lehetősége különösen nyáron van meg. Ilyen sugárzás éri a beteget, ha a direct napfény ellen védi ugyan az ernyő, de viszont a csillogó, szürkésfehér betonpadlóról korlátlan mennyiségű másodlagos sugárzást kap. Ugyanez következik be nyáron a tengerek, tavak partjain. Hiába látjuk zöldnek vagy kéknek a vízfelületet, az arról visszavert sugarak a fényképezőlemezt erősen feketítik, jelölül annak, hogy photoactiv sugarakban igen gazdagok. A fehérre meszelt falak s a mészköves utakról visszavert sugarak is elegendők ahhoz, hogy túlérzékeny betegnek, hosszabb idő múltával kárt okozzanak. Ezért nem szabad a kúrázó helyek közelében mást, mint dús pázsitot, futónövényzetet és lombos fákat megtúrni. A pázsitban csak keskeny gyalogutak legyenek, amelyet csertéglával célszerű kirakni. A másodlagos napfénybesugárzás károsító hatásának pontos analogonja a másodlagos röntgensugárzás, mely a tárgyak felületéről indul meg akkor, ha nem megfelelő építésű a röntgenlámpa, illetve készülék.

Ha vérköpésre hajlamosság és fénnel szemben túlérzékenység mutatkozik, az orvos *elemi kötelessége*, hogy a beteget a napfürdőzéstől a legszigorúbban eltiltsa! Minden vérzés ugyanis szétszóródáshoz vezet. A betegnek azonban folytatnia kell szabad levegőn végzett fekvőkúrját s ezért gondoskodni kell arról, hogy az ilyen betegek számára, direct besugárzást nem kapó kúrázóhelyek is létesüljenek. A szokásos, délre nyíló fekvőcsarnokok ezek hiányában, csak felhős égbolt vagy napkelte előtt és után használhatja veszély nélkül, vagy pedig arra kényszerül, hogy a kórteremben raboskodjék. Számos alkalommal (legutóbb a Népegészségügy 1934. 21. számában) szóltam arról, hogy az északra néző kúrázóhelyek megépítése mekkora szolgálatot tenne a tüdőgümőkór gyógyításának, főleg a nyári hónapokban. A legüdítőbb, legkellemesebb órái a nyári meleg napnak: reggel 9 órától d. u. 1 óráig — az épületek északi oldalán élvezhetők és hasznosíthatók. Kisebb pavilonokhoz egy-egy keleti és nyugati balkon hozzáépítése jelentéktelen összegbe kerülne s ez a therapiás lehetőségeket még jobban fokozná.

Nyári időben a keleti front a nap legnagyobb részében már nem kap direct sugárzást, tehát kellemes, hűvös, míg az őszi-téli hónapokban a nyugati oldal a kellemesebb, mert jobban átmelegszik. Ha ezeken az oldalakon is fekvőcsarnokok vannak, akkor megvan a lehetősége annak, hogy a beteg fekvőkúrját mindig szélmentes oldalon végezhesse.

Ezen módszerek alkalmazásától remélhetjük hogy a beteget az orvosi lehetőségek határain belül megmentjük vagy legalább is a parenchymás tüdővérzés megelőzése céljából, mindent megtettünk. *Ha a napfényvel szemben érzékeny beteg mégis besugárzást kap, az éppen olyan műhiba, mintha perforatioig engednénk előrehaladni egy appendicitist.*

A vérköpés csillapítását sokféle módon megkísérelték (l. a bel- és tüdőgyógyászati tankönyveket). A gyógyszeres eljárások közül legtöbbet ér a mérsékelt adott morphium és — aminek adásától néhány esetben gyors eredményt láttam — az izomba igen lassan fecskendezett tonogen vagy 0.5%-os stryphnon. A mozdulatlan fekvés s a jégtömlő egészítik ki orvoslásunkat.

A művi beavatkozások közül leghatásosabb a légmellkésztetés, természetesen akkor, ha a töltésnek megvan a lehetősége. Meglepő, hogy a vérzés helyének meghatározása, kétoldali folyamat esetében, milyen nehéz úgy klinikailag, mint röntgenátvilágítás segítségével. Felvettem azt a gondolatot, hogy e célból lélegeztessünk be a beteggel

kicsiny nyomás alatt zinkoxyd- vagy bismuthcarbonat port. Remélni lehet ugyanis, hogy legalább is a nagyobb bronchusokig eljut a lebegő por s ott beletapadván a vérbe, öszszegyűlik s contrastot adó árnyékot idéz elő a Röntgen-ernyőn. A modellkísérleteket úgy végeztük, hogy az üveg-hengerben lévő fémpor gummiállonnal szétfűjtük. A felszálló fémporfelhőről *Rencz dr.* a debreceni sebészeti klinika Röntgen-laboratóriumában készített pillanatfelvételt, mely teljes pontossággal mutatta a fémrészecskék útját. Az intravenásan adott, jelenleg használatos contrastanyagok hatására, állatkísérletben a gümős folyamat romlása következik be, ezért volna célszerű az inhalatiós eljárásra vonatkozólag adatokat gyűjteni.

A therapiás beavatkozás szempontjából nincs is szükség arra, hogy magát a vérzés gócat tegyük láthatóvá, elegendő, ha a vérzés oldalát (jobb, bal) megtudjuk jelölni, de szükséges volna, hogy azt *absolut* biztonsággal cselekedjünk.

vitéz *Ambrus József dr.*
egyetemi magántanár (Debrecen)

A magas gerincvelőérzéstelenítés.

A gerincvelőérzéstelenítésnek (G. É.) a magasabb háti szelvényekre kiterjesztése a sebészi gyakorlatban, új érzéstelenítő szerek és eljárásoknak köszönhető. Bár az amerikai »spinocain«, melynek a magas G. É. divatbajutását tulajdoníthatjuk, letűnően van, a G. É. helyét megtartotta, sőt tért hódított úgy a helyi érzéstelenítéssel, mint az aetheraltatással szemben. Az U. S. A. öt nagy kórházának 1932. évi anyagában 6960 G. É. szerepel, másutt 4000 hasi műtét felét G. É.-ben, felét aetheraltatásban végezték el. A G. É. népszerűségének terjedése hasi műtétekben, az ismert előnyök (a hasfal ellazulása, s a bélmozgások megindulása) mellett, a szövödmények ritkulásának, az érzéstelenítés irányíthatóságának, s időtartama növelhetőségének tudható be.

A G. É.-hez használatos szerek között előnyös tulajdonságai miatt még mindig a novocain a legkedveltebb. Mellette a pantocain és percain, Amerikában a neohesin, s Franciaországban a delcain örvendenek népszerűségnek. Absolut értelemben közöttük a novocain toxicitása a legkisebb, míg a G. É.-hez szükségelt anyagmennyiségek figyelembevételével a helyzet kissé eltolódik mint a következő táblázat mutatja:

Szer	Adag	Időtartam	Toxicitás.
Pantocain	2 ctgr.	2 óra	1
Percain	1/2 «	3 «	1.2
Novocain	15 «	1 «	1.3
Neohesin	16 «	1.5 «	2.3

Legjobban a novocain, pantocain és percain váltak be, s a szerek megválasztása az elvégzendő műtét várható időtartamához igazodhatik.

Az érzéstelenítés magasságát A) physicochemiai és B) mechanikus úton tudjuk szabályozni.

A) Physicochemiai úton az érzéstelenítő oldat fajsúlyának a liquorétól eltérő megválasztásával, majd a befecskendezés után a gerincoszlop síkjának megfelelő döntéssel tudjuk az érzéstelenség kiterjedését szabályozni. Míg a 10%-os véres novocain a liquornál nehezebb addig a pantocain és percain a G. É.-hez használatos oldataikban könnyebbek a liquornál. Vegyi anyagok (alkohol, glicerin, glyadin, etc.) hozzáadásával azonban ez oldatok

fajsúlyja a gerincvelőfolyadékhoz képest tág határok között változtatható. Míg az egyszerű novocain és nehéz spinocain (novocain!) a liquoroszlopban süllyednek, addig a könnyű spinocain (novocain!), pantocain, továbbá a pantocain L. (Leicht), nemkülönben a vizes és olajos percain a durazsákba fecskendés után a nehézség irányával ellenkezően terjednek. Az érzéstelenség magassága arányos a gerincoszlop döntésének fokával és ennek időtartamával s végül az alkalmazott szer fajlagos emelkedési sebességével, mely egyfelől a szer fajsúlyától, másfelől viscositásától függ.

B) Tisztán mechanikusan az érzéstelenség magassága több módon befolyásolható. a) Az érzéstelenítő-tű beszúrási helyének megválasztásával. Így pl., ha a gyorsan kötődő novocain 1—2 centigr.-ját oldalfektetésben az érzéstelenítendő gyök magasságában lassan fecskendezzük be, 1—1 végtagra kiterjedő körülírt érzéstelenséget érhetünk el. Ezen módszer azonban a gerincvelősérülés lehetősége miatt veszélyes. Magas G. É. esetében célszerű a beszúrási helyül a L. I.—L. II. csigolyaköz (cauda equina!) választani, azonban egy csigolyaköz különbség nem fontos az elérhető magasság szempontjából. b) Nagymértékben befolyásolható az érzéstelenség kiterjedése az oldatnak a liquorral történő ismételt keverése által, ami az érzéstelenítő szert tartalmazó fecskendő ismételt megszívása és a durazsákba történő részleges kiürítése által érhető el. Ilyenkor azonban az érzéstelenítés magassági határa előre nem határozható meg pontosan. c) A befolyásolás másik módja az érzéstelenítő oldatot tartalmazó liquor-oszlop eltolása a durazsákban belül. Ez úgy történhetik, hogy határozott mennyiségű liquort engedünk le s érzéstelenítő oldattal helyettesítjük. (Percain-érzéstelenítés *Quarella* szerint.) Másik módja a leeresztett liquormennyiség levegővel pótlása, mikor is a Trendelenburg-helyzetben fekvő beteg durazsákjába olajos percainoldatot fecskendezünk be. Ily módon tetszésszerű magasságba hozhatjuk a liquor színén úszó érzéstelenítő-plombát és szabályozható szelvényes, ú. n. övérzéstelenítés hozható létre. d) Az érzéstelenítés magasságát végezetül az irányított sugarú — oldalnyílásos — tüvel hydromechanikusan meglehetősen biztonsággal befolyásolhatjuk, oly módon, hogy a szert természetes haladási irányával szembe fecskendezzük be. Így a liquornál nehezebb novocaint a beteg ülőhelyzetében, a könnyebb pantocaint pedig a beteg oldalfektetésében Trendelenburg-helyzetben cranialis irányba fecskendezzük be. Tehát az érzéstelenségnek elért magassága kizárólag a szernek általunk nyújtott mozgási energiájától és a befecskendezés helyétől függ. Pl. novocain használata esetén az L. I.—L. II. közt beszúrva s ülőhelyzetben felfelé fecskendezve az érzéstelenség egész a bimbóvonalig terjed, tehát magas hasi műtétek számára is megfelel. Az eljárás előnye, hogy specialis fektetésre szükség nincsen.

A G. É. közvetlen szövödménye lehet a vérnyomásnak néha keletkező nagyfokú csökkenése és agyi vérszegénység (collapsus), melyet egyfelől ephedrin, v. ephetonin 5 ctgr-os adagjával prophylaktikusan, másfelől a fejtég süllyesztésével egyensúlyozhatunk ki. A késői szövödmények közül gyakorlatilag csak a műtét utáni főfájással kell foglalkozni, mely az eseteknek 3—5%-ában fordul elő. Leküzdését célozza prophylactikusan a használandó eszközöknek lúgmentes vízben kifőzése, továbbá a liquorcsurgás csökkentésére vékony punctió s tű (0.1—0.2 mm) használata. A hajlékony tű okozta technikai nehézséget csökkenti a Wechslemani-féle kettős csanule alkalmazása, melyet a bőrgyógyászok a gerincfolyadék szúrscapolására régóta használnak. Úgy a liquorcsurgás megszüntetését, mint a statikai helyzet változtatatlanságát a beteg 6—24 órán át történő vízszintes fektetése van hivatva biztosítani. Mindezek ellenére keletkező főfájást hypertoniás konyhasó, illetve szőlőcukor ismételt

viszérbe fecskendésével megszüntethetjük, azonban minden különösebb ténykedés nélkül 3—4 nap alatt legtöbbször önként is megszűnik.

A magas G. É. az egész hasra, illetve felső hasra kiterjedő műtétekben javallt. Reflexes eredetű ileus már a műtét előtt megoldódik. Erőművi bélelzáródás esetén az akadály megszüntetésével a bélmozgások azonnal megindulnak, ami a pangó béltartalom gyorsult kiürülésére vezet. Viszont épp ezért ellenjavallt a G. É. heveny bélátfúródásokban és ilyenre gyanús sérülések esetében. Legfontosabb ellenjavallat a vérkeringés elégtelensége (hypotensio, súlyos stercorämia!), továbbá a központi idegrendszer bármely megbetegedése. Ugyanis a G. É. után nagyritkán keletkező izgalmi állapotokat és hűdéseket újabban idegrendszeri megbetegedésekkel hozzák kapcsolatba.

Meggyőzően jó eredményt akkor látunk a G. É.-től ha nem csupán olyan esetekben alkalmazzuk, melyek megítélésünk szerint az altatást, de még a helyi érzéstelenítést sem tűrik, hanem a megbetegedést és a műtét nemét mérlegeljük.

Rosenák István dr.
rendelő-őorvos.

A genyes középfülgyulladás koponyaüri szövődményei.

A genyes középfülgyulladáshoz koponyaüri szövődmények társulhatnak. A geny bejuthat a koponyaüribe 1. a fertőzött labirintus közvetítésével a meatus acusticus internuson keresztül vagy az aquaeductusokon át, 2. a labirintus közvetítése nélkül is csontátróadás révén. Az otogén koponyaüri szövődmény leggyakoribb alakja az *extradurális tályog*, pachymeningitis externával. (Az esetek 80 %-a.) Ez többnyire heveny, ritkábban idült genyes középfülgyulladás szövődménye. Leggyakrabban a hátsó agygdörbe, a sulcus sigmoideus tájékán történik az áttörés (perisinuosus tályog). Az extradurális tályog néha tünetmentes maradhat és csak a meglévő középfülgyulladás tüneteinek súlyosbodása teszi tályoggyanússá a beteget. 38° körüli láz mutatkozik, a csecsnyúlvány kissé érzékeny, esetleg duzzadt.

Kisfokú extradurális tályog spontán is meggyógyulhat, ilyenkor a váladék felszívódik és az agyhártya összenő a környező szövetekkel. Ha a spontán gyógyulás nem következik be, rendszerint fistula képződik, amelyen keresztül a geny kiürül. A fistula vezethet a processus mastoideus sejtjeibe, ez a leggyakoribb alakja. Néha teljesen áttöri a processust és a bőrön keresztül a geny szabad kivezető utat talál. Betörhet a dobüregbe, vagy a labirintusba. A genynek a fistulán keresztül kijutása a betegnek megkönnyebbülést okozhatja, azonban még nem jelenti gyógyulását, sőt további szövődmények keletkezése, főleg sinusthrombosis képződése is lehetséges.

Az említett rendkívül ritka kivételtől eltekintve, az extradurális tályog terápiája a műtét.

A hallószerv közvetlen közelében nagy éröblök foglalnak helyet, amelyek közül legfontosabb a sinus sigmoideus, sinus cavernosus, a sinus petrosus inferior és superior; érthető, hogy középfülgyulladás könnyen áttérjedhet a sinusok falára. Eleinte a vivőér fala betegszik meg (sinusphlebitis), majd *sinusthrombosis* fejlődik. A sinusphlebitis és a sinusthrombosis között csak fokozati különbség van. A thrombosis később elgenyedhet és endosinuosus tályog képződik belőle.

A sinusthrombosis további szövődménye az otogén sepsis, amely igen gyors lefolyású és legtöbbször halálhoz vezető megbetegedés. A sinusthrombosis legjellemzőbb

tünete a hőmérséklet viselkedése: hidegrázás kíséretében 41°-ig felemelkedik és utána normálisra visszaesik a temperatura. A hidegrázás néha 1—2 óráig is eltart.

Az agyi tünetek közül elsősorban a fejfájás említendő, amely rendszerint a beteg oldalon mutatkozik; a betegség előrehaladott állapotában mély kábultság is észlelhető. Sokszor találjuk a fej rögzítettségét, ehhez kisebbfokú tarkómerevség is járulhat. Némely esetben szemüregi pangás észlelhető. A sinusphlebitis egyik fontos tünete az úgynevezett Griesinger-féle tünet, amely abból áll, hogy a csecsnyúlvány mögött, a sziklacsont pikkelyének megfelelően, kis területen nyomásra erős fájdalmat válthatunk ki.

A sinus sigmoideusban fejlődő elzáró thrombus hátrafelé terjedhet a sinus transversuson keresztül; elérheti a sinusok összefolyásának a helyét és az ellen oldali sinus transversusba áttérjedhet, ezt nevezzük retrográd thrombosisnak. Ugyan így áttérjedhet a sinus petrosus superiorba, vagy inferiorba, ahonnan a sinus cavernosus thrombosisa következhetik be.

A sinusthrombosis terápiája is csak az azonnali műtét lehet, azonban nem elégséges a fülnek a rendbehozatala antrothomiával, vagy radikális operációval, hanem a vena jugulárist is alá kell kötni, hogy megakadályozzuk a toxinoknak a vér áramba jutását és elkerüljük az otogén pyemiát.

A középfülgyulladás további szövődménye az agy halántéklebenyének és a kisagynak tályogja. A halántéklebeny-tályog általános tünetei: lesóványodás, étvágytalanság, fáradt arckifejezés, kezdetben subfebrilis temperatura, amely a latens tüdőcsúcshurut lázmenetéhez hasonlít, a hőmérséklet később emelkedik, borzongás jelentkezik és a terminális szakban 39—40°-ot ér el. Az általános tünetekhez agyi és agygyomási tünetek csatlakoznak: psychikus depressio, fejfájás, a tályognak megfelelő koponyarész néha kopogtatásra feltűnően érzékeny, pulsus lassubodás, pangásos papilla, ami főleg a beteg oldalon található meg. A fül részéről a tünetek kevésbé kifejezettek: az idült középfülgyulladás heveny exacerbációja sokszor észlelhető agytályog kifejlődése alkalmával. Agyi göctünetek is mutatkoznak, amelyeknek legfontosabbika az aphasia. Motorikus aphasiát ritkán találunk. Ez nem is tartozik a halántéklebenytályog tipikus tünetei közé, gyakoribb tünet a sensorikus, főleg amnestikus aphasia. Egyes szakakat nem talál meg a beteg és körülírja a megfelelő kifejezést. Gyakori agyi göctünet még a hemianopsia. Megjegyzendő azonban, hogy ezeket a göctüneteket daganatok is előidézhetik. A göctüneteken kívül távolhatást is fejt ki a tályog: a végtagok paresise, esetleg görcsök, faciális bénulás, centrális eredetű nystagmus, trigeminusneuralgia. A halántéklebeny-tályog gyógyítása kizárólag sebési úton történik.

A kisagytályog is főleg idült genyes középfülgyulladás, (rendszerint cholesteatomás) szövődménye. Tünetei a szerint változnak, vajjon a kisagy melyik részében localisálódik a tályog, mert minél közelebb fekszik az acusticus törzséhez, vagy magjához, annál szembetűnőbb a megjelenése. Tünetei: 1. spontán nystagmus, amely csaknem mindig a beteg oldal felé irányul, 2. cerebelláris ataxia, 3. adiadochokinesis, (különösen az ujj- orrvizsgálattal válik észrevehetővé) 4. spontán félremutatás, 5. szédülés. Ezekon kívül még egyéb, ritkábban előforduló tünetek is tapasztalhatók. Ilyenek: facialis paresis, facialis görcsök, trigeminus neuralgia. Távolhatási tünetek közül felemlíthető a bradycardia, az associációs képesség zavara, fejfájás, fokozott inreflexek, corneális reflex hiánya, stb. Terápiája: azonnali műtét.

A legsúlyosabb középfülszövődmény a meningitis, amelyet kellő időben operálva, néha meg lehet gyógyítani.

A koponyaüri szövődmények korai felismerése a gyakorló orvos szempontjából nagyjelentőségű, ezek mind

kizárólag műtét útján gyógyítható betegségek és a gyakorló orvos hivatott dönteni a sürgős kórházi beutalásról. Minél korábban történik a műtéti beavatkozás, annál nagyobb a beteg meggyógyulásának a valószínűsége.

vitéz Fialovszky Béla dr.
főorvos.

A paralysis progressiva korai diagnosisa.

A *paralysis progressiva* leggyakrabban 35—45 éves korban szokott keletkezni. 25 év előtt ritkán és 60 év után csak egészen kivételesen. Olyan esetekben, mikor a betegség hirtelen jelentkezik, amikor a paralysis *viharosan* zajlik le, alig ütközik nehézségbe a diagnosis felállítása. Vannak azonban esetek, hol a betegség rendkívül lassan fejlődik s a *prodromalis tünetek* hónapokig, sőt egy-két évig is tarthatnak. A paralysis korai diagnosisa rendkívül fontos, elsősorban *therapiás szempontból*, de fontos a betegség korai felismerése amiatt is, hogy az egyén és családja vagyoni érdekei megvédessenek. A társadalom szempontjából is nagy jelentősége van a korai felismerésnek, ha pl. az illető felelősségteljes állást tölt be, úgy a lappangó és fel nem ismert betegség sok bajnak lehet a kútforrása.

A paralysis legelején az esetek túlnyomó részében a *neurastheniás*, esetleg *hypochondriás* tünetek vannak előtérben. A beteg a megszokott neurastheniás panaszokkal jön: fáradtság, rossz közérzés, bágyadság, szédülés, fejfájás, főfájás, mely gyakran migraine-szerű, igen makacs álmatlanság, mely semmiféle gyógyszerrel sem befolyásolható. Elég gyakran *neuralgiaszerű* fájdalomokról panaszoknak, nem ritkán *herpes zosterral* kapcsolatosan. Igen gyakran a *neurastheniás* panaszokhoz *hypochondriás* panaszok is csatlakoznak, gyomor- és bélszűkület, vagy zsugorodás, máskor végbélszűkület, tüdősorvadás, asthmás rohamok stb. Az összes panaszok egy időre eltűnhetnek, hogy azután később fokozott intenzitással újból jelentkezzenek. Gyakori a paralysis kezdetén a hirtelen lesoványodás, minden kimutatható belső baj nélkül. Nem túl ritkák a *prodromalis* szakban jelentkező *depressiók* sem, főleg nőbetegeken. Sok kezdődő paralysis az orvosi naplóknak mint *depressio nervosa* könyveltetik el. Régi szabály, hogy középkorú beteget, ki *neurastheniás cerebrastheniás, psychastheniás* és *hypochondriás* panaszokkal jön, vagy *depressiók* tünetekkel jelentkezik, ne bocsássunk el előbb a rendelőóráról, mielőtt meg nem vizsgáltuk paralysisre is. A valódi neurastheniás jól megfigyeli magát, panaszai precízek, logikusak, ha panaszodik is feledékenységről, az nem igazi feledékenység, vélt beszédhibáknak és íráshibáknak túlzott jelentőséget tulajdonít. A paralytikusok panaszai határozatlanok, *hypochondriás* panaszok *absurdításoknak* látszanak. A kezdődő paralytikus is panaszodik feledékenységről, de a durvább hibákat nem veszi észre. Ha a pupillaelváltozások és reflexzavarok már konstatálhatók, úgy az orvos ritkán téved a diagnosis felállításában, azonban a nehézség ott kezdődik, hogy az egész kezdeti szakban a pupillák még kifogástalanul reagálhatnak és a térdreflexekben is alig mutatható ki valamelyes eltérés. A *pupillaris reactión* kívül vizsgálni kell a pupillák *tágasságát*, a pupillák *széleit*, melyeken a tüzetesen vizsgáló orvos esetleg már találhat eltéréseket, ugyanis paralysisben a pupillák már igen korán elvesztik szabályos kerek alakjukat, kissé szögletesek, vagy elhúzódozó szélűek lesznek, néha a pupilla fényreactio gyorsaságában is találhat eltérést a figyelmes észlelő. A kezdeti szakban az inreflexek alig mutatnak eltérést, talán különbség van a kétoldali térdreflex között, de ez csak egyéb tünetek mellett értékesíthető.

A feledékenységet és emlékezőcsökkenést az első idő-

ben nagyon nehéz kórosnak minősíteni, igen sok cerebrastheniás embernek állandó panaszja a feledékenység, különben is, pl. a nevek elfelejtése, 40 éven felüli korban elég gyakori, anélkül, hogy a dolog mögött betegség rejtőznék.

Sokkal feltűnőbb tünete a paralysisnek a *charakterváltozás*, mely néha elég korán jelentkezik. A karakterváltozásról a beteg aligha panaszodik, az orvos természetesen nem is veheti észre; gyanu esetén feltétlen szükséges a *hozzátartozók* alapos *kikérdezése*, esetleg barátok és collegák óvatos meghallgatása. Feltűnik, hogy az ezelőtt pontos egyén hanyag lesz, pontatlanul jár hivatalába, vagy egyéb dolga után, kevesebbet ad ruhájára és testi ápolására, nem vált rendszeren fehérműt, vagy máskor megfordítva, piperkőc módjára öltözködik, gyakran a tükör előtt találjuk, rikító nyakkendőt visel, esetlen parfümöt használ, amit azelőtt nem szokott. Könnyen dühbe jön, minden csekélység miatt, veszekedő, házsártos lesz, türelmetlenné válik, minden kihozza a sodrából, néha tettelességre is vetemedik. Indokolatlanul jókedvű, füttyörész, énekel, máskor a derüből a legnagyobb szomorúságba csap át. Minden megindítja, mások sorsán szomorkodik, költekezik és erején felül adakozik. Feltűnő a hozzátartozóknak, hogy egyszerre közömbös lesz, nem törődik családjával, vagy szeretteivel, azok betegsége vagy gondja nem érdekli, holott azelőtt a leggyengédebb legodaadóbb családfő volt. Gyorsan kifárad a munkában. Hivatalában vagy munkahelyén gyakran téved, néha egész durva hibákat követ el. A betegség előrehaladtával jelentkezik a megértés, figyelem és főleg az ítélőképesség hiánya. Kritika nélkül tárgyal, megrendeléseket ad fel, intézkedik, váltót ír alá stb. Egyszerű foglalkozásúakon a szellemi élet ilyen eltompulását a környezet, vagy a munkaadó és a munkástársak csak későn veszik észre, a beteg már előrehaladt paralysisben is végezheti gépies és egyszerű munkáját, amikor már a felelősségteljes állásban lévő egyén rég kidőlt munkahelyéről.

Igen fontos a paralysisre gyanus írását, levelezéseit, esetleg számláit megtekinteni, gyakran ezek még a testi symptomák előtt elárulják a betegség kezdetét. A *paralytikus írása* reszkető, a betűket szétszórja, a betűk különböző nagyságúak, a vonalak zezugosak, betűket, szavakat kihagy, máskor ismétel, vagy oda nem való szavakat told be, néha észreveszi a hibát, ki akarja javítani és össze-vissza firkálja a sorokat. Meg kell említenünk, hogy olyan egyének, kik egész életükben számokkal dolgoztak, bankemberek, pincérek stb. a számolási képességüket még a paralysis előrehaladt stadiumában is megtarthatják. Ha már a *paralysises beszédzavar* észlelhető, úgy semmi nehézségbe nem ütközik a diagnosis felállítása. Az első időben a beszédzavar még alig észrevehető, csak akkor mutatkozik, ha a beteg kissé izgatott, vagy ritkábban használt szavakat akar kimondani. Eleinte még kijavítja magát, később egészen belezavarodik és beszéde azután akadozóvá, monotonná válik, a hanghordozás bizonytalan lesz, a beszéd színezete elmosódik.

A paralysis korai diagnosisa szempontjából igen fontosak a *paralysises rohamok*, melyek néha a betegség legelején jelentkezhetnek. E rohamok úgy jönnek, mint derült égből a villámcsapás. A beteg hirtelen eszméletét veszti, *elájul*, vagy *epileptiform* görcsökben fetreng, vagy olyanféle a roham, mint egy *apoplexia*. Az első rosszulét még alig okoz maradandó nyomot, úgyhogy a beteg és környezete nem tulajdonít nagy jelentőséget a dolognak. Ha azelőtt egészséges középkorú egyén ilyen rosszulétéről hallunk, feltétlen paralysisre kell gondolnunk.

Nem kell külön hangsúlyozni, hogy paralysis gyanuja esetén feltétlen *vér- és liquor-vizsgálat* végzendő.

Frankl Samu dr.,
idegszakorvos.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, közkörházi főorvos

Digitalis túlérzékenység.

(Egyben válasz E. M. dr. kérdésére.)

Minél többet foglalkozunk a digitalissal, annál gyakrabban találkozunk a digitalissal szemben túlérzékeny szív-betegekkel. A digitalis túlérzékenység a digitalis mérgező és cumulatív sajátosságának következménye.

Sokszor nehezen, vagy egyáltalában el sem kerülhető, hogy túlérzékeny betegeken a digitalis mérgezés tünetek ne jelentkezzenek.

E tüneteket csak olyan digitalis készítményeken észleljük ritkábban, amelyek a sejtekhez, elsősorban a szívizom sejtjeihez kevésbé erősen kötődnek, és ezért nem is halmozódnak fel a szervezetben. Ilyen készítmények a folia digitalis lanataból készült praeparatumok: a magyar *Adigan* és a német *Pandigal*.

A mérgezési tünetek részben *általánosak* (rosszullét, szédülés, ájulás, szikralátás), részben a *gyomorra* vonatkoznak, részben a *szíven* észlelhetők. Sokszor a legelső tünetek a *gyomortünetek*, még parenteralis-adagolás esetén is. Ezen kellemetlen tünetek reflex úton váltódnak ki. A hányási centrum ingerlékenysége így magyarázandó.

A *szívtünetek* között a sokszor igen korán támadó extrasystoles bigeminiát, bradycardiát és súlyosabb esetekben tachyarrhythmiát említtem.

A *digitalis túlérzékenység elkerülése* végett szükséges azon elvi álláspontunk erélyes hangsúlyozása, hogy a digitalis gyógykezelésben nem ismerünk sem kicsiny, sem nagy adagokat, hanem kizárólag optimalis adagokat. Ezek egyénileg igen különbözők! Az orvos feladata ezen optimalis adagoknak egyénileg történő megállapítása. Ehhez természetesen gondos és folytatólagos ellenőrzés szükséges. A digitalis túlérzékenységet jól megmagyarázza azon említett felvételünk, hogy egyes emberek szervezetében a digitalis erősebben, illetve tartósabban kötődik a sejtekhez. Ha a szívizom sejtjeihez már az aránylag kis adagok is erősebben és tartósabban kötődnek, akkor természetesen a túl-adagolás veszedelme fennforog.

Egy további fontos klinikai tapasztalatom, hogy a digitalis érzékenység nemcsak egyénenként változó, hanem ebben a *szívizom állapota* is nagy szerepet játszik. Súlyosabb szívizomsérülés mellett a betegek sokkal érzékenyebbek a digitalissal szemben, mint kisebbfokú szívizomváltozás-kor. Ha egy szívbeteg beteg feltűnően érzékeny a digitalissal szemben, akkor ez leggyakrabban súlyosabb természetű szívizomelfajulás mellett bizonyít. Állatkísérletek is igazolják ezen klinikai tapasztalatot: a beteg szívizomsejtek jobban kötik a digitalist, mint az egészségesek.

Hogyan védekezhünk a digitalis túlérzékenységgel szemben?

1. A digitalis helyes adagolásának feltétele, az állandó orvosi ellenőrzés.

2. Az egyénileg optimalis adagoknak megkeresése el nem kerülhető.

3. Digitalis érzékenység esetén, nem egyszer a chronikusan adagolt kicsiny adagok mellett (pl. tíz centigr. pro die.) sem kerülhetjük el a cumulatio kellemetlen mérgező tüneteit.

4. Ilyen esetekben megkísérélhető a kicsiny adagoknak *intermittáló* adagolása. Nem várjuk be az incompensatiós tünetek kifejlődését, hanem a betegnek például 2—3 napig adunk kicsiny adagokat (tíz centigrammot pro die.) és 5—7 napi szünet után újból kezdjük a digitalis adagolását.

5. Ha a túlérzékenység jelenségeit így sem tudjuk elhárítani, akkor a szívizomsejtekhez kevésbé tartósan kötődő digitalis készítményeket kíséreljük meg. Ilyen esetekben a folia digitalis lanata készítmények (adigan, pandigal) az individualisan optimalis adagokban rendelőndők.

6. Kivételes esetekben egyes szívbetegségek a digitalist semmiképpen sem tűrik. Ezen esetekben a strophantint (strophangit) kell megkísérteni. Digitalis túlérzékenység esetén a strophantint nem szabad az érbe fecskendezni. A szájon át bevett strophangittal (½ milligrammos dosisok) nem egyszer igen kielégítő szívhatást érhetünk el a digitalis mérgező mellékhatásai nélkül.

7. Vannak esetek, hogy a digitalis kellemetlen mellékhatását (bigeminiát) novotropin egyidejű alkalmazása által ellensúlyozhatjuk.

8. Pangásos eredésű hányás esetén a digitalis alkalmazása mindenképpen indokolt.

Prof. Hasenfeld Artur.

Esetek a baleseti szakvéleményezés köréből.

Sérv és baleset.

A sérv és baleset közti okozati összefüggés elbírálása igen gyakori és fontos feladata a baleseti kártalanításnak. Különösen gyakran merül fel ez a kérdés a mezőgazdasági munkások balesetbiztosításában, jóval ritkábban az ipari munkásbiztosításban. Az igények tárgyát csaknem kivétel nélkül lágyéksérvek képezik. Miután nagyobb-részt már operált sérvekről van szó, legtöbbször nem baleseti járadékért folyik a harc, hanem a munkaadók emelnek igényt a kórházi ápolási költségek megtérítéséért. Dacára annak, hogy az illetékes szakértői fórumok az ily címen támasztott igényeket majdnem mindig elutasítják, mégis mindig újabb erőfeszítések történnek a baleseti összefüggés megállapításáért. A vonatkozó fellebbezési beadványokban legtöbb esetben arra hivatkoznak, hogy a munkásnak állítólagos balesete előtt nem volt semmi baja, ha tehát a baleset után sérvet kapott és ezt operálni kellett, azt más, mint a baleset nem okozhatta. A sérv keletkezését leggyakrabban emelésre, túleröltetésre, elcsúszásra, félrelépésre, ritkábban a hasfalat, lágyékot közvetlenül érő traumára vezetik vissza. Komplikálja a helyzetet az, hogy a fellebbezésekhez csatolt magán-, vagy uradalmi, néha azonban kórházi műtőorvosok által is kiállított bizonyítványok a sérv baleseti eredetét gyakran minden komoly tudományos bizonyíték mellőzésével elismerik, sőt kétségbevonhatatlannak állítják. Hogy egyebet ne említsek, egy esetünkben a baleseti összefüggést kiváló sebész egyedül azon a címen állapította meg, hogy »a sérv újkeletű volt«, de hogy mit értett ezen »újkeletűség« alatt, azt tőle megtudni sehogy sem sikerült.

Az O. Gy. K. 1931. 41. számában »Sérv és baleset« c. közleményemben már foglalkoztam e kérdéssel és pontokba foglaltam azon irányelveket, melyek az összefüggés megállapításában zsinórmértékül szolgálhatnak. Ezeket most ismételnem nem kívánom, csak az ott elmondottakat óhajtom néhány adattal kiegészíteni. A sérvek baleseti eredetének elbírálásában mindenekelőtt különbséget kell tenni a súlyos direkt traumák, műtétek után keletkezett hasfali sérvek és a praeformált csatornákon kilépő sérvek között. Az előbbieket, miután baleseti eredetük nyilvánvaló, feltétlenül kártalanítani kell. Ha az

irodalomban baleseti sérvek gyanánt elkönnyvelt eseteket tanulmány tárgyává tesszük, azt látjuk, hogy ezek túlnyomó részében ilyen súlyos traumákkal kapcsolatos hasfali sérvekről, illetve prolapsusokról volt szó, melyek baleseti eredete tehát nem is vitatható. Egészen másképp áll a dolog a másik csoportba tartozó sérvekkel. Ezek helyes megítélésére tudnunk kell, hogy képződésük alapokát nem külerőszaki behatásokban, hanem veleszületett fejlődéstani viszonyokban, vagy alkati hajlamosságban kell keresni. A praeformált sérvkapukon (lágycék, combgyűrű stb.) keresztül kilépő sérvek egy bizonyos időpontban megjelennek és észrevehetővé válnak, akár érte valamely trauma az illető egyént, akár nem. Az a körülmény tehát, hogy valaki munkaközben veszi észre a sérvet, melyről azelőtt nem volt tudomása, még egyáltalán nem bizonyítja annak traumás (baleseti) eredetét. Pontos vizsgálatok (Moro) kiderítették, hogy a hashártyának rendkívül nagy ellenállóképessége és rugalmassága van, úgyhogy kísérleti úton sohasem sikerült, még a hasüri nyomás legmagasabb fokozásával sem a hashártyán maradót kitüremkedést létrehozni. Ebből az következik, hogy sérvtömlőnek hirtelen, erőlködés útján képződése ki van zárva. Az ú. n. baleset szerepe tehát egyedül abban állhat, hogy kisebb vagy nagyobb trauma hatására zsigerek nyomulnak ki a már meglévő, praeformált sérvtömlőbe. Ez rendszerint minden számottevő tünet nélkül következik be, ami természetes is, mert a trauma csak mintegy az utolsó lökést adta meg olyan folyamatnak, mely anélkül is biztosan bekövetkezett volna, éppen úgy, mint ahogy a tabeses egyén csontja eltörik szinte magától (spontán fractura), ha a helyzet erre megérett. Véleményünk szerint tehát az ilyen esetek annál kevésbé kártalaníthatók, mert szabály az, hogy valamely bántalom baleseti eredete csak akkor ismerhető el, ha a baleset annak előidézésében *lényeges* szerepet játszott.

A balesetnek ilyen lényeges előidéző szerepéről csakis oly esetben lehet szó, ahol beigazolást nyer, hogy a sérv kinyomulását jelentékeny, a baleset minden kriteriumával bíró trauma (erős hasfali zúzódás, rendkívüli megerőltetés stb.) előzte meg, mely után *közvetlenül* viharos subjektív (nagy fájdalom, hányás, elesettség stb.) és kifejezett tárgyi jelenségek (localisan nagyfokú érzékenység, duzzanat, vérömleny) észlelhetők. Ily esetek azonban, ha egyáltalán előfordulnak, felette ritkák. Be kell vallanom, hogy számos ily eset közlése dacára az irodalom áttanulmányozása az ilyen valódi baleseti sérvek tényleges előfordulásáról nem tudott teljesen meggyőzni. Saját, nagyszámú esetre vonatkozó anyagomban nem találtam egyet sem, ahol a sérv baleseti összefüggését a fenti értelemben nyugodt lelkiismerettel meg lehetett volna állapítani. Legtöbb esetben meg sem történt, koholt balesettel állottunk szemben, a többiekben pedig késői balesetjelentés, súlyos trauma hiánya, továbbdolgozás, orvosi segély késői igénybevétele voltak azok a tipikusan ismétlődő körülmények, melyek a baleseti összefüggés elismerését lehetetlenné tették.

Összefoglalólag tehát megállapíthatjuk, hogy a praeformált utakon kilépő sérvek baleseti keletkezése mindenestre a kivételes ritkaságok közé tartozik, az összefüggésnek tudományos biztonsággal megállapítása pedig jóformán sohasem lehetséges. Ezért érthető a magánbiztosító intézetek álláspontja, melyek sérvek kártalanítását a balesetbiztosításból teljesen kizárják.

Amennyiben a fentiek dacára az összefüggés mégis megállapítható, válaszolnunk kell arra a kérdésre is, hogy mennyi a balesetből származó keresőképeségcsökkenés. Magától értetődik, hogy az értékelés mindig csak egyéni lehet és az egyén kora és foglalkozása, valamint a sérv nagysága és az okozott panaszok súlyossága szerint 15—50% között váltakozhatnak,

Miután a sérv műtéttel úgyszólván biztosan és minimális kockázattal meggyógyítható, felmerülhet az a kérdés, hogy adott esetben a baleseti járadékot élvező sérves egyénnel szemben lehet-e műtéti kényszert alkalmazni. E kérdésre vonatkozó felfogásomat az Orvosi Hetilap 1934. 37. számában megjelent közleményemben részletesen kifejtettem és ott közöltem azt, hogy a magyar társadalombiztosítási törvényhozás a műtéti kényszert nem fogadja el. Szórványosan, magánbiztosítási ügyekből kifolyólag előfordulhat ugyan, hogy a bíróság sérvműtét megtagadása esetén a felet elmarasztalja (ily esetre nálunk a közelmúltban volt példa), egészben véve azonban most is azt kell mondani, hogy a műtéti kényszer alkalmazása a gyakorlatban nehezen keresztülvihető és attól, főleg a társadalmi balesetbiztosításban lényeges hasznót sem anyagi, sem erkölcsi tekintetben várni nem lehet.

Milkó Vilmos dr.
egyet. magántanár.

Tonoscillographia.

A szív és érrendszeri betegségek kórjólátának megítélésében és gyógykezelésében nagy szerepe van a vérnyomás és az erek tonusállapota ismeretének. A vérnyomást, mely a hidraulikus nyomásból (szívösszehúzóadás), dinamikus nyomásból (a vértömeg mozgása) és a hydrostatikus nyomásból (a véroszlop súlyának a test legmélyebb pontjára gyakorolt nyomása) tevődik össze, általában a Riva-Rocci-féle tonometerrel mérjük, mely eszköz azonban nem nyújt semmiféle adatot az érfal állapotáról. *Janeway* 1901-ben, majd *Pachon* 1908-ban oscillometriás mérőeszközt szerkesztettek, de a vérnyomás felrajzolása mellett az érfal minőségének pontos megismerése is a *Tycos*-féle műszerrel sikerült. Ugyanezen elven alapszik a *Plesch*-féle tonoscillograph.

A tonoscillograph két részből áll: egy légmentesen elzárható edényből és egy manchettából. Az edény két manometerrendszerből tevődik össze, az egyik a készülékben uralgó nyomást mutatja, a másik a mindenkori nyomáshoz tartozó pulsusgörbét jelzi. Az egyik manometer az edényben a gummilabdával létrehozott nyomás emelkedésével begömbül és ezen meghajlása egy villaszár között kifeszített fonal segítségével forgótengelyre vivődik át, mely viszont egy tányért forgat. A tányérra higanymilliméteres beosztású lap helyezhető, mely működés közben forog. A másik manometer az író mozgatja és egyrészt a manchettával áll összeköttetésben, másrészt hajszálnyal segítségével az edénnyel. A készülékben létrehozott légnyomás a hajszálcsovön át jut a manchettába. A manchetta külső fala vastagabb gummiból áll, melyben nem tágítható, hajlékony fémbetét van, belső fala vékony gummiból készült. Zára úgy van megalkotva, hogy a kar vagy láb kerületéhez pontosan odailleszthetjük a manchettát.

A mérést úgy végezzük, hogy a manchettát pontosan a végtaghoz illesztve felcsatoljuk, az edényben a nyomást a gummiballonnal annyira fokozzuk, hogy pulzust ne érezzünk. Ekkor a levegőt az edényből lassan kiengedjük és közben az író a forgó papirkorongra felrajzolja a tonoscillogrammot.

Az így felvett tonoscillogramm kezdeti része teljesen egyenletes, esetleg kis kilengéseket mutató vonal. A kilengések úgy keletkeznek; hogy a leszorított arteria centralis része a szívveréssel egyidejűleg a manchetta gummifalához ütődik, ami kis hullámokat, az úgynevezett lökési szakot hozza létre. A görbe folytatólagos részén a hullámok állandóan nagyobbodnak és az a pont, hol az első nagyobb hullám keletkezik, mutatja a teljes nyomást. A hullámok keletkezésének oka, hogy a külső nyomás csökkenésével arány-

ban az arteria lassan kezd nyílani. Az a pont, hol az arteria systolek alatt először nyeri vissza eredeti alakját, tehát ahol a külső nyomás a belső nyomással egyenlő, mutatja a maximalis nyomást. Ezen a ponton kezdenek a systoles csúcsok egy vonalba esni. A görbén a következő megjegyzendő pont, a total minimum ott van, hol az arteria fala még diastoleban teljesen lelapul, ami a görbén a kilengés kezdetének pontszerűvé válásában mutatkozik. A görbe további lefutásában a kilengések állandó csökkenése látható és amikor az arteria fala többé nem horpad be, hanem minden irányban táguló mozgásokat végez, az író az úgynevezett pulsatiós szakaszt jelzi, melynek kezdőpontja a minimum nyomás. Összehasonlítva a gyakorlatban általában elterjedt *Korotkow-féle* hallgatósági eljárással a görbén a nyomásmaximum valamivel magasabban van, mint a hallgatósáskor hallott első hang. Tiszta hangot a maximum esetén hallunk, a total-minimum esetén a hang elhalkul, a minimum esetében megszűnik. A *Vaquez* által leírt középvérnyomás (pression moyen) leolvasása is könnyű, mert megfelel az oscillatio legnagyobb kilengésének. A vérnyomásnak a tonoscillogrammon történő leolvasása sokkal egyszerűbb, mint olyan mérőeszközökkel, melyek az oscillatiókat nem rögzítik.

A tonoscillogramm a vérnyomás meghatározása mellett az érfal állapotáról is felvilágosítást nyújt. Így az első hullámoktól a maximalis nyomásig terjedő szakasz (kifejlődési szakasz) milyensége elkülönítő kórisme szempontjából jelentős. Ez a szakasz rugalmasfalú arteria esetében egyenesen emelkedő görbét mutat, teljesen elernyedő arteria esetében rövid, míg rigidfalú arteria esetén hirtelen emelkedés mellett a szakasz meglehetősen hosszú.

Érelmeszesedésben a pulsus nagy hullámú, az érfal rugalmasságát elvesztve tehetetlensége miatt maximalisan kileng. Az oscillogrammon a kifejlődési szakasz típusos volta mellett a további oscillatiók hirtelen és magas emelkedést mutatnak.

A szívizom elfajulása következtében a szív erejének csökkenését a görbén a rövid kifejlődési szakasz és az alacsony kilengések jelzik. Paroxysmalis tachycardiás roham alatt számtalan kis kilengéseket ír az író az aránylag rövid görbén, a roham megszűnése vagy megszüntetése után a kilengések ismét nagyobbakká válnak.

A végtagok verőereinek elzáródása, akár külső, akár belső akadály következtében történik, a párhuzamosan felvett oscillogrammon jól észlelhető és így megóv oly diagnostikai tévedéstől, mely pl. egy mélyebben fekvő arteria radialis tapintása esetén történhet, hol a két arteria radialis tapintata közötti különbséget más szervi elváltozásnak hihetnének.

Az elkülönítő kórisme szempontjából az oscillographia felhasználható éppen az ér görcsös állapotainak, *Raynaud*-betegségnek felismerésében. Ilyenkor az oscillogrammon látható kis kilengések, a párhuzamosan felvett görbék összehasonlításakor a teljes nyomás kezdeti pontjai közötti, további kilengések nagysága közötti különbségek a klinikai képpel összevetve a kórismét alátámasztják. A *Bürger-féle* betegségben az egymást követő fájdalmas rohamok után jelentkező oscillogramm-változás is jellemző: a kilengések állandóan, fokozatosan csökkennek.

Szemészeti kórismézésben *Weinstein* alkalmazta a tonoscillographiát s a szemfenék vérzéseiben legtöbbször az érelmeszesedésre jellegzetes nagy kilengésű görbét találta.

A tonoscillograph azonban nemcsak a kórisme felállításában jó segédeszköz, hanem a gyógyító módszerek ellenőrzésében is használható, mert a felvett oscillogramm változása a gyógyítás eredményességét, esetleg eredménytelenségét is jelzi.

Faragó Pál dr.,
a Gróf Apponyi Poliklinika assistense.

A gátor daganatai.

A gátor a mellüregnek oly része, melyet a tüdők nem töltenek ki és oldal felé a pleura mediastinalis lemezei határolnak el. A mediastinumban fontos szervek helyezkednek el ú. m. a szív, nagyerek, légcső, nyelőcső, nyirokedények, kedeszmirigy (thymus), nyirokmirigyek és idegek. Megbetegedéseit főleg a nyomási tünetek jellemzik, s ezek elsősorban a nagy vénákon jelentkeznek.

A mediastinum térszűkítő bántalmi közül elsőnek a daganatokat kell megemlítenünk, melyek közül a leggyakoribb lymphosarcoma a mediastinalis nyirokcsomókból indul ki. Ugyancsak a mediastinum nyirokcsomó rendszerének megbetegedése a lymphosarcomatosis (*Kundrat*) a lymphatikus leukaemia, továbbá a lymphogranulomatosis (*Hodgkin*) vezethetnek nyomási tünetekhez. A thymus maradványokból kiinduló daganatok (thymus carcinomák), nemkülönben a rosszindulatú pajzsmirigy daganatok kevésbé gyakoriak. Jóindulatú mediastinalis daganat is ritka. Ezek között még a leggyakoribb a dermoidcysta. Áttételeket főleg az emlőrák, tüdőrák és gyomorrák okoznak, bár ritka a mediastinalis tumor classikus képeinek ily módon való létrejötte. Gyakoribbak azok a daganatok, melyek a mediastinumra per continuitatem terjednek át, mint a nyelőcső és bronchus rákja. A gümős abscessusok (a nyakcsigolya carieséből sülyedő abscessus) olykor a mediastinalis tumor képe alatt észlelhetők. Az aorta aneurysmája néha olyan képet mutathat, mely a valódi mediastinalis tumortól nehezen különíthető el.

Kezdetben a subjectiv panaszok nem jellemzőek. Hosszú ideig fáradtságérzés, étvágytalanság, nyomás, fájdalomérzés a szegycsont mögött képezik a panaszokat. Később jelentkeznek a valódi nyomásból eredő jelenségek, melyek a mediastinum megbetegedésére utalnak: makacs bőfűgés, rekedtség (recurrens bénulás folytán). Az érző idegrostok (nervi intercostales) nyomatása folytán heves fájások jelentkezhetnek, melyek hátulról előre nem egyszer a karba is kisugározhatnak.

A legfontosabb és legkorábbi objectív nyomási tünet már megtekintésre az, hogy a mellkas felületes venái teltek. Ez a tünet néha az egyik oldalon erősebben kifejezett, és a kicsiny, egyébként nem látható bőrvenák, mint jól látható kötegek tűnnek szemünkbe. A nyakon a jugularis ujjvastagságúra duzzadhat. Különösen jellemző a nyak és az egész fej duzzanata cyanosissal vegyesen. Emellett a test alsó fele keringési zavaroktól mentes.

Nagy ritkán már a megtekintésre is kitűnik, hogy a szegycsont elődomborodik. Kopogtatással a nagyobb tumorkok, melyek a mediastinum elülső részében fejlődnek, jól kimutathatók. Ilyenkor a tompulat nemcsak a szegycsontra szorítkozik, hanem annak oldalsó részeire is. A tompulat olykor abszolút, főleg ha a tumor a mellkas falához fekszik. Ha ezek a tünetek meg vannak, akkor a mediastinum térszűkítő folyamatának diagnosisa biztosítva van. Az egyéb objectív jelenségek, mint pulsusdifferentia, recurrenshűdés, stb. nem minden esetben mutathatók ki. A későbbi lefolyásban eléggé gyakran pangásos folyadékgyülem jelentkezik a mellkasban. A ductus thoracicus nyomatása folytán pedig chylothorax keletkezik.

A betegség lefolyása függ az alapbetegség természetétől, mert jóindulatú tumorkok hosszú ideig változatlanul állhatnak fenn, míg rosszindulatúak 1—2 év alatt halálhoz vezetnek. Rossz a prognos, ha súlyos nyomatási jelenségek jelentkeznek. A halál pneumonia, szívgyengeség vagy embolia folytán következik be.

A kórismét biztosítja a röntgenvizsgálat, mely egyszerűsre mind a kopogtatással szemben elkülönítő kórismei értékű is.

A gyógyításban a jód és arsen mellett a leghatásosabb a röntgen mély besugárzás, amely a sarcoma, a lympho-

tikus leucaemia és lymphogranulomatosis esetén jó eredményeket mutat, bár végleges gyógyulást nem eredményez, mert idővel a daganat röntgenrefraktaerré válhat. Újabban radiummal is próbálkozhatunk.

Schaffler József dr.
egyetemi magántanár.

A tuberculosis actualis kérdései.

A röntgenvizsgálat haladása a tüdőtuberculosis kórisméjében.

A tüdő röntgenvizsgálata lényegét és értékét tekintve a kopogtatáshoz áll a legközelebb, mivel ugyancsak a tüdőszövet kóros elváltozásainak sűrűségi különbségén nyugszik. Jelentősége a kopogtatást felülmúlja, mégpedig azért, mert ki nem kopogtatható nagyságú beszűrődést, gócot vagy góccsoportot is láthatóvá tesz.

A többnyire tünetmentesen jelentkező kulcsalatti, ú. n. »korai« beszűrődés, a kerek beszűrődés, a haematogen disseminatio és az öregkori tuberculosis csak röntgenvizsgálattal deríthető fel, úgy hogy szabályként állíthatjuk: *a tüdővizsgálat röntgen nélkül nem teljes és ennek igénybevétele nélkül a tüdőgümőkört mint betegséget nincs jogunk kizárni.* Emellett azonban rá kell mutatni arra is, hogy negatív röntgenlelet még nem zárja ki a tuberculosisist.

A teljes röntgenvizsgálat átvilágítással és fényképfelvétellel történik. A két eljárás egymást kiegészíti, úgy hogy csak ezeknek megtörténte után mondható vélemény. A röntgenfénykép »olvasása« szakértelmet kíván, miután az árnyékalakulatok értelmezése és kritikai szétbontása a kórjósolatot és a gyógykezelést illetően elhatározó fontosságú. Meggondolandó egyrészt, hogy a fényképen a három dimenziós mellkas két dimenzióban látható, amely hátrányt ma már stereoskopos-felvétellel igyekeznek kiküszöbölni. Másrészt a különböző árnyékminőségek egymásra vetítettnek, miáltal jelenlévő elváltozások elkerülhetik figyelmünket és nem létező *csalóka* képeket valódinak foghatunk fel.

A fénykép árnyékminőségének elemzése kórbonctani szempontból is fontos, mert a folyamat jellegét annak pathologiai caractere szabja meg. Következőleg a röntgennel az élő egyén ú. n. »anatomiai« vizsgálatát igyekezünk elvégezni. Graeff és Küpferle megkísérelték a gümőkór exsudatív és productív formáit röntgenológiai pontosan elhatárolni, de a kép közötti különbség távolról sem annyira plastikus, mint annak leírása, úgyhogy a subjectivizmusnak itt is tág tere nyílik.

Az átvilágítás és a fénykép téves értelmezése különösen a *csúcsterületre* és a hilusokra vonatkoztatva a *hibaforrások tekintetbe nem vételéből származik.* A »fátyolos«, »felhőszerű«, »köhögtesre nem tisztuló« csúcselevezéseket gyakran halljuk és a leletekben olvashatjuk, mégis azt kell mondani, hogy a tuberculosis röntgen- és pathomorphológiáját illetően legalább is alárendelt jelentőségű. A »fátyolozottságot« azonkívül, hogy normalisan is előfordul, egy egész sor elváltozás hozhatja létre, amilyen jobb oldalon a fejlettebb izomzat, a jobb tüdőcsúcsmélyebb állása, a scoliosis, a szűk bordaközök, illetőleg a bordáknak szinte zsindeyszerű elhelyeződése, a nyaki borda, a nyaki nyirokcsomók, a II. borda kísérő árnyéka, a subclavia árnyéka, az egyik orrjárat akadályozott légzése és struma compressio következtében beálló csúcscatelectasia és a mellkasi izzadmányokban is látható csúcshomály. Felemlítendőek az olyan tévesen gócnak minősített alakulatok, melyek orthoröntgenograd talált ereknek felelnek meg. Ha még hozzávesszük, hogy a fátyolozottságot csúcscsalag és pleuritises csúcskúp is okozhatja és hogy ezeknek gümős aetiologiája az esetek nagy részében legalább is kétséges (*Böhne*), akkor nyilvánvaló, hogy *érvényes csúcscsalag* kórismézéséhez a legnagyobb óvatosság szükséges. Tüdőcsúcson belüli gümős

folyamatra valószínűséggel csak a körülírt árnyékfoltból és a gócsárnyék jelenlétéből van jogunk következtetni. Viszont az előbb említett hibaforrások mögött *nem* látható gümős góccok húzódnak meg, amelyeket ma már specialis csúcscsalaggal corrigálnak. Amint a borsónyi vagy annál is kisebb góccok a physikalisch diagnostika számára csak akkor hozzáférhetőek, ha vagy nagyobb számmal vannak jelen, vagy pedig kiterjedtebb, többnyire pleuralis eredetű zsugorodással járnak együtt, azonnál a röntgenről is feltehető, hogy inkább a meszes vagy meszesedő góccokat fogja kimutatni, mi a többi ilyen góc az objectiv diagnostika számára csak nehezen hozzáférhető.

A *hilus* elváltozásait többnyire »dús kifejezett hilus« jelzővel illetik. Hogy ez mit jelent, nehéz megmondani, mert az összetévesztés lehetősége nagy, viszont a hilus valóban gümős megbetegedésének kórisméje a tüdő-röntgen-diagnostika legkényesebb feladatai közé tartozik. E helyen is, mint a tüdő röntgendiagnostikájának más területén, nem szabad megelégedni a dorsoventralis átvilágítással, hanem a beteget »forgatva« különböző projectiós irányból kell átvizsgálni, a focus-film-távolságot megfelelően kell megszabni, mert különben a normális hilus — melyet főként az erek, a bronchusok és a különben is jelenlévő nyirokcsomók alkotnak — olyan elrajzolt, túlzott, tehát csalóka módon kiterjedt friss kóros folyamatot hitet el, mely felesleges és szükségtelen therapiás beavatkozásra ad alkalmat.

A *korai infiltratumok* megállapítását röntgen nélkül el sem lehet képzelni. Mégis azt mondani, hogy a phthiseogenesis csaknem kizárólag ezen alapszik, indokolatlan túlzás. Ha 302 tüdőgyógyintézeti beteg filmjét válogatás nélkül kiemeljük, akkor 68%-ban található valamelyes tüdőelváltozás, míg a fényképek 32%-ban negatív lelet, vagy nem értékelhető csúcscsalag mutatkozik. A phthiseogenesis szempontjából jelentős, hogy — leszámítva az izolált primaer complexumot (6,6%) — az összes tüdőelváltozások közül 50,3%-ban állapítható meg az izolált csúcscsalag valamely formája, míg extraapicalis elváltozást, tehát ú. n. korai subclavicularis beszűrődést és hilus infiltratumot csúcscsalaggal együtt is csak 10,9%-ban lehet kimutatni (*Puder*).

A röntgendiagnostika aránylag legbiztosabban a *heges, cirrhotikus* folyamatot mutatja. A *szétszórt vértüti* gümőkór körülírt formája, vagy általános miliáris alakja csak röntgennel deríthető ki, minthogy a kiterjedt röntgenlelet mellett csekély klinikai leletet ad.

A *cavernadiagnostika* főként röntgen útján lehetséges, mégis sok kívánnivalót hagy hátra. A mellhártyai szalagok, a körülírt emphysemás terület, melynek határán a tüdőszövet tömörebb: cavernát utánozhat, míg ha a jelenlévő üreg mögött beszűrődött parenchyma foglal helyet, akkor a cavum láthatatlanná válik. A caverna időnként eltűnik, vagy éppen »elhegesedett«, amikor is a következő átvilágításkor újból megjelenik. Oka a folyadékgyülem pangása és ha ez eltűnik, a caverna újból láthatóvá válik. Máskor meg a cavum csak akkor látható, ha folyadékszintje van. A cavernának, de általában a gümős folyamatnak »helyzeti kórisméje« sorozatos röntgenfényképek készítését igényeli. Csupán több, különböző időszakban készített kép összehasonlítása alapján lehet a *progressiót*, a *gyógyulást*, esetleg a *therapiás beavatkozást* illetőleg határozott véleményt nyilvánítani.

A *pneumothorax-kezelés* röntgenátvilágítás nélkül el sem képzelhető. Töltés előtt és után történő átvilágítás a mellkasüregebe vitt levegő elhelyezkedése és adagolása iránt tájékoztat. Ugyancsak nagy jelentősége van a röntgennek a többi compressió operatív gyógyeljárás javallatának felállításában.

Puder Sándor dr.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, közkórházi főorvos

Reflex anuria.

Reflexanuria alatt olyan anuriát értünk, mely gyulladós vagy circulatorios zavartól függetlenül tisztán reflectorikus ideg hatás útján létesül. Előfordulása általában ritka, sőt vannak, kik létezését kétségbe vonják, mert állatkísérletekben a reflexanuria mesterséges előidézése csak elvétve sikerül. A mindennapi gyakorlat és a klinikai tapasztalat azonban kétségtelenül amellest szól, hogy vannak anuriák, melyek hirtelen, váratlan keletkezése csakis oly módon magyarázható, ha keletkezésüket reflectorikus idegbehatásokkal hozzuk összefüggésbe, aminek helyességét az ilyenkor eredménnyel alkalmazott gyógyeljárásaink is bizonyítják.

A reflectorikusan előidézett ingerhatás alapja vasoconstrictio, mely oly módon jön létre, hogy az urogenitalis tractus valamely pontjából, vagy a szervezet egy más helyéről kiinduló inger a n. splanchnicus útján a vesében érgörcsöt idéz elő, minek következtében a vese vérellátása szenved s oliguria, nagyobb vagy tartósabb izgalom esetén anuria létesül. A splanchnicus ezen vasoconstrictor hatása már régen ismeretes és állatkísérletekben is a splanchnicus izgatásával oliguriát, annak átmetszésével pedig polyuriát lehet előidézni. A splanchnicus izgalmát előidéző periphericus inger valószínűleg a vesemedence, ureter vagy hólyag falában levő érző idegekből indul ki, de nem ritka az olyan eset sem, midőn a periphericus inger az urogenitalis tractuson kívül, illetve attól függetlenül létesül. Ide tartoznak a hasi műtétek vagy sérülések kapcsán észlelt reflexanuriák.

A reflexanuria leggyakoribb esete egyoldali kőbeékelődéskor fordul elő. Ilyenkor az elzáródott oldalon a vese hilusban fekvő plexus renalis izgalmi állapota a plexus coeliacuson keresztül a másik oldali plexus renalisra is áttevődik, minek következtében ezen az oldalon vasocontractio hatás jön létre. Ha ezen hatás nagyobb fokot ér el, a vizelet kiválasztás a különben ép vese oldalon megszűnik s beáll az anuria.

Azt vajjon a plexus renalis izgalmi állapotát a közelzárdással járó intrarenalis nyomásfokozódás vagy pedig inkább az ureter pyelum falában elhelyezett idegrostok direct izgalma idézi-e elő, eldönteni nem sikerült. Hasonlóképpen nem tudjuk, hogy a renorenalis reflex kiváltása, vagyis az egyik oldali plexus renalis izgalmának a másik oldali plexusra áttevődése milyen körülményektől függ. Még nehezebb választ adni arra a kérdésre, hogy miért van az, hogy az egyik esetben a renorenalis reflex hatása csak egyszerű ú. n. contralaterális fájdalomban máskor oliguriában s csak kivételes esetekben nyilvánul meg anuriában. Ezért vannak, kik azt tartják, hogy egyoldali kőbeékelődéskor észlelt reflexanuriákban a másik oldali vese abszolút épségéhez kétség fér.

A reflexanuria felismerése többnyire ex juvantibus direct vagy indirect bizonyítékok alapján történik.

A reflexanuria *indirect bizonyítéka* a minden bevezetés nélküli hirtelen, váratlan fellépés, melyet a reflexet kiváltó behatás csak rövid idővel alig 24—48 órával előz meg. Kiváltó momentumok lehetnek vesegörcs pl. kőbeékelődés után, ureterkatherismus, vesemedence mosás, hasiműtét vagy trauma, sőt ismeretesek esetek, midőn hólyagbecsepentés után reflexanuria következett be. Minden ilyen esetben fontos, hogy az anuria keletkezésének minden más lehetősége kizárható legyen. Nephritis bármely faja, cardiális zavarok esetén reflexanuriáról beszélni nem lehet. Hasonlóképpen kétoldali kőbeékelődés vagy pedig kétoldali ureter-

kompressio vagy ureterlekötéskor észlelt anuria szintén nem lehet reflexanuria.

A reflexanuria másik *directnek* mondható *bizonyítéka* az anuria lefolyásában, de még inkább megszüntetésekor alkalmazott gyógyeljárásban rejlik. Mivel a reflexanuria idegreflex kiváltásán alapul, érthető, hogy megszüntetése két úton érhető el. Az egyik út, midőn az ingerhatást kiváltó primaer okot az inger kiindulási helyéről eltávolítjuk, a másik, sokkal egyszerűbb eljárás a reflexív megszakításában nyilvánul meg. Az első eset akkor áll elő, ha egyoldali kőbeékelődéskor ureterkatherismussal a veseelzáródást megszüntetjük. A reflexet kiváltó periferiás inger ilyenkor megszűnve, az összes következményes jelenségek is eltűnnek. A második eset a reflexív megszakítása a legbiztosabban a n. splanchnicusok kikapcsolásával érhető el. *Newwirth* gondolata volt, hogy a Kappis f. splanchnicus anaesthesiát ilyen célokra felhasználja s eljárása több ízben sikerrel járt. Az urológiai klinikán mi inkább a paravertebralis anaesthesiát alkalmazzuk s hatásával meg vagyunk elégedve. Az anaesthesiát ilyenkor a II—12 costalis és az I—2 lumbalis segmentumok magasságában végezzük 10—10 ccm 1%-os novocain oldattal. Theoreticusan egyoldali anaesthesia is elegendő, de biztosabb hatást érünk el, ha az anaesthesiát mindkét oldalt elvégezzük. A hatás főfeltétele, hogy az anuria tényleg reflectorikus eredetű legyen, mert természetesen, hogy minden más esetben a fenti anaesthesia eredménnyel nem jár.

A splanchnicus, illetve paravertebral anaesthesia hatása reflexanuriában annyira kézenfekvő, hogy ezen anaesthesiák sikeres alkalmazása a reflexanuria abszolút bizonyítékának tekinthető.

Ha valaki a fenti anaesthesiák technikájában nem jártas s reflexanuria jelenlétét gyanítja, megkísérheti a *Haim* által ajánlott intravenás euphyllin injectiót. *Haim* 2 ccm (0.24 g) adagolása után, Wertheim-műtét után fellépett 24 órás anuriánál jó hatást látott. Ismeretes, hogy néhány órás postoperatív reflexanuria esetén az intravenás urotropin is néha jól hat.

A reflexanuria tehát egy aránylag ritkán, de kétségtelenül itt-ott előforduló anuria, melynek jelenlétére akkor gondoljunk, ha minden más ok, mely anuriát idézhet elő, kizárható. A reflexanuria főfeltétele, hogy mindkét, de legalább is az egyik oldali vese úgy functionális, mint anatómiai értelemben a rendelkezésünkre álló vizsgálati módszerek segítségével épnek bizonyuljon. Ez nem jelenti azonban azt, hogy minimális, vizsgálati módszereinkkel ki nem mutatható elváltozások elő ne fordulhassanak, mert különben nem lehet megmagyarázni azt, hogy az aránylag gyakori kőbeékelődések mellett a következményes reflexanuria oly ritkán fordul elő.

A reflexanuria *gyógyeljárása*: ha kőbeékelődés okozza, az elzáródást kell megszüntetni, ha egyéb oka van, úgy ureterkatherismus és paravertebralis anaesthesia között választhatunk.

Minder Gyula dr.
egyet. magántanár.

A fogkő.

A fogkő (hibásan borkő), valamint a fehér foglepedék a fogaknak oly részén található, mely sem a rágásban nem vesz részt, sem a fogaknak mechanikai tisztításában nem részesül. A fogkőképződés nagy egyéni ingadozást mutat, mégis többnyire a 30-ik életév után még az eddig fogkő-

menteseken is nagyobb mennyiségben rakódik le a fogakra. Mai véleményünk szerint azért, mert ezen időtől a csontváz felépítéséhez a szervezetnek már kevésbé van szüksége a táplálékkal bevitt mészsókra, miért is a szervezet felesleges mészsóit — bizonyos körülmények közt — különböző helyeken kiválasztja (epekö, vesekő, nyálkő, fogkő stb.). A lerakódott fogkő mennyisége és keletkezésének ideje igen különböző; néhol egészen a fog rágó éleig borítja a fogat, míg másutt, dacára a hiányos fogápolásnak, alig található. Általában a gyors növekedésű fogkő lágy, puha, omlós, világosabb színű, míg a lassabban növekedő keményebb és sötétebb színű.

A fogkő keletkezésében a fehér foglepedéknek és a mészsóknak tulajdoníthatunk fontosabb szerepet. A fognak sem rágással, sem dörzsöléssel nem tisztított részén ugyanis ételpépből, baktériumokból, levált epithelsejtekből fehér vagy szürkésárga színű lepedék rakódik le, mely bizonyos körülmények közt mészsóval átitatódik, telítődik és a fogkőnek alapanyagául szolgál. Miből áll és honnan kerül ezen lepedékhez a mészsó? Pontos vizsgálatok szerint a fogkő szerves és szervetlen anyagból áll. *Vergne, Hoppe, Seyler* és *Freeman* vizsgálatai szerint 100 rész fogkő középértékben a következő anyagokat tartalmazza: $Ca_3(PO_4)_2$ 60 rész; szerves anyag és alkáli só 25 rész; $CaCO_3$ 8 rész; $FePO_4$ 7 rész. Ezen szervetlen sók a nyálból származnak, mint azt *Kantorovics, Younger, Miller, Bonwill* vizsgálatai kimutatták. A normalis nyál ugyanis építi tartalmaz calciumphosphatot, mint calciumcarbonatot, mely a fogkőnek 68%-át teszi. Mindkettő oldatban van a vérben, szövetnedvben, a nyálmirigy váladékában s így a nyálban is. Amint a nyál a mirigyből a szájüregbe kerül, az eddig oldatban levő mészsó oldhatatlan csapadékká válik, leülepedik az általa először érintett szilárd testre, tehát a fogakra. Ezért érthető, hogy miért találunk legtöbb fogkövet éppen az alsó metszőfogak nyelvi és a felső nagyíró fogak pofai oldalán; azért ugyanis, mert e helyek vannak legjobban elárasztva a submaxillaris, sublingualis, illetve a parotis mirigyek váladékával. Ha meggondoljuk most már, hogy a fogkőlerakódás erősen csökken a fogak gondos tisztításával, úgy joggal mondhatjuk, hogy keletkezésének oka a szájüreg viszonyaiban és a nyál összetételében van; viszont kétségtelen az is, hogy a fogkőlerakódásra és növekedésre a legkedvezőbb viszonyokat a hiányos fog- és szájápolás, elégtelen rágás és a túl puha, pépes ételek fogyasztása teremti meg.

Újabbban a fogkőképződés kérdésével a colloidchemia is foglalkozik. *Schoenbeck, Prinz, Sommer, Wittkopp* a nyálát colloidoldatnak tartják és véleményük szerint a nyálmirigyből kifolyó nyálbaktériumok és a levegő szénsavának hatására változást szenved oly módon, hogy az alkalikus fehérjerészek fokozatosan savanyúkká válnak. A neutral pont átlépésekor a fehérje kicsapódik az oldatból és mészsókat visz magával, mely a fogfelületen colloidmészahártyát alkot.

A fogkőképződés okainak rövid ismertetése után két kérdéssel kívánunk még foglalkozni. Először is felelnünk kell arra a kérdésre, hogy ártalmas-e a fogkő, másodsor pedig arra, hogy mily módon védekezhünk a fogkő ellen. Az első kérdésre válaszolnunk igen könnyű, mert elég ha rámutatunk arra, hogy az általánosan ismert és pyorrhoea alveolarisnak (paradentosis) mondott foghúsbetegség a civilizált viszonyok közt élő emberiségnek kb. 40%-ában megtalálható, melynek előidéző okául kb. 90%-ban éppen a fogkövet tartjuk. Nem véletlen az sem, hogy a pyorrhoea alveolaris legelterjedtebben éppen ugyanazon időben támad, — a 30—40. életév közt — amikor a fogkőképződés is nagyobb mértékben megindul, mint azt már a fentiekben említettük. E két bántalomnak az okozati összefüggése kétségtelen. A fogkőnek azonban a pyorrhoea alveolarison kívül más ártalmát is ismerjük, így tudjuk, hogy számos esetben heveny ínygyulladások keletkezésére hajlamosít (gingivitis, stoma-

titis ulcerosa stb.), ezenkívül az ínre gyakorolt állandó nyomásával a fogkő korai ínysorvadást okoz és gyakran a szájbűz is ebben leli magyarázatát.

A röviden említett káros hatások is teljesen indokoltá teszik, hogy a fogkőlerakódást komoly ártalomnak tekintsük és ellene védekezzünk. A fogkőképződés elleni védekezésnek egyik leghathatósabb módja az volna, ha a fogkövet pl. vegyi úton oldani tudnánk a szájban, vagy pl. ha a nyálra oly mértékben tudnánk hatást gyakorolni, hogy ezáltal a mészsók fokozottabb lerakódását megakadályozzuk. Sajnos, ezidőszerint ily lehetőségekkel nem rendelkezünk és bár sok szerző ajánlja az általa forgalomba hozott fogkőoldó sókat, pasztákat (solvolit, litholist), ezidőszerint azonban ezek egyikéről sem mondhatjuk azt, hogy a célnak megfelelőek volnának. E szerek által elért jó hatást elsősorban a fokozott száj-, illetve fogápolásnak tulajdoníthatjuk. A fogkőlerakódás ellen ezidőszerint legeredményesebben a rendszeres fog- és szájápolással, míg a lerakódott fogkőnek időnkénti mechanikus letisztításával védekezhünk.

Balogh Károly dr.
egyet. magántanár.

Kőnélküli epekölikák.

Az epekölika klinikai képe a gyakorló orvos előtt jól ismert. A gyakran éjjel jelentkező rohamok igen heves görcsös, néha fúró, szaggató fájdalmakkal járnak együtt, amelyek rendszerint a jobb bordaív tájáról indulnak ki, s típusos esetekben hátra és felfelé, a jobb lapocka felé terjednek. Néha a beteg a jobb váll és felső végtagban is fájdalmakat érez, amelyek akként jönnek létre, hogy a májtokban elágazódó n. phrenicus anastomosisban áll a válltájat beidegző IV. cervicalis gyök idegeivel. Másora a fájdalmak balra, az epigastriumba, a szív táj felé, sugároznak ki, vagy óvalakban veszik körül a bordaívet. Rendszerint igen rövid idő alatt nagy hevességre tesznek szert. A roham alatt a hányáskészség igen kifejezett. A beteget erős és tartós hányinger kínozza, s többször hány is. A hőmérsék néha csak kismértékű emelkedést mutat, máskor magas, 39° fölé is emelkedhetik. A roham alatt vagy után gyakran lép fel subikterus, esetleg kifejezett ikterus is.

Ezen rohamok leggyakrabban kétség kívül epeköbetegség kapcsán észlelhetők. Gyakorlati szempontból fontos azonban annak az ismerete, hogy ilyen, vagy ehhez hasonló epekölikák más okokból is felléphetnek. Ezek közé tartoznak elsősorban az epeutaknak azon fertőzései, amelyek kőképződéssel nem járnak együtt. A kőmentes cholangitisekben észlelhető epekölikák az epekörohamokat teljes mértékben utánozhatják, s ezért a kettő megkülönböztetése sokszor csak tartós megfigyelés után lehetséges. Így rendszeres hőmérőzéssel megállapíthatjuk, hogy a cholangitises betegen a rohammentes időszakban is kisebb-nagyobb hőemelkedések állanak fenn. Tartós láztalanság, szemben az epeköbetegséggel, nem igen fordul elő. A máj az epeköroham alatt és közvetlen utána csaknem mindig nagyobb és nyomásra érzékeny. Ez a májduzzanat azonban az esetek nagy részében hamarosan visszafejlődik. Az epehólyagtáj nyomási fájdalmassága és az esetleg tapintható epehólyag azonban hosszabb időn keresztül észlelhető. Cholangitis esetén viszont a májduzzanat rendszerint a betegség egész lefolyása alatt, ha változó mértékben is, de fennáll, s a fájdalmasság az egész májtájra kiterjed. A lépmegnagyobbodás epekö betegség esetén ritkább, rendszerint csak gyakran ismétlődő rohamok után jelentkezik Cholangitisben ellenben már a kezdeti szakban kimutatható a kissé megnagyobbodott, puha lép, amely később mind nagyobb és tömöttebb lesz. A sárgaság mindkét betegségre jellemző. Amíg azon-

ban az epeköbetegségben a sárgaság aránylag ritkább, s ha nincsenek olyan mechanikus okok, amelyek azt állandósítják, sőt az intenzitását egyre növelik, úgy a roham után rendszerint hamarosan visszafejlődik. A cholangitis legtöbb esetében viszont, főleg, ha a folyamat a kisebb epeutakra is kiterjed, a sárgaságot kisebb-nagyobb fokban a betegség egész tartama alatt csaknem állandóan megtalálhatjuk. Mindezek a megkülönböztető jelek alkalmasak arra, hogy a szövödménytől mentes epeköbetegséget a cholangitistól elkülöníthessük. Az epeköesetek egy részében azonban cholangitis is állhat fenn, amely vagy az oka a kőképződésnek, vagy másodlagos úton fejlődött ki. Ezen esetekben annak az eldöntése, hogy az epeutak fertőzése kőképződés nélkül áll-e fenn, vagy esetleg epekövek is vannak jelen, sokszor igen nagy nehézségbe ütközik, s csak műtét útján lehetséges.

Létrejöhhetnek epekölikák mindazon májbetegségekben, amelyek cholangitissal járhatnak együtt. Így észlelhetjük őket atrophia hepatitis azon eseteiben, amelyekben a parenchyma szétesés oka az epeutak fertőzések megbetegedésében keresendő. Ezek az epekölikák az epekörohamokat teljesen utánozhatják. — Hogy cirrhosis hepatitis esetén a betegség lefolyása alatt az epekörohamokhoz igen hasonló kölikák léphetnek fel, azt már Naunyn is hangsúlyozta. Ezen esetekben is a kölikákat az epeutak alkalmi fertőzése váltja ki, amely az epe lefolyásának sokszor akadályozott volta miatt könnyen létrejöhethet. (Cholangitis cirrhótica.) Ezekben a betegségekben, ha tudjuk, hogy a lefolyásuk alatt epekölikák létrejöhhetnek, a többi tünetek pontos megfigyelése alapján az elkülönítő kórisme rendszerint nem ütközik nehézségbe. Nehezebb azonban annak az eldöntése, hogy ezen betegségek mellett nem áll-e esetleg epeköbetegség is fenn.

Heves májtáji fájdalmakat válthatnak ki továbbá a májnak mindazok a betegségei, amelyek a Glisson-tok hirtelen megfeszülésével járnak együtt. Így gyorsan növekedő májdaganatok, a felülethez közelfekvő májtályogok, acut hepatitis, de az egyszerű hyperaemia is. Ezen esetekben azonban a fájdalmak csak ritkán valnak olyan hevesek, s a kisugárzásuk is aránylag ritkán olyan, hogy epekölikára terelne a gyanunkat, s a betegséget domináló többi klinikai tünet az elkülönítő kórismét az esetek többségében lehetségessé teszi.

Epekörohamokat utánozhatnak végül azok az epekrisisek, amelyeket haemolyticus ikterus egyes eseteiben észlelhetünk. Ezen öröklődő betegség lényege, hogy a vörös vörsejtek osmotikus resistenciája csökkent, aminek következtében könnyebben és nagyobb mennyiségben esnek szét, mint ép viszonyok között. A felszabadult haemoglobinból bilirubin képződik, amelynek a mennyisége a vérben a normális 4—5-szöröse is lehet. A vörös vörsejtek fokozott szétesése következtében vérszegénység jön létre, ahol a vörös vörsejtek száma jobban megfogy, mint a haemoglobin mennyisége. A festődési index tehát 1-nél nagyobb, éppúgy mint a vészes vérszegénység esetén. A beteg fakó szalmasárga színe is emlékeztet a vészes vérszegénységben szenvedő betegek színére. De az utóbbi betegségben található makrocytosissal szemben itt mikrocytosis észlelhető. Az illetőnek már gyermekkorától kezdve állandó kismértékű sárgasága van. A rohammentes időszakokban semmi kifejezett panasa nincs. Inkább sárga, mint beteg. De a vizsgálatkor ilyenkor is középnagy, tömött lép-daganat található, s a vizeletben bőven van urobilinogen, bilirubin ellenben nem mutatható ki. A krisiseket sokszor lelkiizgalom, ideges behatások váltják ki. Alattuk úgy a máj, mint a lép kifejezetten megduzzad és érzékennyé válik, a sárgaság erősödik, s a vizeletben bilirubin is kelekezik. A rendszerint igen heves görcsös fájdalmak a májtájékról, néha kifejezetten az epehólyagtájáról indulnak ki. Ha tehát a beteget csak a krisis

alatt észleljük, s az anamnesis, a nagy tömött lép és a vérvizsgálat nem figyelmeztet a haemolyticus ikterus lehetőségére, könnyen téves kórismét állíthatunk fel, mintahogy már több esetben kerültek ilyen betegek epeködiagnosissal műtét alá is.

Vándorfy József dr.
v. egyetemi tanársegéd, főorvos.

Tüdőgyulladások gyógykezelése.

Az orvosi gyakorlatnak igen sokszor napirendre kerülő kérdése a tüdőgyulladások gyógykezelése. A legkülönbözőbb tüneti és fajlagosnak hirdetett gyógykezelésekről olvashatunk a szaklapokban. Az ajánlott gyógyeljárások sokfélesége bizonyítja, hogy e kérdésben még mindig csak a kísérletezések szakában tartunk. A következőkben a lebenyes tüdőgyulladások és az influenza járványokkal együtt jelentkező ú. n. genuin tüdőgyulladásokról lesz szó. A lebenyes tüdőgyulladások egy csoportját az amerikai fajlagos gyógyeljárással kezelik, amit a németek is átvettek. Az amerikai szerzők a lebenyes tüdőgyulladásnak kórokozója szerint négy típusát különböztetik meg.

Adott esetben meghatározzák a kórokozó pneumococcus típusát és e típusnak megfelelő *monovalens pneumococcus elleni lósavót* alkalmaznak, a beteg érbe fecskendezve. A szerzők szerint a lebenyes tüdőgyulladások leggyakoribb kórokozója, a *pneumococcus I.*, a *II.* és *IV.* ritkább, legritkább a *III.*, azonban az utóbbinak legnagyobb a halálózása. A típus meghatározás a köpetnek nyálkától való megtisztítása után, fehér egér hashártyáján oltással és agglutinációval történik. A típusokkal lovakat immunizálnak *active s* a lovaktól nyerik a *monovalens gyógsavót*. Colle-nak a 30%-os controll halálozással szemben csak 7-5% volt a halálózása monovalens savó alkalmazása mellett, az *I.* típusú lebenyes tüdőgyulladásban. A német *Friedmann, Neufeld* ugyancsak jó eredményeket értek el, de csak az *I.* típusú törzssel szemben. *Moravcsik és Becker* 6—8 óra alatt határozzák meg a kórokozó pneumococcus típusát, és monovalens savóval kezelt eseteikben 20%-kal alacsonyabb halálozást értek el, mint más kezelés mellett. Ezekből és a nem fajlagos gyógykezelésnek később említendő halálozási százalékából kiindulva, sürgettem monovalens savó gyártását hazai savótermelő intézeteinkben a Közkórházi Orvos Társulat múlt évi áprilisi ülésén, egy a tüdőgyulladások gyógykezeléséről tartott előadásomban.

A betegágya mellett tett tapasztalatok és a laboratoriumi vizsgálatok egyaránt megerősítik azt a véleményt, hogy a jövőben a tüdőgyulladások bizonyos csoportjaiban a fajlagos gyógykezelésnek igen nagy szerepe lesz. Hiszen ha csak a vörheny gyógykezelését tekintjük 10 évvel ezelőtt és ma, úgy óriási haladást kell elkönyvelnünk s nem lehet mindent a *genius epidemicus*-ra tolnunk. Régente a vörhenynek is sokféle gyógykezelési módja volt ismeretes, ma a vérsavónak alkalmazásával, annak áldásos hatását azok ismerik, kik régente és ma is küzdöttek e betegség mérgező alakjaival.

Ha a lebenyes tüdőgyulladás tüneteit és lefolyását figyeljük, sok hasonlóságot találunk, mely a mérgezőes, gyógsavóval kezelt vörhenyre emlékeztet. Míg azonban az utóbbi esetén mintegy mesterségesen idézzük elő a krisist antitoxinok nyújtásával, addig a lebenyes tüdőgyulladásban a krisis spontán következik be. A toxikus vörhenyben szenvedő, ha nem septikus, vörhenyellenes lósavónak érbe adagolása után néhány órával, csaknem egészséges benyomását teszi. Lebenyes tüdőgyulladásban az ismert tünetek, magas láz, rossz közérzet, légszomj, szív-működés és keringési zavarok a krisis beálltával nyomtalanul eltűnnek. A krisis beállta előtti óra, és lefolyása utáni óra oly

rövid idő, hogy nem tehetjük fel, hogy a javulás oka, valamely physikalís, a tüdőben lejátszódó folyamat, hanem igen is, a kórokozók életfeltételeinek hirtelen csökkenése, mely a méregtermelés megszüntével együtt jár. Amerikai és német szerzők kimutatták, hogy a lebenyes tüdőgyulladás kiállása immunanyagokat, agglutinineket biztosít a vérsavónak, mely anyagok a betegség kórokozóinak behatására keletkeztek.

A tüdő physikalís lelete krízis előtt közvetlen, krízis alatt, és közvetlen utána jóformán semmit sem változik. Ezek alapján magától mutatkozik a gyógykezelés útja, mely nem lehet más, mint fajlagos. Amerikában az I. típusú lebenyes tüdőgyulladás gyógykezelése, monovalens pneumococcus savóval már átment a gyakorlatba.

A székesfehérvárosi Szt. László közkórházában kezelt lebenyes és genuin tüdőgyulladások mintegy 400 esete alapján legyen szabad a következőkben összefoglalnom a gyógykezelést.

Gyógyszeres kezelésünkben alkalmaztunk Chinetan, chinocal sec. Richter-t, transpulmin sec. Chinoint, supersant, Linser-féle kezelést (higany neosalvarsan i. v.), Pápay-féle polysant, polyvalens pneumococcus elleni lósavót, Omnosan s. Eggert, influenza lábadozósavót, 25% NaCl-t érbe. E fent említett gyógyeljárásokat kombináltuk is az esetek nagy részében. Nem célom az eljárások hatásmechanizmusainak részleteibe merülnöm, de még legjobbnak a chinin nagy adagjai bizonyultak. *Chinocal naponta 2—3 ampulla, polysannal együtt adagolva jó eredményeket ad.* A polysannak az elhúzódó esetekben jó hatását többször tapasztaltuk, érbe is fecskendezhető, naponta 2—3 amp. Hasonló szervezeterősítő hatással bír az Omnosan sec. Egger. Úgy a lebenyes-, mint a hurutos-, gócos tüdőgyulladások esetében arra szeretném a figyelmet felhívni, hogy masszív tompulatok felett, ha a légzés éles hörghi, nem pedig gyengült, mikor a bronchophonia és pectorálfremitus erősödött, nem pedig gyengült, nem egyszer nyet, savót kapunk próbaszúrás alkalmával. A tüdő alsó határainak kitérését tehát nap-nap után pontosan ellenőrizzük s a legkisebb gyanú esetén győződünk meg próbaszúrással arról, hogy folyadék nincs-e a mellüregben. Nem is egy esetben láttuk, hogy a kifejezett légszomjnak, rossz közérzetnek mellüri genygyülem volt az oka, mely éles hörghi légzés mellett állott fenn. Minden elhúzódó eset gyanús vagy mellkasi genygyülemre, vagy tüdőtályogra, illetve gangraenára ritkábban karnifikálódó folyamatra, a tüdő tbc-ről nem is szólva.

Influenzában nagymennyiségű genygyülemnek egyik napról a másikra keletkezése nem tartozik a ritkaságok közé.

Kifejezett légszomj, rossz közérzet, a keringésnek súlyosabb zavaraival járó genygyülem vitalis indicatióból műtétet követel. Más esetekben, a genynek mellkascsapolással történő lebecsajtása van elterjedve. A mi tapasztalataink azt mutatják, hogy úgy a gyakori szűrés utáni lecsapolások, különböző desinficiensekkel történő befecskendések és mellüri öblítések, mint a thoracodrainage, előbb-utóbb mégis csak a bordaresectióhoz vezetnek. Ezért, ha a geny sűrű, strepto- vagy pneumococcus tenyészik ki s ha mennyisége nagy, úgy bordaresectiót javasolunk. Mindenestre rövidebb lesz a gyógyulási idő, mintha csak másodlagos, thoracotomia utáni resectióra határoznók el később magunkat. Tüdőtályog és gangraena gyanúja fennáll minden olyan elhúzódó folyamatban, mely tömeges, esetleg bűzös köpetürítéssel jár. Ha laboratoriumi vagy Röntgenvizsgálatok végzése nem áll módunkban, a gyanús helyen beszúrunk s nem ritkán megeljük kellő hosszúságú tű segítségével a tályogüreget. Azonnali sebészhez utalás szükséges az ily esetekben.

Nehezen oldódó, kínzó köhögéssel járó köpetürítések, tüdőtályog vagy gangraena esetén igen jó haszonnal alkalmazható az eulysin sec. Wander.

E készítmény olykor a legmakacsabb esetekben tömeges köpetürítéshez vezetett, adagja 1—2 amp. napjában az izomzatba fecskendezve.

A keringés zavarai ellen coffein, camphor, digitalis, tonogen, cardiazol alkalmazhatók. Oedema pulmonum esetében 200—300 ccm vérnek lebecsajtása javalt a keringést javító gyógyszerek mellett.

A légszomjnak oka lehet a peripherián és a légzőközpontban. Amikor a tüdő nagy területei esnek ki a légzésből, morphinnak mérsékelt adagjai javaltak, melyek nem egyszer nyugodt álmat biztosítanak a kimerült betegnek. Ha azonban a légszomj toxicus alapon fejlődött ki, ami legtöbbször együtt jár az edénymozgató központ károsodásával (szapora érverés, vérnyomáscsökkenés, deliriumok), úgy lobelin és tonogen javaltak. Kisfokú physikalís lelet mellett súlyos tünetek a toxicus állapot mellett szólnak. Oxigén belélegeztetés, vagy ha ez nincsen módunkban, friss levegőnek a beteg szobán át áramoltatása jó hatású.

Lázcsillapító gyógyszerek adásában ügyeljünk, hogy ne alkalmazzunk túlnagy adagokat, mert nem ritka a profus izzadással fellépő collapsus. Ennek elejét vehetjük, ha kis adagokkal kezdve, meggyőződünk betegünknek e szerrel szembeni tolerantiájáról. Mi kalmopyrint alkalmaztunk, melynek olykor igen kis adagjai, 0,05 g a hőmérséklet fokozatosan 2—3 C^o-al szállítják le. Lázcsillapítókkal dacoló magas lázak esetén, négy 1/4 óránként alkalmazott pakkolás csaknem minden esetben leszállítja a hőmérsékletet. Ha a beteg jól tűri a lázakat, különösképpen nem kell ellene küzdenünk. Mellkasi borogatások alkalmazása el nem kerülhető, mert az esetek zömében a betegnek könnyebbülést szerez, valamint a tüdő keringési viszonyait is javítja. A tüdőgyulladásos beteg étrendjében ilyenkor a fehérjéket tartalmazó ételektől sem kell különösebben félnünk; tejes ételek, nem zsíros húsok mértékletes fogyasztása nem okoz kárt gyakorlati szempontból, különösen, ha a betegség elhúzódó. Üdítő italok, mérsékelt alkoholfogyasztás szintén hasznosak. Fürdők a lázas szakban csak a legnagyobb óvatosság mellett alkalmazhatók.

Peleskei Lajos dr.,
v. közkórházi adjunctus.

KÉRDÉS — FELELET.

Kérdés: Egy patienssem a Komol és Exle pang hajfestő használatától nagy csontfájdalmakat panaszol. Nyelve-torka olyan, mintha paprikával szórták volna be, állandóan égeti száját, fogai tönkre mennek.

A Hennán kívül van-e hajfestőszer, amely a szervezetre nem ártalmas és melyik az? *H. J.*

Felelet: Mindazok a hajfestőszer, melyek paraphenylen-diamin származékokat tartalmaznak, mint a Komol is, a szervezetre ártalmasak lehetnek. A forgalomban lévő hajfestőszer nagy része ilyen összetételű. Vannak fémsókból (ezüst, nikkel, ólom, bismuth stb.) álló festőszer is, melyek használata azonban komplikált és az általuk elérhető színek nem oly kielégítőek, mint az egyéb hajfestőszer (paraphenylen-készítmények, henna) által elérhetőek. Ezen utóbbiak között leghasználatosabbak az ezüstnitrátból és pyrogallussavból álló, feketére festő szer. A növényi származású hennakészítmények a legártalmatlanabbak a szervezetre; a hennareng keverékkel különböző színárnyalatot lehet elérni a két komponens arányának megfelelő változtatása mellett. Hajfestésre legajánlatosabb e keveréket használni. A Komol indirekte nem szokott gyulladási jelenségeket okozni a szájnyalkahártyán, lehetséges azonban, hogy valamely módon érintkezésbe került a szájnyalkahártyával.

Földvári Ferenc, tanársegéd.