80. évfolyam. 14. szám. Budapest, 1936. április 4.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC, ISSEKUTZ BÉLA, GORKA SANDOR, HÜTTL TIVADAR
VÁMOSSY ZOLTÁN, POÓR FERENC, REUTER KAMILLÓ, ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Razgha András, Spiera Mária és Kalapos Imre: A dystrophia muscularis progressiva glykokoll-kezelése. (307—310. o.)
Ruzicska Gyula: A chorionepithelioma és a mola hydatidosa a mennyileges hormonmeghatározás szempontjából. (310—314. oldal.)
Fiessinger Noël és Gajdos Alfréd: A májlipase pathologiai jelentősége és gyógyszeres alkalmazása. (314—317. o.)
Szabó Károly: Az átfúródásos hashártyagyulladás kezelésében szerzett tapasztalataim. (317—319. oldal.)
Hajós Sándor: Lelki ártalom szerepe szervi, agyi megbetegedések kórelőzményében. (319—321. oldal.)
Kacsmár Sándor: A cormotyl therapiás alkalmazása. (321—322. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (53—56. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Szemészet. — Urologia. — Bőrgyógyászat. (322—324. oldal.)
Könyvismertetés: (324—325. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (325—327. oldal.)
Magyary-Kossa Gyula: Leiter Jakab. (327—328. oldal.)
Vegyes hirek: (328—329. oldal és a boritólap III. és IV. o.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem III. belklinikájának közleménye (igazgató: báró Korányi Sándor ny. r. tanár.)

A dystrophia muscularis progressiva glykokoll-kezelése.

Irták: *Razgha András dr., Spiera Márta* és *Kalapos Imre dr.*

A glykokoll alkalmazása a myopathiák orvoslásában laboratoriumi kutatásoknak köszönhető, amelyek az izmok kreatinanyagcseréjének felderítésére irányultak és elméleti alapokból kiindulva a gyakorlati orvostudomány gazdagodására vezettek.

A szervezet kreatinállományának 98%-át az izmok tartalmazzák kreatinphosphorsav (phosphagen) alakjában, amely izomösszehúzódáskor kreatinra és phosphorsavra hasad (energiatermelő folyamat), utána azonban egészében resynthetisálódik. Egészséges felnőtt vizeletével rendes körülmények között nem ürít kreatint, csak kreatinint, ezt pedig állandó, kb. napi 1.5 gr-os, mennyiségben, csak az izomállomány tömegétől függően, izommüködéstől, táplálkozástól függetlenül. Ezért a kreatininuriát az izmok nyugalmi anyagcseréjével vélik kapcsolatosnak, de keletkezésének mechanismusa felderítetlen. Az ép izomállomány megfogyásával a kreatininkiválasztás is csökken és az izombetegség természetétől és kiterjedésétől függően kisebb-nagyobb mennyiségü kreatin foglalja el helyét. A kreatinuria már ingadozásoknak van alávetve, igy elsősorban a táplálék fehérjetartalma befolyásolja. *Brand* és munkatársai mutatták ki, hogy a kiürités fehérjebevitelre történő fokozódása elsősorban a fehérje aminoecetsav- (glykokoll) alkatrészével arányos. Glykokoll a dystrophia muscularis progressivában (d. m. p.) szenvedő beteg kreatinuriáját fokozza,*) a szervezet mindenek szerint kreatint képez segítségével.

A viszonyok pontosabb ellenőrzésére *Thomas, Milhorat* és *Techner* hosszú időn át adagoltak izomdystrophiás betegeiknek glykokollt és ekkor azt az igen fontos fölfedezést tették, hogy betegeik állapotában lényeges javulás következett be. E javulás nemcsak klinikailag, az izmok müködésében és térfogatgyarapodásában jelentkezett, hanem egyúttal a kórosan megváltozott kreatin-kreatinin anyagcsere is közeledett a rendeshez. Ez egyrészt a kreatinuria csökkenésében fejeződött ki (átmeneti jelentékeny fokozódás után), másrészt a kreatintolerantia növekedésében, amennyiben a betegek kreatinterheléskor a bevitt kreatinnak csak kisebb részét választották ki a vizeletben, mint azelőtt, vagyis a szervezet kezdte visszanyerni azt a képességét, hogy kivülről bevitt kreatint anyagforgalmában felhasználjon. A klinikai és anyagcsereállapot együttes változása arra indította a szerzőket, hogy a kettő között szoros pathogenetikai összefüggést tételezzenek fel. Eszerint a d.m. p.-t anyagcserebetegségnek kellene tekintenünk, amelynek következtében tökéletlenné válik az izommüködés és elpusztul maga az izomállomány is. Endokrin és vegetativ-idegrendszeri zavarok, amennyiben kimutathatók, csak mellékes jelentőségü kifejezői a dysplastikus alkatnak. Hogy jogosult-e ilyen messzemenő következtetés, amikor a betegség központjába helyezett kreatin-kreatininanyagcsere physiologiájáról még annyira hiányosak az ismereteink, az egyelőre legalább is kétséges. A glykokollal elért gyógyító eredmények azonban mindettől függetlenül annál értékesebbek, mivel mindezideig nem volt eredményes gyógyeljárásunk a d. m. p. tartós befolyásolására.

A d. m. p.-ban glykokollal elért első gyógyeredmények közlése óta számosan alkalmazták a szert és a szerzők többsége hatásosnak is találta. Mi 1933. óta hét d. m. p.-ban szenvedő fekvő betegünket részesítettük glykokollkezelésben. Nemcsak klinikailag ellenőriztük betegeinket a kezelés folyamán, hanem kreatin-kreatininkiürítésüket is rendszeresen meghatároztuk.

A táblázatban látható ingadozások a kreatinkiválasztás több napról számított átlagértékeiben nem magyarázhatók meg teljesen a testi munka (mozgás) és étrend esetleges időszakos eltéréseivel. A vizsgálatok alatt betegeink hústalan étrenden voltak és igy az alimentaris befolyás legjelentősebb tényezőjét kiküszöböltük. A kreatin-meghatározás (Folin-eljárás) azonban maga sem mentes hibaforrásoktól, egyrészt mert colorimetriás eljárás és értékei nagy mértékben függenek a standard oldat töménységének helyes megválasztásától, másrészt, mert a meghatározás alapjául szolgáló Jaffé-reactiót aetherrel kirázható „pseudokreatin" anyagok is adják *(Linneweh F.* és *Linneweh W.)*, amelyek részben mütermékként keletkeznek és a meghatározásokban alkalmazott eljárásokkal a kreatintól el nem különithetők.

Betegeinknek az általánosan bevált módon napi 3×5 g-os per os adagolással adtuk a glykokollt. A legrövidebb kezelés tartama 5 hét volt, de van betegünk, aki csaknem 2 éve szedi a glykokollt. Igazi, gyakorlati jelentőségü javulást csak egy esetben láttunk, a legtöbbször csak mér-

*) Egyéb myopathiákban és más természetü kreatinuriák esetén is észlelhetünk hasonló viselkedést.

sékelt objectiv eredményt észleltünk, subjective egy kivételével valamennyi javult. Ennek az aránylag szerény eredménynek az oka nyilván abban rejlik, hogy betegeink a glykokollkezelés prognosisára nézve kedvezőtlen időszakban, évek óta meglévő, előrehaladt betegséggel kerültek kezelésünk alá. *Kostakow* statistikája szerint pedig, amivel a szerzők többségének észleletei egyeznek, a glykokolltól várható javulás éppen azon mulik, hogy milyen korai szakban került a beteg kezelésbe. Az orvosolhatóság még a kórkép tisztaságától is függhet. A neuralis izomatrophiát és általában a secundaer myopathiákat nem tartották eleinte hálás területnek a glykokollkezelés számára, de úgy látszik, főleg amerikai szerzők statistikáiból *(Tripoli, Mc Cord, Beard)*, hogy itt sem mindig reménytelen a helyzet. Természetesen minél több kreatinuriával járó myopathiában válik be a glykokoll, annál inkább elveszti alapjait a d. m. p.-nak önálló anyagcserebetegségként történő megkülönböztetése.

A betegek rövid kórleírása a következő:

T. S. 24 é. férfi, betegsége 19 éves korában kezdődött az alsó végtagokon, majd a felső végtagokra is ráterjedt és contracturákhoz vezetett: pes equinus, könyökcontractura, retrocollis. Jellegzetes „Klettersymptom". A végtagok, sőt a törzsizomzat tömege is megfogyott, az izomerő és vill. ingerlékenység jelentékenyen csökkent, egyes izmok vill. ingerlékenysége meg is szünt, inreflexek hiányzanak. Dysphagia atonica. Körülbelül a rendesnek felére csökkent kreatininkiválasztás és nagyfokú kreatinuria (napi 700—800 mg.). Gyakori heves izomfájdalmak, amelyek glykokollszedés alatt enyhülnek. 5 heti kezelés után objektiv javulás nélkül távozik a klinikáról. Járását valamivel biztosabbnak érzi. A beszedett glykokoll mennyisége kb. ½ kg.

B. M. 24 é. nő, betegsége 20. é. korában bal lábán kezdődött. Felvételkor mindkét lábfej equinovarus contracturában. A nyujtott lábak felemelését eredménytelenül kisérli meg, a flexorok ereje is nagymértékben csökkent. Inreflexek kiválthatók. Az izomtömeg rendesnek látszik (pseudohypertrophia). Lábaira állni csak támogatással képes. 50 napig szedi a glykokollt (összesen 750 gr-ot). Utána a lábak mozgatása könnyebben megy, segítséggel néhány lépést tud tenni. Az alszár és combkörfogatok ½—1½ cm gyarapodást mutatnak.

A. K. 36 é. betegsége 12 é. korában kezdődött az alsó végtagokon, később a felső végtagokra is ráterjedt. Fekvő helyzetben nyujtott lábait nem tudja felemelni, a földről, székről felállani nem tud. Lépcsőt csak támogatással jár. A felső végtag izomereje és inreflexei csökkentek. A vállöv és az alsó végtagok izmainak vill. ingerlékenysége csökkent. A kreatininkiválasztás a rendesnek kb. egyharmada; jelentős kreatinuria, ami glykokollszedésre fokozódik és már az első hét végén eléri tetőpontját (csaknem 100%-os emelkedés). Később süllyed ugyan, de a kiindulási értéket nem közeliti meg (1. táblázat). Kétheti gyógyszerelés után már szünik a beteg fáradékonysága. Eltávozása után megszakitásokkal csaknem két éve szedi a glykokollt. Kezeit magasabbra tudja emelni és biztosabbnak érzi, fésülködni ismét maga képes. A beteg izmok vill. ingerlékenysége csaknem rendessé vált (2. táblázat). Járásában állandónak mondható javulás nem mutatkozott.

H. L. 49 é. férfi. Betegsége 19 éves korában kezdődött a jobb vállizmokon. Csak 10 év mulva terjedt át a bal oldalra, valamint ugyanakkor a bal lábra, később a jobb lábra is. Bejövetelekor az egyes izomcsoportok ereje és tömege nagyjában e sorrendnek megfelelő fokban csökkent. Lábain kisfokú equinus-állás. Állás, járás nagyfokú lumbalis lordosissal, medencerotatióval és hátratartott felsőtesttel történik. A vill. ingerlékenység nagymértékben csökkent, (3. táblázat), a glykokollkezelés folyamán ez rendes értékeket ér el. A beteg állapotában mindamellett nem mutatkozik javulás.

B. I. 35 é. férfi. Betegsége 18 éves korában kezdődött, egy év mulva felső végtagjai is megbetegedtek. Klinikára felvételekor felülni, felállni, öltözködni nem képes, ha azonban segitséggel feláll, sima talajon bottal tud járni de gyakran elesik. Járása kacsajárás, lordotikus tartásban. A kezelés folyamán az alsó végtagon 1—2 cm-es körfogatgyarapodás, ez azonban a testsúly 2½ kg.-os növekedése mellett alig értékelhető. Subjective már 2 heti glykokollszedés után erősebbnek érzi magát, 4—5 óráig is álldogál kifáradás nélkül, míg azelőtt egy-két órai állás kifárasztotta. Karjait jobban tudja használni. Feltünően javul a vill. ingerlékenység már 2 heti gyógyszerelés után. (4. táblázat). A beteg 6½ hónap alatt kis megszakitásokkal 2400 g glykokollt vett be. Kreatinuriája, amely eredetileg igen nagy volt (átlag

1. táblázat.

A. K. kreatin-kreatininkiválasztása (kreatin mint kreatinin számitva), napi átlagértékekben.

Datum	Kreatin	Kreatinin	Gyógyszerelés
1933. VIII. 8—11.	378 mlgr	447 mlgr	—
„ 12—14.	461 „	468 „	3×5 gr glykok.
„ 15—17.	695 „	439 „	„
„ 18—20.	529 „	515 „	„
„ 21—23.	544 „	434 „	„
„ 24—28.	599 „	526 „	„
„ 29—31.	582 „	492 „	„
XI. 14—17.	516 „	461 „	„

2. táblázat.

A. K. Elektrodiagnostikai lelet a klinikára történt felvételkor, majd rendszeres glykokollszedés után járóbetegként. Galvanos ingerlékenység MA-ben. A farados ingerlékenység rendes értékei: 0.1—0.5.)

	1933. VIII. 11. Galv.	Farad.	1935. V. 17. Galv.	Farad.
M. biceps	7.0	0.8	5.0	1.0
„ deltoideus	7.0	3.0	5.0	1.1
„ triceps	12.0	3.8	8.0	1.1
„ flex. carpi rad.	5.0	3.0	3.0	0.1
„ flex. carpi uln.	3.0	2.5	2.0	0.1
„ ext. carpi rad.	8.0	2.5	3.0	0.1
„ ext. carpi uln.	3.8	2.8	3.0	0.1
„ opp. poll. long.	5.0	0.5	2.0	0.3
„ pect. maior	24.0	4.0	9.0	1.1
„ glut. max.	16.0	3.5	10.0	0.9
„ gastrocnemius	10.0	4.0	11.0	4.9

3. táblázat.

H. L. vill. izomingerlékenységének változása. (Bejöveteli és a kezelés befejezte utáni állapot.)

	IX. 28. Galv.	Farad.	XI. 16. Galv.	Farad.
M. deltoideus	15.0	0.8	6.0	0.2
„ biceps	25.0	2.2	4.0	0.2
„ flex. carpi rad.	13.0	1.8	2.0	0.2
„ flex. carpi uln.	10.0	0.9	5.0	0.2
„ triceps	18.0	1.2	5.0	1.0
„ ext. carpi rad.	10.0	0.7	5.0	0.4
„ ext. carpi uln.	18.0	1.0	4.0	0.3
„ quadr. fem.	24.0	2.0	4.5	0.3
„ vast. ext. (lat.)	18.0	2.0	6.0	0.6
„ tib. ant.	16.0	2.2	6.0	0.6
„ gastrocnemius	16.0	1.6	3.0	0.6

4. táblázat.

B. I. vill. izomingerlékenységének változása a glykokollkezelés folyamán.

	1933. X. 2. G.	F.	X. 18. 1934. III. 11. G.	F.	G.	F.	IV. 24. G.	F.
Biceps brachii	36.0	2.2	6.0	1.2	6.0	0.5	3.0	0.3
Flex. carpi r.	8.0	0.2	3.0	1.2	3.0	0.3	3.0	0.3
Flex. carpi uln.	5.0	0.3	3.0	1.5	3.0	0.3	3.0	0.1
Triceps	30.0	3.2	5.0	2.1	10.0	2.0	6.0	1.2
Ext. carpi rad.	6.0	0.4	4.0	0.9	6.0	0.5	2.5	0.2
Ext. carpi uln.	—	—	4.0	0.5	6.0	0.5	2.0	0.2
Quadriceps f.	—	—	8.0	2.5	—	—	5.0	0.3
Tibialis ant.	11.0	1.2	6.0	3.0	10.0	1.5	6.0	1.0
Vastus lat.	nem ingerelhető				15.0	1.8	9.0	1.0

650 mg naponta) kb. egyharmadával emelkedett az első hét végére, később a kiindulási értékre tért vissza. Kreatininkiürítése nem változott (5. táblázat). A beteg klinikánkról kikerülve igen rossz viszonyok közé jutott, gümőkórja activálódott, úgy hogy később jelentékenyen rosszabb állapotban nyilt gümőkórral láttuk viszont és sorvadásának (cachexia) előrehaladását már nem tudtuk megállítani.

*M. J. 25. é. férfibeteg javult a legszembetünőbben glykokollra.**) Családi előzményei negativak voltak, mint ahogy a többi 6 beteg közül is csak egynél volt kimutatható családi előfordulás. Izombetegsége 17 éves korában az alsó végtagon kezdődött, néhány héttel utóbb karjai is gyengülni kezdtek. Tagjaiban naponta többször zsibbadást érzett, kis testmozgás is elfárasztotta. Felvételkor a medence és vállöv izmainak nagyfokú gyengesége volt megállapítható, ami a felső végtag térfogati viszonyaiban is kifejeződött, az alsó végtagokon azonban a pótló kötőszövet és zsírszaporulat az atrophiát elfödte. Az alkar és kéz izmainak tömege is kisebb volt, ennek megfelelően csökkent a kéz szorító ereje is. A rendkivül gyenge biceps contracturája miatt könyökét csak mintegy 120°-ig tudta kinyujtani. Karjainak felemelésével igen csekély ellenállást sem tudott legyőzni. Inreflexek a felső végtagokon nem voltak kiválthatók, patellareflex csak a quadriceps alig észrevehető rángásának alakjában jelentkezett. Állóhelyzetben lordotikus tartás, járás a medence rotatiójával és a lábak magasra emelésével. A földről vagy székről csak támaszkodással, kapaszkodással tudott felállani. Lépcsőn nagy megerőltetéssel, lassan kúszott fel, úgy, hogy az előrehelyezett láb térdén megtámaszkodva emelte föl magát lépcsőfokról-lépcsőfokra. Feltünő prognathia és egyéb degeneratiós jegyek, infantilis psyche.

A beteg nyolcadfél hónap alatt 3½ kg Richter-féle glykokollt fogyasztott el. Kreatinuriája, amely a kezelés megkezdése előtt átlag napi 180 mg-ot tett ki, a glykokolladagolás folyamán jellegzetes módon az eredetinek kb. háromszorosára emelkedett. A kreatinuria későbbi fokozatos visszasüllyedését a kiindulási értékre vagy az alá, ahogy azt számos jól reagáló eset kapcsán leirták, itt nem észleltük (6. táblázat). A beteg a kezelésnek már második hetében fáradékonyságának csökkenéséről számolt be, később testi erejének növekedését jelentette. A végtagkörfogatok növekedése a felkaron 3½ cm, a combokon 7 cm-t tesz ki, az alkaron, alszáron 1—1½ cm a körfogatgyarapodás. Mivel azonban a beteg testsúlya ez idő alatt 7 kg-mal emelkedett, a körfogatok változásából még nem vonhatunk messzemenő következtetéseket. Az értékes izomállomány gyarapodásának a functiojavulás a mértéke. Ergometriás mérésekkel ezt nyomon követtük. Mig a kezelés előtt 10 kg megterheléssel 4 percig tudta hajtani az ergometert és ezalatt 2.000 mkg munkát végzett, a glykokoll kúra végén 15 perc alatt 18.000 mkg munkát teljesített. Az izmok vill. ingerlékenységének javulását rajta is ki tudtuk mutatni (7. táblázat). A székről felállni még nem képes támaszkodás nélkül, azonban a kissé magasabb ágyról igen. Nemcsak elfáradás nélkül naphosszat járkálni, hanem futni is tud és lépcsőn rendes sebességgel felhalad mindenféle segédfogás nélkül. A karok izomereje is növekedett, fogása biztos, úgyhogy a kórteremben a törékeny konyhaedények összeszedését is rá merik bizni. Fáradhatatlan szolgálatkészsége révén a klinikán közismert és általánosan kedvelt, úgyhogy javulása legalább ebben a kis körben máris socialis előnyöket biztosit számára.

A. J. 19 é. férfi. Betegsége kezdetének idejét nem tudja pontosan, 9 éves korában vette észre, hogy nem tud futni. Komolyabb panaszokat 3 éve okoz betegsége, főleg a bal lába gyengébb, lépcsőre csak jobb lábbal tud fellépni. A felső végtagon főleg a hajlító izmok gyengébbek, azonban könnyebb gazdasági munkát el tud végezni. A földről fekvő helyzetből meglehetősen gyorsan fel tud állni (kapaszkodás nélkül, csak térdein megtámaszkodva). A váll, felkar és comb izomtömege megfogyott, az alszárakon kisfokú álhypertrophia. A lábon mérsékelt equinusállás. Patellareflexek alig észrevehető izomrángás alakjában jelentkeznek. A kezelés előtt mérsékelt kreatinuria, amely glykokollszedésre 200 %-os fokozódást mutat, a harmadik héten érve el maximumát. Utána süllyed, de a kiindulási értéket meg sem közelíti (8. táblázat). A végtagkörfogatok az alkaron nem változtak, a felkaron 1—1½, a combokon 4—5, az alszáron 1—2½ cm-es növekedés mutatkozott kb. 7 kg-os testsúlygyarapodás mellett. Ergometriás vizsgálat: a kezdeti 6000 mkg munkával szemben 11000 mkg-ot végzett. A végtagmozgások kivitelében némi javulás észlelhető, aminthogy a beteg subjective is járásának biztosabbá válásáról és kezeinek jobb használhatóságáról számol be. Három és fél hónap alatt 1600 g glykokollt fogyasztott el, a szer szedését otthon folytatja. Ennek a betegnek mérsékelt hyperthyreosisa is volt (alapanyagcsere + 24%) és ezért az utolsó három hétben röntgenbesugárzásokat kapott.

*) Bemutattuk a Kir. Orvosegyesület 1935. május 18-iki ülésén.

5. táblázat.

B. I. kreatin-kreatininkiválasztása vizeletben.

Datum	Kreatin	Kreatinin	Gyógyszerelés
1933. X. 1—5.	658 mlgr	388 mlgr	—
„ 6—10.	644 „	366 „	3×5 gr. glykok.
„ 11—15.	877 „	353 „	„
„ 16—20.	832 „	369 „	„
„ 21—25.	712 „	340 „	„
XII. 12—16.	659 „	495 „	„
„ 17—18.	640 „	312 „	„

6. táblázat.

M. J. kreatin-kreatinin-kiürítése.

Datum	Kreatin	Kreatinin	Gyógyszerelés
1934. X. 27—29.	213 mlgr	465 mlgr	—
X. 30—XI. 2.	144 „	488 „	—
XI. 3—6.	320 „	505 „	3×5 gr glykok.
„ 7—10.	314 „	550 „	„
„ 11—14.	429 „	515 „	„
„ 15—18.	518 „	554 „	„
„ 19—22.	287 „	567 „	„
„ 23—26.	519 „	579 „	„
1935. IV. 5—8.	415 „	660 „	„
„ 9—12.	469 „	691 „	„
IV. 29—V. 3.	508 „	750 „	„
V. 4—8.	259 „	714 „	„

7. táblázat.

M. J. Az izmok vill. ingerlékenysége a klinikára történt felvételkor, a glykokollkezelés megkezdésekor és annak végén.

	1934. X. 21. G.	F.	XI. 2. G.	F.	1935. VI. 26. G.	F.
Biceps brach.	15.0	1.2	7.0	1.0	5.0	0.3
Flex. carpi rad.	13.0	1.1	7.0	1.1	3.0	0.1
Flex. carpi uln.	13.0	1.3	8.0	1.0	3.0	0.1
Triceps	14.0	1.1	7.0	1.0	3.0	0.1
Ext. carpi rad.	13.0	1.2	6.0	1.0	5.0	0.1
Ext. carpi uln.	14.0	1.3	8.0	1.0	5.0	0.1
Quadriceps	17.0	2.0	10.0	1.0	10.0	1.0
Vastus lat.	19.0	1.4	9.0	1.0	10.0	1.1
Vastus med.	16.0	1.3	10.0	1.0	10.0	1.1
Tibialis ant.	16.0	1.2	10.0	1.0	10.0	1.0

8. táblázat.

A. J. kreatin-kreatininürítése a vizeletben.

Datum	Kreatin	Kreatinin	Gyógyszerelés
1935. II. 25—III. 1.	174 mlgr	689 mlgr	—
III. 2—6.	285 „	659 „	—
„ 7—11.	507 „	597 „	3×5 gr glykok.
„ 12—16.	459 „	623 „	„
„ 17—21.	582 „	647 „	„
„ 22—26.	609 „	655 „	„
V. 4—8.	337 „	723 „	„
VI. 5—7.	569 „	700 „	„

Betegeink a glykokollszedés alatt más gyógyszeres orvoslásban nem részesültek, legfeljebb alkalmilag kaptak hashajtót, fájdalomcsillapítókat stb. ezenkivül enyhe physikotherapiás eljárásokat alkalmaztunk, amik ma-

gukban köztudomás szerint hatástalanok. A glykokoll csak egy esetben látszott eredménytelennek és itt is kérdéses, hogy elegendő mennyiségű glykokollt és kellő időn keresztül kapott-e a beteg. (*H. L.*, 2 és ½ hónap alatt 1 kg glykokollt fogyasztott). Mindenesetre ennek a betegnek volt legrégibb a baja (30 éves) és általában a mi eseteink alapján is úgy látszik, hogy az orvoslás eredményessége fordított arányban van a baj idősségével. *A. K.* 36 éves betegen, akinek baja az orvoslás megindítása előtt 24 évvel kezdődött, szintén igen mérsékelt javulást láttunk, annak ellenére, hogy e beteg már csaknem két éve szedi a glykokollt. Igen fontosnak tartjuk azonban, hogy ez idő alatt nem haladt előre a folyamat, holott a kezelés megindítása előtti időben fokozatosan romlott. Fenti, glykokollal befolyásolhatatlannak látszó betegünk a szer elhagyása óta újabb súlyosbodásról számolt be, úgy hogy ismét kezelésbe vételét kéri. *B. I.*, 17 éve és *A. J.* 10 éve beteg férfiak kezelése mérsékelt eredménnyel járt. A legjobb eredményt *M. J.*-nál értük el, akinek baja 8 éves. Ennél rövidebb ideje csak 2 esetünkben állott fenn a kór (4, illetve 5 éve), mindkettőben azonban gyorsan előrehaladó folyamatról volt szó, amely felvételük idejére már nagyon súlyos állapotot mutatott. Mérsékeltebb eredményeink e két, aránylag nem régi esetben részint erre a körülményre vezetendők vissza, részint a kezelés elégtelen tartamára, u. i. ezek első próbálkozásaink lévén, még nem részesültek kellő türelemmel és kitartással véghezvitt kezelésben, aminek fontosságára csak későbbi tapasztalataink és az irodalomban szaporodó hasonló makacs esetek tanulságai révén lettünk figyelmesek.

A glykokoll hatásmechanismusára részletesebben kitérni ismereteink mai állása mellett nem látszik célszerűnek. Azok a vizsgálatok, melyek benzoesavas natrium megterheléssel az izomdystrophiás szervezetének a normalistól eltérő viselkedését mutatták ki a hippursavsynthesist és kreatinkiválasztást illetőleg és amiből a beteg szervezet glykokollhiányára következtettek, mint a glykokolltherapia sikerének alapjára (*Brand* stb.), nem maradtak ellentmondás nélkül (*Linneweh F.* és *Linneweh W.*). Mivel ez utóbbi szerzők szerint a dystrophiás szervezet kellő mennyiségű glykokollt tartalmaz, *Thomas* feltételezi, hogy ennek a glykokollnak felhasználhatósága korlátozott valamilyen okból (nem a kellő helyen áll rendelkezésre a kreatinsynthesishez?). Ez természetesen aligha jelent mást, minthogy a glykokoll hatásmechanismusa ismeretlen előttünk. Egyesek szerint a glykokollkezelés substitutiv gyógymód, mások szerint oki. Ez utóbbi mellett szól talán, hogy hatására nemcsak működésjavulás következik be, hanem szöveti vizsgálatok tanusága szerint az izomállomány restitutiója is észlelhető (*Milhorat, Reinhold* és munkatársai stb.).

Az izmok villamos ingerlékenységének ellenőrzése folyamán azt a meglepő észleletet tettük, hogy ez a klinikai és subjectiv javulást megelőzően igen gyorsan fokozódik és megközelítheti a rendes értékeket. Ez a hatás azonban úgy látszik, nem pusztán a glykokollhoz fűződik, mert a kezelés előtt megismételt vizsgálataink alkalmával is többször láttunk javulást a kezdeti értékekhez képest, amit a betegek pihenésének, jobb ellátásának tulajdonítottunk. A glykokollszedésre azonban ez a javulás még fokozódott (l. 7. táblázat) és a bejöveteli állapothoz képest ugyancsak javulást derítettek ki azok a vizsgálatok is, amelyeket a beteg távozása után, tehát rendes életkörülményei között, ismételtünk meg (l. 2. táblázat). A glykokoll hatásának kifejlődésével ezek szerint együtt jár, illetőleg annak láthatóvá válását megelőzi a beteg izmok villamos ingerlékenységének javulása, ami az izmok chemismusának glykokoll-hatásra bekövetkező megváltozásával összeegyeztethető lenne*), de nem tartható különleges glykokollhatásnak.

Gyakorlatilag igen fontos tény, hogy a glyokokollal elért eredmény nem maradandó, a szer elhagyása után egy-két hónappal visszaesés következik be. A glykokollt tehát csaknem állandóan kell szedni, ami meglehetős anyagi terhet ró a betegre. A vizsgálatainkban bevált magyar glykokoll ára a nagykereskedőnél (a klinika számára) kg-onkint még ma is kb. 60 pengő, gyógyszertárban sokkal drágább. Gyermekek adagja napi 10 gr, felnőtteké 15—20 gr (a végzett testi munka arányában) lévén, hosszú időre kevés beteg engedheti meg magának e kezelést saját költségén. A szer alkalmazásának kiterjesztése a fogyasztás növekedése révén *Thomas* Németországra vonatkozó számitásai szerint lehetővé tenné 1 kg glykokoll árának 10 márkára leszállitását és ebben az esetben pl. gyermekek gyógyszerköltsége naponta csak 10 pfenningre rúgna. Ettől azonban — úgy látszik — még messze vagyunk. A dystrophiás beteg pedig nem nélkülözheti a glykokollt. Épen a mi — felnőtteken elért — aránylag szerény eredményeink intenek arra, hogy ne várjuk meg a betegség előrehaladását, hanem akkor alkalmazzuk a glykokollt, amikor attól még a legtöbb hatás várható, tehát lehetőleg röviddel a betegség jelentkezése után, vagyis már a gyermek és ifjúkorban.

*) *Nachmansohn* szoros összefüggést mutatott ki az izmok villamos ingerlékenysége (chronaxiája) és az összehúzódásukkor beálló kreatinphophorsav-bomlás intensitása között.

A Tisza István Tud.-Egyetem női klinikájának közleménye. (igazgató: Kovács Ferenc ny. r. tanár)

A chorionepithelioma és a mola hydatidosa a mennyileges hormonmeghatározás szempontjából.

Irta: *Ruzicska Gyula dr.* tanársegéd.

Chorionepithelioma és a mola hydatidosa nemcsak a ritkaság, de a hormonkutatás szempontjából is érdekesek. Még a közelmultban is élénk vita folyt a rendes terhességben is oly hatalmas mennyiségben kimutatható hypophysis elülsőlebenyhormon módjára ható anyagok termelési helyének megjelölésén. Ma már általánosan elfogadták, hogy a tömeges hormontermelés helye a lepény, illetve chorionepitheliomában az atypusosan burjánzó chorionhám.

De a hormonvizsgálatok, melyek az egész nőgyógyászati gondolkozást átalakitották, nemcsak elméleti, hanem gyakorlati szempontból is hatalmas lépést jelentettek. A chorionhám hormontermelő képessége lehetővé tette a szervezetben nagyobb mennyiségben jelenlévő chorionhám kimutatását s ezért mind a rendes, mind a méhenkívüli terhességek korai felismerését. Ma már a méhenkívüli terhességekben rendszeres vizsgáló eszközzé vált a Zondek—Ascheim-próba , mennyileges hormonmeghatározással összekötve pedig érzékenyen jelzi a chorionepitheliomás beteg műtét vagy röntgenkezelés utáni sorsát és a reactio tartós negativvá válása a gyógyulás egyik bizonyítéka. Természetesen a hormonvizsgálatok ma még messze vannak a feltétlen megbízhatóságtól, módszereikben a változékony biologiai tényezők a hibaforrások egész sorát tartalmazzák szemben a vegyi meghatározásokkal dolgozó anyagcserevizsgálatokkal. Ép ezzel magyarázható igen sok ellentmondó megfigyelés az

atypusos chorionhám hormontermelőképességére vonatkozólag is. Valószínű, hogy a kérdés nem ilyen egyszerű s a mikroanatomiailag malignus chorionhámburjánzás a szervezetben nem minden helyen és nem minden időben bír teljesen egyforma biologiai functiókkal, nevezetesen egyforma hormontermelőképességgel. Vizsgálatainkat elsősorban ezen kérdés tanulmányozása céljából végeztük. De ezekkel a még nagyforgalmú intézetek beteganyagában is ritka kórképekkel különben klinikailag is érdemes foglalkozni. Ezt az a körülmény is igazolja, hogy az 5, a következőkben tárgyalt chorionepitheliomás betegünk hosszabb magánorvosi megfigyelés alatt állott s téves kórismézéssel került a klinikára.

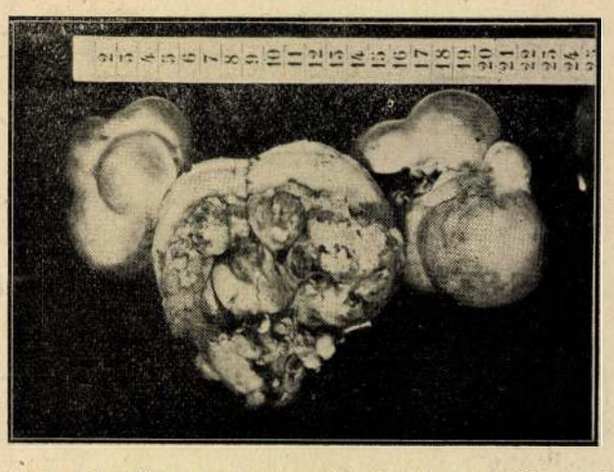
Eseteink feldolgozásában igyekeztünk a teljes klinikai kép mellett a daganat kórbonctani egyéni sajátosságait is kiemelni e ezzel is hangsúlyozni azt a felfogásunkat, hogy a durvább értelemben azonos jellegű daganatok finomabb szöveti felépítettségének a különbözőségén alapszik a hormontermelés mennyiségi változékonysága is. Eseteink a következők:

1. 471/1934. fjlsz. Kórelőzmény: 33 é. VIII. rendes szülés. Előző évben orvosa részleges vetélését méhkaparással fejezi be (1933. szept), két heti erős vérezgetés után. A méhkaparás után vérzése 2 hónapig állandóan pecsételő volt. Az azután következő hónapban vérzése nem volt, majd. 1934 januárban rendes, kb. 5 napig tartó vérzés. Ekkor még jól érezte magát, munkabíró volt. Februárban vérzése ismét kimaradt, újból csak március közepén jelentkezik, azóta állandóan vérzik. Néhány napi szünetre ismét pecsételő vérzés. Ez időtől sokat fogyott, gyenge. A beteg januártól több ízben volt magánorvosi vizsgálat alatt, azonban a nagyobb, puhább méh mellett fenálló vérezgetése, vérzéskimaradás után újabb vetélésre utalt s így eleinte mint fenyegető vetélést kezelik, majd mivel a vérzés fokozódott, a beteg vérszegénysége is kifejezett lett, tamponálva a klinikára jön. Az alhasban a beteg kb. 3 hónapja érez fájdalmakat. Ugyancsak ez idő óta érzi, hogy valami nő a hasában. Eleinte terhességre gondol, később azonban fájdalmai és az egyébként nála szokásosan jelentkező terhességi tünetek hiánya miatt ezt a feltevését elejti.

A beteg gyengén táplált, anaemiás, leromlott, kezdődő senyvedés. Ép mellkasi szervek. Az alhasban kivülről mindkét oldalt ökölnyi, mérsékelten mozgatható, körülirt daganat érezhető. Az elülső hüvelyfal közepén a hüvelybe bedomborodó, kisdiónyi, széles alapú és a hátsó hüvelyfal elülső harmadában szintén kisdiónyi és egy-egy mogyorónyi közepes tömöttségű, a hüvelybe bedomborodó, a hüvelyfallal széles alapon elmozdíthatatlanul összeüfggő daganatos, szederszerű, kékes-fekete képlet van, mely szabad szemmel is azonnal felismerhetővé teszi a chorionepithelioma hüvelyi áttételét. Férfiökölnél nagyobb, puhább tapintatú, egyenletesen gömbölyded méhtest, mérsékelten mozgatható. Vele mindkét oldalt szélesen, egyenként ökölnyi cystikus tapintatú, mérsékelten mozgatható daganatszerű resistentia függ össze. Kevés, húslészerű véres folyás.

A beteg subfebrilis, érverése kishullámú, vörösvérsejtszám 2.700,000. Fehérvérsejtszám rendes. A Zondek—Aschheim-reactio erősen positiv. A nyúlon elvégzett terhességi reactio: a nyúlovarium szederszerű a bevérzett folliculusok tömegétől, számos corpus luteum látható (2x10 ccm szűrt aetherrel kirázott vizelet i. v.). A gonadotrop hormon vizeletben 12,000 egéregység (Ee.) pro liter. A tüszőhormon vérben 1000 egéregység pro liter. Hasmetszéskor (op. Prof. *Kovács*) a méh teljesen egy 10 hetes terhesség látszatát kelti. Mindkét petefészek sima, enyhén dudoros felszínű, ökölnyi, többrekeszes tömlővé alakult, egy-egy rekeszben véres, savós tartalommal. Egyébként a méh is, a mindkét oldali függelékek is igen bővérűek, fellazultak; a tubák kissé megnyúltak, de teljesen épek. A függelékek eltávolításával együtt a méhet is eltávolítjuk, a kismendencét a hüvely felé szádoljuk. Az elülső hüvelyfal 2, a hátsó hüvelyfal 3 erősen kiugró daganatos áttételes csomóját hüvelyi mütéttel a hasmetszés után szélesen körülmetszve kiágyazzuk, a hólyag, illetve a rectum falából. A sebszéleket plastikusan egyesitjük. A hüvelyi mütétet az igen nagyfokú vérzékenység és a nyálkahártya fellazultsága és szakadékonysága jellemezte.

Az eltávolított méh 11 cm hosszú, felszínén sima serosa. Az izomfal mérsékelten megvastagodott, a tágult méhürt a diónyi, borsónyi nagyságú félgömbszerűleg bedomborodó daganatcsomók töltik ki, melyek felszine szennyes-barnás lepedékkel fedett. A bedomborodó gócok száma 10, a legnagyobb diónyi, a kisebbek sima felszínűek. A gócok sürün egymáshoz fekszenek és kis megvastagadott. deciduaszerű endometrium szigetek maradnak szabadon. Mindkét oldali petevezető szabad, duzzadt és kb. 13 cm. hosszú, nyitott hasüri végződésü. A petefészkek fürtös szerkezetüek és a központban található meg, mintegy a tömlős daganat tengelyében a petefészek maradványát képviselő tömöttebb rész. 1—2 kisebb tömlő tartalma bevérzett és kékes-szederjesen tünik át a vékony falon. (1. ábra.)



1. ábra. 471—1934. A chorionepitheliomás csomókkal kitöltött uterus mindkétoldali ovarium sokrekeszü luteintömlős elfajulásával.

Górcsövi leírás: A méhürbe bedomborodó gócok a megvastagadott és decidualisan átalakult endometriumba vannak ágyazva. (2. ábra.) A csomók véralvadékkal és rostonyával átszöttek és elágazó kötegekben és tömött oszlopokban burjánzó, sötét festődésü, a magzati chorionbolyhok syncitiumára emlékeztető sejtekből állnak. A daganatos burjánzás a syncitialis sejteken kívül Langhans-sejtcsoportokat

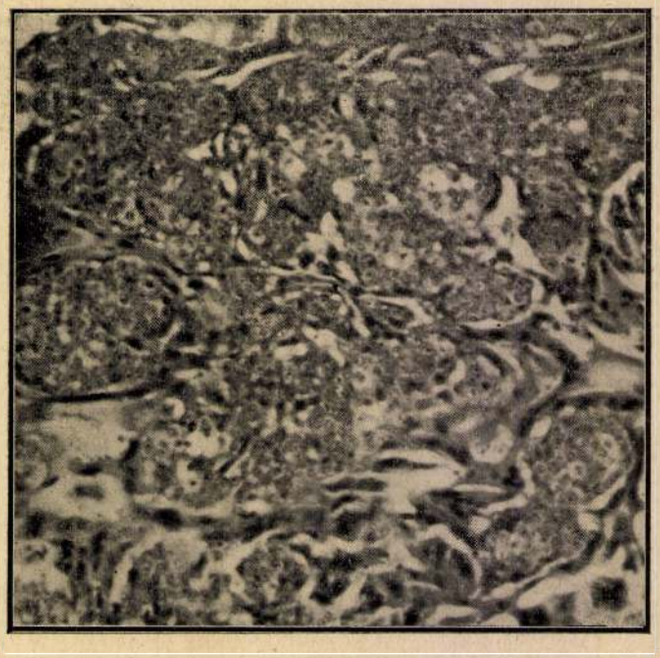
2. ábra. 471—1934. A tágult decidualis erekbe betörő chorionepitheliomás burjánzás.

is tartalmaz. (3. ábra.) Kötőszövetes stroma nincs és a burjánzásban erek nem találhatók. Egyes csomók egynemü rostonyás elhalást mutatnak. A daganatos sejtek és a teljesen szabályos terhességi compact deciduákhoz hasonló decidua között széles fibrin réteg van, amelyen keresztül azonban megfigyelhető az előretörő daganatsejtek benyomulása és találhatók olyan pontok, ahol a tágult környező decidualis erekbe tör be a daganatos burjánzás. A hüvely elülső és hátsó falán képezett áttételek szerkezete lényegében hasonló a fent leírttal. Az áttételekben is, a méhdaganatban is mutatkoznak szervképző jelenségek oly értelemben, hogy a syncitium mindig a felszínt igyekszik kibélelni és az ily módon

keletkezett üregrendszer helyenként közlekedik a környező vérerekkel.

Mindkét petefészektömlő az ovarium szövetében ülő számos rekeszből áll. A kisebbek mogyorónyi, sőt vannak mikroskopos nagyságúak is. A kisebbekben számos jólfejlett sárgatest ismerhető fel még vérzéses bennékkel, széles lutein sejtréteggel. A nagyobb tömlők részben elvékonyodott lutein sejtréteggel, részben jól felismerhető 5—6 sejtrétegből álló granulosa béléssel bírnak és csupán az egész nagy tömlők bélfelszínén sorvadt el a hám (nyomási atrophia). A tömlők körül vékony kötőszövetes tok található. Az egyes szögletekben, ahol a gömbölyded tömlők között nagyobb terület marad szabadon, laza vizenyős az ovarium stroma és rendkívül sok tág cavernosus eret tartalmaz.

A műtét után a 13. napon a beteg gyógyultan távozik. Kibocsátás előtt prophylactikus mély röntgenbesugárzás és hormonvizsgálat. Tüszőhormon a vérben 500 egéregység, gonadotrop hormon a vizeletben 1000 egéregység pro liter. ZAR nyúlon positív. A magas hormonszint a legszigorúbb ellenőrzést tette szükségessé és a beteget újabb röntgenre rendeljük be.



3. ábra. 471—1934. A decidualis nyálkahártyába ágyazott chorionepithelioma szerkezete. A syntitium a kötegesen burjánzó Langhans sejtcsoportok felszínén helyezkedik el. (Nagy nagyitás.)

Egy hónap mulva újrafelvétel számos tüdőmetastasissal. Hüvely sebe per. I. gyógyult, a csonk sebe záródott, a műtéti terület szabad. A tüdőáttételekre két ülésben röntgen mély besugárzást adunk, teljes rákadaggal, amely után némi subjectiv javulás áll be. A hormonvizsgálat kibocsátáskor: hypophysis elülsőlebeny hormon egy liter vízeletben 1000 egéregység; tüszőhormon nem volt kimutatható. A szokott mennyiséggel (2x10 ccm) végzett terhességi nyúlreactio negatív. A beteg egy hónap mulva meghal. Boncoláskor senyvedtség, a tüdőben több diónyi, kisalmányi, a májban számos diónyi vérzéses, a jobb vesében néhány mogyorónyi, a nagyagy bal occipitalis lebenyében diónyi vérzéses áttétel.

Ezen betegünkben tehát méhkaparással befejezett vetélés után a méhürben fejlődött ki először a chorionepithelioma igen jelentékeny intrauterin deciduaképződéssel, az ovariumok luteintömlős elfajulásával és másodlagos, hüvelyi, majd a műtét után általános áttételképződéssel. Figyelmet érdemel a szokatlanul ritka és nagyfokú deciduaképződés a méhben, az alig 4—5 hó alatt kifejlődő hatalmas, sokrekeszű luteintömlős petefészek elfajulás s az általános áttételképződéssel kapcsolatban a petefészek kiirtása után a H.E.L. hormontermelés hirtelen erős csökkenése.

A placentatiónak functiós hatását legnagyobbrészt a chorionhám idézi elő. Nemcsak a hólyagos üszögben, hanem a magzat és boholystroma nélkül a tiszta chorionepithelioma esetében is az anyai szervezet reactiója a chorionhám kóros burjánzásával szemben intra- és extrauterin deciduaképződésben, az emlők fokozott duzzadásában és elválasztásában, a petefészek luteinsejt-burjánzásában és a H.E.L. hormon kiválasztásában fejeződik ki.

Chorionepitheliomákban írtak le ektopiás deciduaképződményeket, a serosa felszínek csomós megvastagodásait, a petefészekfelszin sarjszövetének átalakulásában. Ectopiás ch.-epithelioma mellett többen figyeltek meg a méhben deciduaképződést, különösen méhenkívüli terhességből fejlődő chorionepitheliomában. Egyes esetekben nem lehet meghatározni, hogy a decidua a pete rendes implantatiójának idején keletkezett-e és a hólyagos üszög vagy ch. epithelioma kifejlődése csupán csak tovább tartotta ezt fenn. Ez a „persistáló decidua" vetéléskor, boholy vagy hólyagos mola részek visszamaradásákor, illetve placenta-polyp képződésekor ismert, a helyileg jól megtartott decidua nem ritka és számosan írtak le ilyen esetekben tökéletes parietalis deciduát. Decidua újraképződést is kimutattak a méhben, mint chorionepithelioma hatást, olyankor, amikor a daganatfejlődés hosszú idővel a terheség után jelentkezett. *Alfieri* deciduát mutatott ki két éve hószámszünetben levő nőn, kinek 9 éve volt utolsó szülése; *Gentilli* 7 éve menopausában levő nőben a terhességhez hasonló méhelváltozást talált deciduális nyálkahártyával, a compact és spongiosus réteg elkülönülésével, tágult erekkel, chorionepithelioma mellett. A gyorsan előretörő daganat képződéskor, ahol a nyálkahártya elpusztítása gyorsan bekövetkezik, természetesen decidua nem található. *Aschoff* szerint a ch.-epitheliomának a nemi szervekre gyakorolt hormonális befolyása okozza a decidua képződést, valamint a petefészek theka- és granulosasejtjeinek a burjánzását is.

Kétségtelen, hogy betegeink esetében az igen jelentékeny decidua képződés és újraképződés a daganatos csomók között az ovarialis hormon visszahatása alapján magyarázható. *A vetélés után visszamaradt chorionhám elsőleges burjánzása volt az, ami erős hormonhatásával, mint hatalmas gonadotrop inger, a petefészkek daganatos nagyságú lutein és folliculus tömlős burjánzását indította meg, ez viszont kórosan fokozott folliculin és sárgatest hormon termelésével az endometrium decidualis kiképződését idézte elő.* Emellett a chorionhám-burjánzás alveoláris gócos szerkezete, néhol a tökéletlen köteges formával, a boholynövekedést utánzó lassúbb növekedésű és így aránylag lassubb roncsolással járó forma kialakulásánál is kedvezett a decidua kifejlődésének főképen azzal, hogy arra időt adott. A méhbe bedomborodó nagyobb gócok szöveti szerkezetében meglepő volt a structura magasabbrendű (organoform) képe, amit a nagy gócok aránylag tömött szerkezete és a kisfokú elhalások is igazolnak. A kötőszövet részvétele nélkül is a kötegekben elhelyezkedett Langhans typusú sejteket a syncitium úgy folyta körül, hogy a közti üregekben kielégítő nedvkeringés álhatott fenn, némileg utánozva ezzel az ér nélküli korai chorionbolyhok szerkezetét. Ezzel is ismételten rámutathatunk arra, hogy a chorionhámnak a rendes placentatiotól a gyors és kiterjedt rosszindulatú burjánzásig számos átmeneti változata lehet. Esetünkben is a méhürben hosszasan stagnáló forma magasabb differentiáltságra törekedett s a szervszerű szerkezetet igyekezett utánozni, míg

az áttételes gócokban jellemet változtatva a legélénkebb szabálytalan burjánzásba ment át.

Valószinünek kell tartanunk, hogy a petefészek és a daganatos chorionhám kölcsönhatásban van egymással. A petefészkre a daganat kórosan fokozott ingert fejt ki. A petefészek eltávolításával az embolikus daganatáttételek jelleget változtattak, ami a hormonszint alapján abban jutott kifejezésre, hogy a H.E.L. és folliculin hormon mennyisége lecsökkent, végül ki sem volt mutatható. Ezzel egyidejűleg a fokozottabban, számos szervben egyszerre, szinte robbanás szerűen burjánzó chorionhám is jórészt elvesztette hormontermelő tulajdonságát, úgyhogy *a nagy tömegekben jelenlevő áttételes gócok dacára a nativ concentratiójú vizelettel végzett Z.A.R. negativ lett* s a mennyileges meghatározás is csupán 1000 E. e. H. E. L. hormont mutat ki a vizelet literjében.

2. 927/1934. Fjlsz. 41 é. 1 rendes szülés. 1934. juliusban vidéki közkórházban felvétel jobboldali méhenkivüli terhesség dignosisával.

Hasmetszéskor jobboldali tuba repedést találnak, ezt a kis-cystásan elfajult petefészekkel együtt eltávolítják. Sima gyógyulás. Kb. egy hónap mulva újra felvétel a kórházba, erös darabos vérzés miatt. A méh rendes elhelyezkedésü, valamivel nagyobb a rendesnél. Környezetében lényegesebb eltérés nem tapintható. Méhkaparást végeznek: megvastagodott deciduális nyálkahártyarészeket távolítanak el és mivel semmi olyan elváltozást nem észlelnek, ami a legkevésbé gyanus lett volna, *a kaparékot kórszövettanilag nem vizsgálják.* A vérzés megszünt, a beteg igy távozott.

A kaparás után kb. egy hónap mulva felvétel a klinikára. Az előző méhkaparás után néhány nappal ugyanis újabb pecsételő, néha elég bő vérezgetés indult. Hirtelen igen sokat soványodott, gyenge, sokat feküdt, étvágytalan, amit az állandó vérezgetés magyaráz.

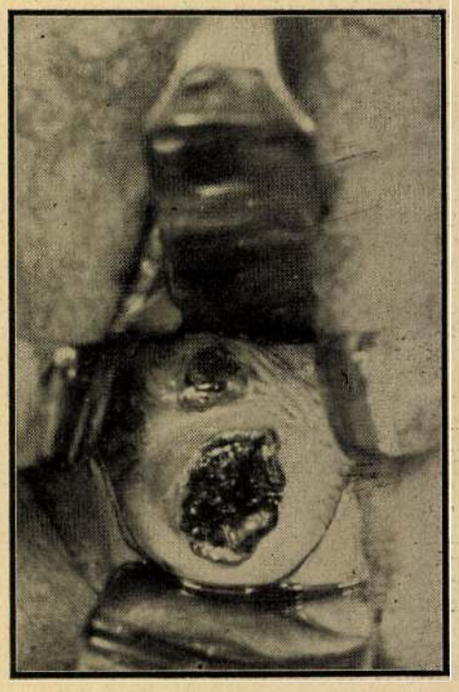
Leromlott, igen sápadt, vérszegény, lázas (39.9 C°). Tüdők épek, a szivcsúcson fúvó systoles zörej, a szív balra és jobbra valamivel nagyobb. A hasfalon elsölegesen gyógyult mütéti heg. A has szabad. A hüvely hátsó falán, közel a hüvelybemenethez pengönyi, kissé feljebb fillérnyi, valamint az elülső hüvelyfalon a hugycső nyilása alatt is fillérnyi, livid vörhenyesen szinezett, a hátsó hüvelyfalon kifekélyesedett vérzékeny, málékony csomók vannak, melyeknek az alapja a paracolpiumba terjedöleg beszüródött. (4. ábra.) Vaskos portio, rendesnél valamivel kisebb méhtest, a jobb parametriumban ludtojásnyi infiltratum, úgyszintén beszürödés tapintható mintegy tyúktojásnyi nagyságban a rectovaginális septumban is, a hátsó hüvelyfal fekélyeinek megfelelő területen. Feltáráskor a jobb hüvelyboltozatban is egy kis diónyi bedomborodó livid vörhenyes szederjes csomó van, mely felett még a hüvelyhám ép. A méhszájból közepes vérzés.

A felvételkor elvégzett Z.A.R. nyulon igen erösen positiv. A nyulovarium számos bevérzett tüszőtől szederszemhez hasonló, néhány megrepedt, bevérzett tüszőből a nyul hasüregébe kevés vér került. Az elvégzett mennyileges gonadotrop (H.E.L.) hormon meghatározás a vizeletből magas értéket ad. A várható magasabb hormonértéknek megfelelöleg két sorozatot állitunk be, aetherrel kirázott vizeletet használva 4—4 infantilis átlag 6—8 gr. súlyú nöstény egéren. Az 1 : 20 hígitású vizelet 1 ccm-ét részletekben adagolva positiv reactiót kapunk, az ovariumokon vérpontokkal, a méh erös hypertrophiájával, a hüvelyváladék oestrus állapotával. A gonadotrop hormon mennyisége a vizeletet kiürítve a vizelet egy literjében (24 órai összegyüjtött vizeletet használva; a vizelet 24 órai mennyisége a meghatározás napján 1800 gr volt) kb. 20.000 Ee., tehát napi kb. 40.000 Ee. a H. E. L. hormon kiürülés. Ugyanekkor a cubitalis vena vérében a tüszőhormon liter mennyiségre átszámítva 1000 Ee. volt.

A hátsó hüvelyfal részben már szétesett fekélyét alapjával együtt az ép szövetbe terjedöleg kimetszük. A kimetszett részek szöveti vizsgálata chorionepitheliomás burjánzást állapit meg, amely után a beteg egy erélyes közvetlen hüvelyi és alhasi, valamint sacralis Röntgen mély besugárzást kap (carcinoma-adag), mely után néhány nap mulva láztalanná lesz, véres folyása megszünik. Közérzete javul. A leromlott lázas állapot miatt egyelöre sebészi kezelésről nem lehet szó. Gondolva a chorionepitheliomásokon oly gyakori tüdőáttételre, kibocsátás előtt mellkasi rtg. felvételt készitünk: áttételek nincsenek a tüdöben.

A hátsó hüvelyfal daganatos csomóinak szöveti képében a csomók központját alkotó véralvadékba és rostonyába ágyazva igen laza hálózatot képező chorionepitheliomás burjánzás van, mely mind a Langhans sejtekre emlékeztető sejtcsoportokat, mind a syncitialis szerkezetü sejtfajtát tartalmazza. Ez utóbbi valamivel élénkebb részt vesz a daganatszövet képzésében és föleg az ép szövetbe törö histolyticus tulajdonságával tünik ki. A roncsolt érfalak körül létrejött vérömlények szélét vékony, helyenként csak egy sejtsorból álló réteggel a syncitialis elemek növik körül. A daganatos szövet vázát ugyszólván csak rostonya alkotja, amelynek középpontjában kiterjedt elhalások találhatók.

A mütét után egy és fél hónappal újra felvétel. A jobb oldali parametrium beszüródése jórészt eltünt, csupán a hátsó parametrium tömegesebb, a paracolpium beszüródése is nagyot csökkent, a hüvelyfalak fekélye pedig behámosodott, a hüvely boltozatban levő resistentia teljesen eltünt. Az ekkor elvégzett gonadotrop hormonmeghatározás még mindig magas értéket mutat. (5000 Ee. gonadotrop és 500 Ee. folliculin hormon). A tüdö áttételek igen gyakori voltára gonrolunk első sorban és prophylactikusan a tüdök rtg. besugárzását is elvégezzük. A beteg erélyes roborálás után fokozatosan javul, bár igen gyengének érzi magát, subfebrilis. Kb. 2 hónap mulva a mütét után, s a tüdö besugárzása után 15 nappal a terhességi nyúl reactio már negatív és igy a beteget jelentékenyen javult általános állapotban, negativ belső vizsgálati lelettel kibocsátjuk. Újabb ellenörző vizsgálatra egy hónap mulva jelentkezik, midön a medence újabb rtg. besugárzását végezzük. Általános állapota kielégitő, hizott, munkaképessége csaknem teljes, kiújulás nincs, az ekkor vett vizelettel elvégzett Z.A.R. (nyúl) negatív, úgyszintén két és hat hónap mulva is negativ.



4. ábra. 927—1934. A hátsó hüvelyfal kifekélyesedett chorionepitheliomás csomója. (Méhenkívüli terhesség után.)

Második betegünkön méhenkívüli terhesség után keletkezett a hüvelyi áttételeket, a parametrium és a paracolpium széles beszűrődését okozó chorionepithelioma, melyet a helyi gócok kimetszésével és alapos rtg. kezeléssel sikerült meggyógyitani. Ez a legritkábban észlelés alá kerülő chorionepitheliomás kórkép és a nem gyökeres műtét után végleges gyógyulás miatt is figyelmet érdemel.

A méhenkivüli terhesség kapcsán keletkezett chorionepithelioma aránylag ritka. *Szathmáry* 1931-ben az irodalomban 1412 chorionepithelioma ismertetését találta. Ezek közül csak 33 keletkezett méhenkivüli terhesség után, ami 2.33%-nak felel meg. *Jeanneret* gyakoriságát az összes chorionepitheliomákra számítva 3.14%-ra teszi. Igy többek között *Sowignoni* tubaris terhesség mellett typusos chorionepitheliomát talált. *Bunnage* primaer

tubagraviditás után keletkező „orthogen" chorionepitheliomát közöl, *Grudzew* méhenkivüli terhességgel operált nőn kb. fél évvel ch.-epithelioma kifejlődését látta.

De Snoo szerint a chorionepithelioma már a megtermékenyített pete trophoblast szakában is kifejlődhetik. Sokszor a ch.-epitheliomás burjánzás a tubaris terhesség területén oly hatalmas, hogy teljesen beágyazza a függelékeket, ami eredetének a felismerését is igen megnehezíti, mint *Salacz* esetében is.

A méhenkivüli terhesség után jelentkező ch.-epitheliomának klinikailag három szakát különböztethetjük meg. 1. a tubaris (ektopiás) terhesség és annak tünetei, 2. lappangás szaka, amely néhány héttől több évig is terjedhet, 3. egy gyorsan kifejlődő rosszindulatú daganat megjelenése fájdalmakkal, vérzésekkel, senyvedéssel, nagyfokú anaemiával, gyors áttétel képződéssel. A korai kórhatározás nehéz, a harmadik szakban pedig már az egész testre gyorsan szétterjed a folyamat s ilyenkor a gyökeres műtét már aligha valósítható meg. Ezért is hangsúlyoznunk kell a méhenkivüli terhességek operativ kezelését s a műtét utáni ellenőrzés szükségét. De különösen fontosnak tartjuk megállapított ch.-epitheliomában *a tüdő áttételek gyakorisága miatt a helyi góc rtg. kezelésén kivül még akkor is prophylaktikus besugárzását végezni, ha a klinikai tünetek vagy a rtg. kép a tüdő áttétel megállapítását még nem teszi lehetővé.*

3. 1010/1934. fjlsz. 48. é. 9 rendes szülés, egyszer 10 évvel és egyszer 9 hónappal előbb (tehát *két alkalommal)* üszögterhesség (felv. XII. 24.) Utolsó vérzés XII. 10. Utána eleinte kisebb, majd bő vérzés. Ezért orvosa tamponálta s klinikára küldi nagyobb méhe miatt vetélésre gondolva.

Nagyon lesoványodott és nagyon vérszegény beteg. A hátsó hüvelyfalban a paracolpiumba is beterjedő kis tojásnyi, szederjesen áttünő, helyenként kifekélyesedett ch.-epitheliomás daganat áttétel, a hüvely többi része ép. Vaskos portio, rendesnél valamivel nagyobb méhtest hátrahajolva, szabad környezet. Végbélen keresztül vizsgálva a hüvelyfal livid daganatos csomója a rectumba nem tör át, bár a végbél elülső fala alig mozgatható el fölötte. Mindkét lábon a vena saphena területén, valamint a bal nagy ajakban hatalmas kékes visszeres tágulat.

Hüvelyi úton eltávolítjuk (XII. 27.) a valamivel nagyobb méhet ép függelékeivel. (Op. Pr. *Kovács).* A hátsó hüvelyfal daganata ludtojás nagyságú; azt alapjával együtt szélesen kiírtjuk. A pararectalis kötőszövetre és az elülső végbél falra is elég szélesen ráterjedt a laza vérzésekkel átszött, málékony daganat. Kiágyazáskor a rectum elülső fala is elvékonyodik. A műtéti terület igen vérzékeny. A felnyitott rendesnél valamivel nagyobb méh teljesen daganatmentesnek látszik, úgyszintén a függelékek sem mutatnak szabadszemmel ch.-epitheliomás elváltozást. A méhür 7 cm hosszú, vékony egyenletes endometriummal bélelt. A hüvelyirész, nyakcsatorna sima felszinü. A hátsó hüvelyfalból eltávolított ludtojásnyi livid képlet kiemelkedő területén a hüvely nyálkahártya elvékonyodott és fekélyes, s közvetlen a hám alatt kiterjedt vérzésekbe ágyazott daganatos beszürődés található.

Górcsővel a hátsó hüvelyfal eltávolított területének metszett felszinén a szabályos többrétegü laphám alatt az alapszövetben kiterjedt vérzések és rostonyás elhalások szélein typusos chorionepitheliomás sejtfészkek találhatók. A chorionepithelioma fészkes elrendeződésü s a környező kötőszövetnek élénk reactiv beszürődése veszi körül. A burjánzó chorionsejtek mindkét sejtfajtát tartalmazzák kb. egyenlő arányban. A daganatszövet jórésze rostonyásan elhalt. A méhben chorionepitheliomás elváltozás nincs.

A műtét után váltakozó kis lázak 38 C°-ig. Jó sebgyógyulás. Három napi teljes láztalanság után a műtét utáni 12. napon hirtelen féloldali bénulás fejlődik ki. A felső végtagon teljes a bénulás, az alsón csak paraesis. A 14. nap a bal oldali bénulás fokozódott, zavart öntudat. A tüneteket chorionepitheliomának agyáttételére vezetjük vissza, ezért bár az asszony állapota súlyos, mégis az agy rtg. kezelését határozzuk el. (I. 9.) Koponya mély rtg. besugárzása után az öntudat zavart. Bal oldali teljes haemiplegia, nyelés nehezített, székletét tartani nem tudja. (I. 10.) Ujabb koponya rtg. után két napig lázas volt, állapota változatlan. A rtg. utáni 4—5 napon javulás, a lábát kevéssé mozgatni tudja, jobban érzi magát. Öntudata teljesen feltisztult. Roborálás. Az első rtg. után 10 nappal harmadszor is koponya besugárzást végzünk.

A 20.-ik naptól állandó kis javulás, teljes láztalanság. A bénult lábat kissé mozgatni tudja. Mivel a Z.A.R. (II. 28.) még mindig erősen positiv a mellkast is kis apróbb adagokban Rtg.-zük. (egy hónap alatt 10 Rtg. mellkas besugárzást kap, teljes daganat adaggal). Márciusban az egész hónap alatt a közérzet elég jó, dacára a baloldali kéz és láb bénulásnak, nyugvószékben ül, jól táplálkozik. (A műtéti terület szabad, resistentia nem tapintható.) IV. 4.-én az Ideggyógyászati klinikán Benedek-féle koponyakopogtatási módszerrel az agy daganatos áttételét localisálják. A jobb koponyafél felső és részben középső falcsonti részén rövidültebb, üresebb, középmagas, kopogtatási hang, mely helyzetváltoztatáskor megtartja jellegét. IV. 17-én az addig jó közérzet mellett elég gyorsan kifejlődik a jobb oldali bénulás is. Jobb oldali capsularis jellegü haemiplegia fejlődik ki a cortex felé kiterjedve. A beteg öntudatlan, szapora pulzusú, lázas, sondán tápláljuk. IV. 19-én a szivműködés fokozatos romlása közben meghal. Boncoláskor a rekeszizomban, tüdőkben, májban, mellékvesében, a jobb agy gyrus centralis anteriorjában chorionepitheliomás áttételek.

Ezen betegünkön üszögterhesség után 9 hónap mulva támadt ektopiás hüvely chorionepithelioma. Különösen említésre méltó az embolikus hirtelen áttétel képződés és *a rtg. kezeléssel szembeni sugár ellenálló tulajdonság.* Az agyi vérzéssel magyarázható féloldali végtag hüdés valószinüvé tette egy vérzéses daganatos góc jelenlétét az agyban, ezt bizonyította a folyamat időleges javulása és megállapodása is. Az újra jelentkező rosszabbodás okát a rtg.-en igen széles árnyékot okozó mediastinalis áttételekkel magyaráztuk. A mellkas erélyes rtg. kezelése újabb javulást, a folyamat újabb megállapodását eredményezte, azonban a folyamat újabb kilobbanása folytán a beteg mégis meghalt.

(Folytatjuk.)

A párizsi egyetem kórtani intézetének és betegosztályának közleménye (igazgató: Fiessinger Noël egy. ny. r. tanár).

A májlipase pathologiai jelentősége és gyógyszeres alkalmazása.

Irták: *Fiessinger Noël dr.* és *Gajdos Alfréd dr.*

Klinikai és kisérleti vizsgálataink döntő bizonyitékokat szolgáltattak a vérlipase máj eredetét illetőleg. E vizsgálatok eredményeit részletesen közöltük francia folyóiratokban és ehelyütt csak rövid összefoglalásukat adjuk, amennyiben elengedhetetlenül szükséges therápiás kisérleteink ismertetéséhez. Methodikát illetőleg is előző közleményeinkre utalunk.

Argumentumainkat négy csoportra oszthatjuk.

1. Először sikerült kimutatnunk, hogy a vérlipase állandóan csökkent májinsufficiencia esetében.[1])[2]) E csökkenés párhuzamos a májfunctiós próbák eredményeivel (rose bengal próba, galactosuria etc.). Ez a párhuzamosság adta magyarázatát annak a látszólag paradox ténynek, hogy bizonyos májbetegségekben a vérlipase csökkent, másokban a normális szinten maradt. Igy májcirrhosis 30 esetében 26-szor észleltük, hogy a vérlipase felére, sokszor harmadára csökkent és mind a 26 betegen a fentemlített functiós próbák a májműködés súlyos elégtelenségére mutattak. Négy esetben a vérlipase értékét normálisnak találtuk (ambulans betegekről volt szó, normális májmegterhelési próbákkal).

Jóindulatú catarrhalis ikterus 6 esetében, megegyezően a functiós próbák eredményével és a gyors gyógyulással végződő klinikai lefolyással, a vérlipase minimalis csökkenését észleltük.

Még meggyőzőbbek rákos betegeken tett megfigyeléseink. Négy esetben a rákos folyamatban közvetlenül vagy közvetve a máj is érdekelve volt (2 esetben májrák, 2 esetben a pankreasfej rákja) s a lipase értéke a vérben erősen csökkent volt. A másik négy esetben a rákos folyamat a májat nem érintette: a vérlipasét normálisnak találtuk.

Hasonlóan két decompensált betegben alacsony vérlipaset találtunk; a máj erősen meg volt nagyobbodva és a betegek kissé ikterusosak voltak. Viszont a vérlipase értéke normális volt két balszív elégtelenségben szenvedő betegben, kiken a máj pangásos ártalma nem volt észlelhető.

Érdekes volt megfigyelni egy Recklinghausen-kóros betegünket, akinek egyidejűleg hyperthyreoidosisa is volt +34% alapanyagforgalommal. A vérlipase a normális érték felét mutatta, mire elvégeztük májmegterhelési próbáinkat, melyek a máj elégtelen működésének további bizonyítékát adták. Részleges thyreoidea és parathyreoidea kiirtás után a beteg állapota lényegesen javult, alapanyagforgalma normális lett, a májmegterhelési próbák jobb eredményt adtak és ugyanakkor a vérlipase emelkedését észleltük.

Itt kell megemlítenünk *Bauer* és *Feil*[3]) megfigyeléseit. Thyroxinnal mérgezett nyulakon azt észlelték, hogy a vérlipase csökkenésével párhuzamosan — amit először *Baló* és munkatársai észleltek — a máj lipasetartalma is csökkent és arra a következtetésre jutnak, hogy a vérlipase csökkenése a máj elégtelen lipase képzésének a következménye.

Míg klinikai megfigyeléseink fontos bizonyítékot szolgáltatnak a máj szerepét illetőleg a vérlipase képzésében, addig a pankreas hasonló szerepét nem tudtuk megfigyelni.[4])

Igy a vérlipaset normálisnak találtuk cukorbajosokban, subacut pankreatitis és egy műtétileg igazolt pankreas tályog esetében.

Kutyákban sem pankreaskiirtás, sem acut nekrotikus vagy genyes pankreasgyulladás nem befolyásolta a vérlipase értékét.

2. A vérlipase májeredetét még közvetlenebbül igazolják máj-perfusiós kisérleteink. Az izolált májon 2—4 óráig átáramló defibrinált vérben mind a tíz kisérletben a lipase lényeges emelkedését észleltük.[2])

3. A legközvetlenebb bizonyítékot szolgáltatta a májból kivont és parenteralisan befecskendezett lipasénak a hatása a vérlipase tükrére. Míg pankreas lipase befecskendése *Baló* és *Bach*,[5]) *Nitcescu* és *Benetato*,[6]) *Oliaro* és *Adler*[7]) kisérleteiben nem befolyásolta a vérlipase értékét, a mi májlipase-injectióink úgy normális, mint phosphormérgezéses kutyák, valamint májinsufficiens betegek vérlipaseját lényegesen és tartósan emelték.[8])

4. Ugyancsak mi mutattunk rá először arra a biologiailag nyilván jelentős tényre, hogy a máj és vérlipase biologiai tulajdonságai egyeznek, míg a pankreaslipasetől mindkettő lényegesen különbözik. Ehelyütt e biologiai tulajdonságoknak csak rövid felsorolására szorítkozunk, utalva előző munkáinkra. Ezek: a hatás specificitása, optikai specificitás, activáló és gátló anyagokkal szemben mutatkozó viselkedés, stabilitás, a kisérő fehérje kolloidalis természete.

Összefoglalva tehát, a vérlipase májeredetét következő érveinkkel tekintjük bebizonyítottnak:

1. a vérlipase csökkenése májinsufficientia esetén.

2. az izolált májon átáramló vér lipasetartalmának emelkedése,

3. a májból kivont és parenteralisan adagolt lipase hatása a vérlipase emelkedésére,

4. a máj- és vérlipase biologiai tulajdonságainak egyezése,

5. a vérlipase függetlensége a pankreastól.

E megállapításaink vezettek arra a feltevésre, hogy a májlipase parenteralis adagolása nem képes-e kedvezően befolyásolni a máj megbetegedéseit.

Kisérleteink első csoportját kutyákon végeztük. Másodnaponként subcutan befecskendeztünk 1 ccm 1%-os phosphorolajat. A kutyák fele hetenként kétszer 20 cc májlipasét kapott intravenásan; az állatok másik fele lipase kezelés nélkül maradt.

Le kell mondanunk arról, hogy ehelyütt részletesen közöljük állatkisérleteinket. Csak eredményeit ismertethetjük.

Míg a lipaseval nem kezelt kutyák 5—7 nap után elpusztultak, a lipaseval kezelt állatok 21—72 napig éltek és ez alatt az idő alatt 8—22 phosphorinjectiót kaptak. Vérlipasejukat sikerült a normális szinvonalon tartani. A nem kezelt állatok már a második—harmadik phosphorinjectio után erősen ikterusosak voltak, a lipaseval kezeltek sárgasága csak a kisérleti idő harmadik—ötödik hetében kezdődött.

Egy további kisérletben, ugyancsak kutyákon, átvágtuk a pankreas kivezető csövét két ligatura között. E beavatkozást *Aubertin* és más szerzők kisérleteiben is a máj zsiros elfajulása követte.

A lipaseval nem kezelt kutya a beavatkozást követő 9-ik napon elpusztult; boncolásakor megnagyobbodott, kemény pankreast találtunk, a máj nagyfokú congestiójával.

Másik, hasonlóan operált kutyán, a műtét utáni 6-ik napon kezdtük a májlipase befecskendést. Ekkor a kutya erősen leromlott állapotban volt, nem evett, vérlipaseja a műtét előtti érték felére csökkent. A májlipaset 20 ccm-es adagban, intravenásan, hetenként kétszer adtuk. A hatás nyilvánvaló volt. Az állat enni kezd, viszszanyeri súlyát, vérlipaseja az eredeti értékre emelkedik. A műtét utáni 48-ik napon feláldozzuk a teljesen jó erőben levő kutyát és benne chronikus pankreatitist találunk normális májjal.

Állatkisérleteinkből azt következtetjük, hogy a májlipase parenteralis adagolása lényegesen növelte kutyáink ellenállását phosphormérgezéssel és a Wirsung vezeték lekötésével szemben. És bár magunk hangsúlyozzuk, mennyire nehéz állatkisérletekből therapiás következtetéseket vonni, tekintve a kisérleti és emberi pathologia között fennálló nagy különbséget, mégis jogosultnak érezzük magunkat arra, hogy a májlipase hatását beteganyagunkon is kipróbáljuk, annyival is inkább, mert *kutyáink minden zavaró mellékhatás nélkül türték a lipase injectiókat.*

* * *

Kisérleteinket cirrhotikus betegeken végeztük. Csak súlyos eseteket kezeltünk, hogy eredményeinknek kellő demonstratiós értékük legyen. A májlipaset* csak subcutan injectióban alkalmaztuk 5—10 ccm-t fecskendezve be naponként 5 napon át, 3 napos szünet közbeiktatásával, az eset súlyosságától függően 2—6 sorozat injectiót adtunk. Megfigyeléseinket részletesen közöltük a párisi Orvosszövetségben[9]) és az Annales de Médecineben.[10]) Itt kórtörténeteinknek csak rövid kivonatát adhatjuk.*

Két csoportra osztjuk ezeket, az elsőbe sorozva a lipase által kedvezően befolyásolt betegeket, a másodikba

*) Beteganyagunk részére a májlipaset, vezetésünk mellett a Hoffmann La Roche gyógyszergyár párisi laboratoriuma készítette.

azokat, melyekben a lipase alkalmazása nem járt eredménnyel.

I. Kedvező esetek:

1. eset. 58 éves nő, aki alkoholos cirrhosisa miatt másodszor kerül osztályunkra. Erősen dyspnoés; nagy oedema az alsó végtagokon, mely a hasfal és hát bőrére is kiterjed. Igen nagyfokú ascites. A lábszárak alkoholos polyneuritise.

A megszokott eljárások semmi javulást sem okoztak. Sorra próbáljuk a theobromint, neptált intraperitonealisan és subcutan, elülső hypophysis kivonatot, intraperitonealis collargolt. A beteg állapota változatlanul súlyos és átlag 10 naponként kell asciteset csapolni.

A lipase injectiókat 1935. március 27-én kezdjük. Hatásuk frappáns. A subjectiv tünetek gyors javulásával egyidejüleg megindul a diuresis, az oedemák eltünnek, a csapolást egyre nagyobb időközökben végezzük. Összesen 30 injectio után 1935. május 15-én hagyjuk abba a kezelést. Az utolsó csapolást május 9-én végezzük. A beteg 1935. julius 23-án gyógyultan hagyja el az osztályt.

A kórlefolyást legjobban a havonként kiürített hasvíz mennyiségének görbéje mutatja:

Hónap	csapolások száma	kiüritett hasvíz mennyisége
1934. november	3	37 liter
december	2	26 „
1935. január	2	30 „
február	3	39 „
március	3	36 „
1935. március 27-én kezdjük a lipase-injectiókat.		
április	2	25 liter
május	1	11 „
junius	0	0 „
julius	0	0 „

E javulással párhuzamosan észleljük a májmegterhelési próbák visszatérését csaknem normalis értékre és a vérlipase érték lényeges emelkedését.

2. eset. 53 é. férfi májcirrhosisa 6 évre nyulik vissza. A nagyfokú ascites, aluszékonyság, dyspnoe, a rendkivül csökkent napi vizeletmennyiség mutatják a kórkép súlyosságát, melyen csak ront a néhány nap mulva jelentkező, 39 fokos lázzal járó, grippés infectio.

1935. jan. 26-án kezdjük a lipase-injectiókat, másodnaponként 5 ccm-es adagban. A közérzet javul, az aluszékonyság eltünik, a diuresis megindul (naponta 2—2½ liter).

Technikai okokból abba kell hagynunk a lipase-kezelést. A beteg állapota súlyosbodik ismét és március 10-én rossz állapotban hagyja el az osztályt.

3. eset. 43 éves férfi, akit 4 évre visszanyuló „cirrhose bronzée"-vel veszünk fel 1935. febr. 4-én. Subikterikus, mája nagy és fájdalmas, közérzete rossz, vizelete kevés.

6 lipase-injectio után február 19-én hagyja el az osztálye, jó állapotban, jó diuresissel.

4. eset. 41 éves férfi, májcirrhosisa 2 éves. 1935. máj. 1-én vesszük fel bélvérzést követő nagyfokú ascites miatt. Tizennégy lipaseinjectio után az általános állapot jó, az ascites eltünt.

5. eset. 50 éves férfi, akit hasvízkór és a lábszárak erős oedemája miatt 1935. május 31-én veszünk fel. Betegsége 6 hónapja kezdődött. 10 lipaseinjectio után jó állapotban, hasvízkór és oedema nélkül hagyja el az osztályt jun. 19-én.

6. eset. 57 éves férfi, gyomorvérzést követő hasvízkór miatt kerül az osztályra 1935. jun. 4-én; somnolens, alig vízzel. 10 lipaseinjectio után a somnolentia eltünt, a diuresis megindult, az ascites lényegesen csökkent. A beteg jó állapotban, csekély hasvízkórral saját kérésére 1935. jul. 7-én hagyja el az osztályt.

7. eset. 54 éves férfi, májcirrhosissal 1935. máj. 25-én másodizben kerül osztályunkra. Közepes mértékü ascites, étvágytalanság, álmatlanság, váltakozva hasmenés és székrekedés. Intravenás higanycyanat injectiók, melyek első alkalommal kielégitő eredményt adtak, most hatástalanok maradnak.

A lipase-injectiókra megindul a diuresis, az ascites csaknem teljesen eltünik. A beteg állapota annyira javul, hogy complicatió nélkül áll ki 1935. jul. 10-én egy heresérv műtétet.

8. eset. 53 éves férfi, 1935. jul. 2-án kerül osztályunkra súlyos májcirrhosis miatt. A beteg subkomás, nagyfokú ascitessel. Napi vizeletmennyiség 200—300 ccm. 12 lipase-injectiót adunk. A sensorium normalis az 5-ik injectio után. Diuresis 1500 ccm napi mennyiséggel. Az ascites csökkenőben van.

II. Négy esetben maradt a lipasekezelés eredménytelen.

2 esetben a szemmelláthatő javulást erysipelas állította meg, mely a lipaseinjectiók továbbadagolása ellenére rövidesen általános súlyos májelégtelenség tünetei között exitushoz vezetett.

A másik 2 esetben a betegek már a felvételkor súlyos heveny májelégtelenség tüneteit mutatták. (Koma, bőrvérzések, meningealis tünetek stb.). A lipaseinjectiók nem befolyásolták a kórképet, mely gyorsan bekövetkező exitussal végződött.

Súlyos májcirrhosis 12 esetében a lipase kezelés 8-szor adott feltünően jó eredményt. Megfigyeléseink feljogositani látszanak arra, hogy a májlipaset értékes gyógyszernek tekintsük, mely lényegesen túlhaladja azoknak a gyógyszereknek értékét, melyeket eddig a májcirrhosis kezelésében alkalmaztunk.

A therapiás hatás legobjectivebb jele a *diuresis*, mely gyorsan, a 2-ik—5-ik lipase-injectio után megindul és 2—2½ ltert is elér naponként. Kezdetben csökken és újra emelkedik a gyógyszer kihagyásával vagy újraadagolásával. Később az általános állapot fokozódó javulásával, hosszabb-rövidebb ideig spontán is folytatódik.

Az *ascitesre* és *oedemákra* valló hatás nyilvánvaló, A csapolások ritkábban szükségesek és láttuk igen nagyfokú, hónapok óta fennálló ascitesek tartós eltünését.

Az *ikterus* gyorsan eltünik, úgyszintén az *urobilinuria* is.

Az általános állapot gyorsan javul. A somnolentia elmulik, az étvágy növekszik, a beteg erősebbnek érzi magát.

A *májfunctiós próbák* megerősitik a klinikailag észlelt javulást. A rose bengal retentio csökken, a galactose alacsonyabb concentrátiókban és kisebb összmennyiségben ürül ki a vizelettel. *A bilirubinaemia* gyorsan csökken. A *vérlipase* értéke lényegesen emelkedik.

Mindazonáltal szükséges e kedvező eredmény eléréséhez, hogy a máj rendelkezzék még bizonyos functionális tartalék felett. Ha a májlaesio nagyon súlyos, ha az egész parenchymát tönkretette már a folyamat, a kezelés nem járhat eredménnyel, amint 4 exitussal végződő esetünk mutatja.

Hangsúlyoznunk kell a lipase-injectiók teljes ártalmatlanságát. Egy esetben sem észleltünk kellemetlen helyi vagy általános reactiót. Az injectio néha kissé fájdalmas; meleg borogatás gyorsan eltünteti ezt a fájdalmat.

Ami a májlipase injectiók *hatásmechanismusát* illeti, erről egyelőre keveset tudunk. Alkalmazására az vezetett, hogy egy hiányos functiót pótoljunk. De ennél kétségtelenül többről van szó. Azt hisszük, hogy a májlipase a lipo-proteines sejthártyára van befolyással. Megkiséreltük ezt biologiailag igazolni, de technikai akadályok miatt eredménytelenül. Ha feltevésünk helyes, úgy a lipase, fokozván a sejthártya áteresztő képességét, növeli a sejt

*) A májmegterhelési próbák eredményeit is mellőzzük, valamint egyéb laboratoriumi vizsgálati eredményeket. Ezeket illetőleg fenti két közleményünkre utalunk.

vitalitását és ellenállóképességét. A hypolipasaemia így — legalább részben — megmagyarázná a cirrhotikusok anasarkáját és ascitesét, a lipasotherapia pedig e betegek állapotának javulását, mely főleg a diuresisben, valamint a peritonealis és szövetközi vízretentio felszívódásában nyilvánul.

Összefoglalás:

I. Kisérleti és klinikai megfigyeléseinkkel bebizonyítottuk a vérlipase májeredetét.

II. Parenteralisan adagolt májlipaseval sikerült phosphormérgezéses és átmetszett Wirsung vezetékű kutyák élettartalmát lényegesen meghosszabbítani.

III. Súlyos májcirrhosisos betegeken a májlipase subcutan adagolása minden más eddig alkalmazott gyógyszernél hatásosabbnak bizonyult.

Irodalom: 1. *Gajdos Alfréd:* Les lipases sériques en pathologie hépatique. Paris 1934. Editeurs: Vigot Frères. — 2. *Fiessinger Noël* és *Gajdos Alfréd:* Les lipasessanguines au cours des cirrhoses du foie. Arch de Mal. du foie, du pancreas et de la rate. 1934. 317. — 3. Wien. Med. Woch. 1934. 4. Annales de Médicine 1933. — 5. Zschr. f. Exp. Med. 75. 583. — 6. C. R. d. S. de Soc. biologique CXI. 341. — 7. Zschr. f. exp. Med. 91. 362. — 8. Le Sang. 1935. 3. 319. — 9. Bull. et Mém. de la Société Méd. des Hópitaux. Sèance 1935. VII. 2. — 10. Annales de Médicine 1935.

A „Szabolcsvármegyei Kisvárdai Közkórház" közleménye. (Igazgató: Szabó Károly sebész főorvos.)

Az átfuródásos hashártyagyulladás kezelésében szerzett tapasztalataim.

Irta: *Szabó Károly dr.,* sebész-főorvos.

Az átfuródásos hashártyagyulladás műtétében a szerzők általában megegyeznek. A műtét elvben a hasi üreges szerv, vagy szervrészlet kiirtásából vagy gondos fedéséből áll, amint azt a helyzet éppen megengedi. Annál nagyobb azonban a véleménykülönbség abban, mit kell tennünk magának a hashártyának általános genyes gyulladása ellen. Némelyek a hasürekeget kitörlik, kimossák, mások a mechanikus tisztító eljárásokon kivül fertőtlenítő folyadékot is öntenek bele (aether, aether-camphor, Pregel-oldat, rivanol, sósavpepsin stb.). Leújabban pedig a serumkezelés hódít. Ha az idevágó irodalmat átnézzük, még az ugyanazon eljárást követőknél is legellentétesebb eredményeket találun; még nagyobb az ellentét, ha a különféle eljárással dolgozók eredményeit hasonlítjuk össze, melyekben a 75%-os halálozástól a 4.5%-ig minden átmenetet megtalálunk.

Nyilvánvaló, hogy az összehasonlítási alapban van a hiba; azért mindenekelőtt egységes alapot kell teremtenünk.

Nem alkalmasak összehasonlításra a hosszú, lázas betegséget követő átfuródásos hashártyagyulladások (typhus), mert ezekben a védekezőképesség kimerülése miatt a gyógyulás reménye igen csekély. Hasonló a helyzet a bélelzáródásokat, kizáródásokat követő bélüszkösödésekkel járó átfuródások után is, mikor az amúgy is stercoraemiás beteg hasüregébe egyszerre igen nagy tömegű pangó béltartalom ömlik be. Ezekben az esetekben a legjobb kezelés is cserben hagy és csak kivételesen remélhető gyógyulás.

Tapasztalataim szerint ezzel szemben a nőgyógyászati hashártyagyulladások aránylagos jóindulatúságukkal tünnek ki.

Fedett és nyitott bélrepedésekkel, sebzésekkel járó hashártyagyulladások összehasonlítását viszont a mellékserülések teszik megbizhatatlanná, melyek gyakran súlyosabbak és életveszélyesebbek, mint maga a hashártyagyulladás. A gyomorfekélyátfuródás gyógyulási eredménye viszont a műtét nehézségeitől is függ, amit a fekély helye és mineműsége szab meg, azért csak igen nagy anyaggal zárhatjuk ki a könnyű, vagy nehéz esetek véletlen sorozatát.

Legalkalmasabb összehasonlítási anyag a vakbélperitonitis, mely aránylag leggyakoribb, előbetegsége igen rövid, tehát a betegek erőállapota és védekezőképessége rendszerint jó, a végrehajtandó műtét nem nehéz és a műtéti eljárás egységes, végül a hasüreg fertőzöttségi foka általában egyöntetű. Az itt szerzett tapasztalatainkat más eredetű hashártyagyulladások kezelésében is felhasználhatjuk, azért mi sem mond ellent, hogy gyógyítási eredményeink elbirálásakor a vakbélperitonitist fogadjuk el összehasonlítási alapul. Tisztázandó azonban a vakbélperitonitis fogalma.

Minden átfuródásos hashártyagyulladás létrejöttének előfeltétele egy üreges hasi szerv falának megszakadása és a nem csirátlan szervtartalom hasüregbe jutása. Ezt az előfeltételt a vakbélperitonitisben sem nélkülözhetjük, különben abba a hibába esünk, hogy eseteink számát és azzal együtt gyógyulási eredményeinket mérhetetlenül felnagyítjuk. Nem jelent még hashártyagyulladást a vakbélkörüli, vagy a szabad hasüregi savós, savós-genyes gyulladásos izzadmány vagy rostonyás lepedék még akkor sem, ha abból bakteriumok tenyészthetők ki. Sokkal nehezebb a kérdés elbirálása az üszkös esetekben. Valóban észleltem magam is általános, genyes vakbélperitonitist üszkös, de láthatólag még át nem fúródott féregnyulványgyulladással kapcsolatban, de ebben az esetben feltünő volt, hogy a szerv elvesztette eredeti duzzadt feszességét, összeesett, petyhüdt volt és az egyébként csillogó üszkös rész fénytelenné vált. Emellett a hasüregből mindenünnen híg genyes izzadmány ömlött elő, a belek belöveltek és bénultak voltak és a beteg műtét előtt is az általános genyes hashártyagyulladás jellemző képét mutatta. Az üszkös vakbél tehát fesztelenítődhetik átfuródás nélkül is a szabad hasüreg felé a szétfeszített finom szitaszerű szövetréseken át, de ezt mindig követi az egyébként pattanásig feszült féregnyulvány zsákszerű elpetyhüdése. Az átfuródással nem járó vakbélperitonitis megállapítását tehát a hashártyagyulladás általános hasüregi képe mellett az üszkös vakbél összeesésétől tenném függővé annál is inkább, mert ez a két tünet együtt jár.

Összehasonlításul éppen a nagyon tágan értelmezett vakbélperitonitisekre tekintettel igen fontos megadni az általános hashártyagyulladásos esetek száma mellett a sima és letokolt vakbélkörüli tályogos esetek számát is. Végül fel kell tüntetni a hashártyagyulladás fennálltának idejét is, csak így kerülhetjük el a korai, vagy késői műtétek véletlen sorozatának befolyását eredményeinkre.

Az eddig leírottak alapján legyen szabad saját gyógyító eljárásomat és eredményeimet ismertetnem.

A kisvárdai kórházban 1935. októberéig összesen 837 műtétes féregnyulvány esetet volt alkalmam végigészlelni és kis kivétellel magamnak operálni. Ezek közül 724 sima féregnyulványkiirtás volt. Ide sorozom az összes heveny és idült féregnyulványgyulladás eseteimet még akkor is, ha a hasüregben már izzadmányt találtam, vagy ha a féregnyulvány fala már üszkös volt, de még nem volt összeesett, vagy átfúródott. Vakbélkörüli tályog 46 (5.5%) volt és általános genyes hashártyagyulladás 67

(8%). A 724 szövődmény nélkül operált közül 3 beteget veszítettem el, 1-et varratelégtelenség, 2-t tüdőgyulladás miatt. A 46 vakbélkörüli tályogos betegemen általában tályognyitást, de néha appendektomiát is végeztem, ha a féregnyulvány könnyen kivehetőnek látszott. Összesen 4 beteget veszítetem el (8.7%), kik közül 3-on féregnyulványkiirtást végeztem. Ezek igen gyors lefolyású általános hashártyagyulladásban pusztultak el. Ujabban ezért csak tályognyitást végzek és a féregnyulványt tályogos esetekben csak akkor veszem ki, ha már a leválasztás közben bukkanok tályogra. Az ilyen esetekben követett eljárásomat alább irom le.

A 67 vakbélperitonitises betegem közül 13-at veszítettem el, ami 19.4% összes halálozásnak felel meg. Ha azonban az 1932. előtti eseteimet a későbbiektől különválasztom, szembeszökő különbség észlelhető. 1932. előtt 23 esetem volt, kik közül 10 halt el (43.5%), 1932. után 44 beteget volt alkalmam operálni, csupán 3 veszteséggel, ami 6.8%-os halálozási arányt jelent. 44 gennyes hashártyagyuladásos beteg közül ilyen kis veszteség kétségtelenül nem véletlen műve és jogosan hozható összhangba az 1932-ben bevezetett kezelési eljárásommal.

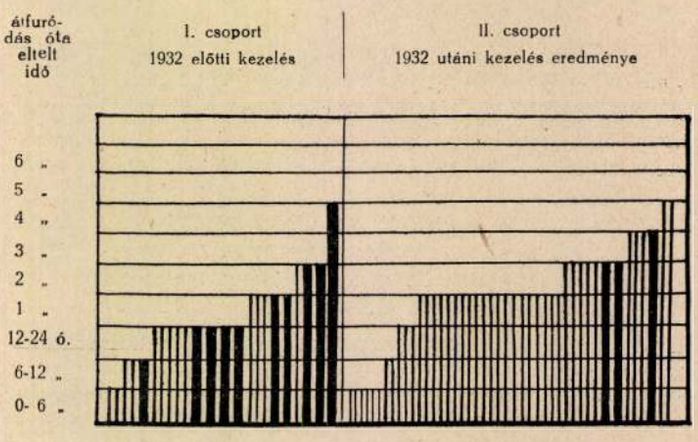
Régebben a gyulladásos izzadmányt kitörültem, majd a hasüreget 0.9%-os konyhasóoldattal mostam ki. Eredményeim elképesztően rosszak voltak (kb. 60%-os halálozás). Megjegyzem, hogy műtétileg mindig gyökeres megoldásra törekedtem épp úgy, mint ma. Később a konyhasóoldat helyett a hasüreget rivanollal öblítettem ki, mire eredményeim határozottan javultak. Nyilvánvalónak látszott azonban, hogy a rivanol egyszerű beöntésével nem érhető el kellő csiraölő hatás, hiszen a has bevarrásakor a rivanol nagy része kifolyik, veszendőbe megy. Igyekeztem tehát a hasüregben lehető nagy mennyiségű rivanolt benntartani, amellett a hasi izzadmányt lehetőleg kiemelni, hogy az a rivanolt ne hígítsa fel túlságosan. A túlságos mechanikus izgatás a savóshártya védekezőképességét igen csökkenti, azért a hasüreg kitörléséről annak kiitatására tértem át. Eljárásom tehát véglegesen így alaklut ki:

A féregnyulvány kiirtása után a savóshártyát kimélve a Douglast óvatosan steril csikkal itatom ki, a hassebet egy jodoform gézzel burkolt szádlóig elvarrom, majd a szádlón át a hasüregbe 120—180 ccm 1‰-es rivanolt fecskendezek be. A gumi végéhez rendszerint hozzáfekszik egy bélkacs és azt szelepszerűen elzárja úgy, hogy csak kevés visszaszivárgás történik. A továbbiakban a beteg a hashártyaizgalmi tünetek visszafejlődéséig naponta 3-szor 0.5 gm chinint kap izomba (s. Kaczvinsky) és a hasfalra jégtömlőt teszünk. Feltünő, hogy a betegek toxikus állapota milyen gyorsan javul. Másnapra az izomvédekezés is rendszerint megszünik és a második, harmadik napra a bélműködés magától megindul. Ha a bélbénulás a harmadik napra sem oldódna és a beöntések is sikertelenek maradnak, 0.5 ccm. glanduitrint adunk érbe 20 ccm. fisiológiás oldatban hígítva, mit pár perc után beöntés követ. Erős hallható bélmozgás után pár perc mulva rendszerint bőséges kiürülés következik be. Egy alkalommal megkiséreltem a hasat a rivanolbefecskendés után tökéletesen elzárni, de ezt a betegemet elveszítettem (a három elhalt közül ez az egyik). Azóta nem törekedtem tökéletes hasfalvarratra, sőt a hashártyát 2 izomvarrattal, az izomhártyát 2 bőrvarrattal öltöm át. A szádló helyén visszamaradt kb. 2 hétig genyedző sipolyt nem tekintve a hasseb rendszerint elsőlegesen gyógyul, azonban hasfali sérv csaknem mindig fejlődik idővel.

Az eljárás lényegét így foglalhatom össze: appendectomia, serosa kimélés, Douglas kiitatás, burkolt drénig laza hasfalvarrat, drénen át rivanolbefecskendés, jégtömlő, chinin.

Operativ vakbél esetek száma		Megoszlás	összes	%	Meghalt	%
Összesen	837	sima	724	86.5	3	0.41
		tályogos	46	5.5	4	8.7
		szabad perforált	67	8	13	19.4
1932 előtt	405	sima	370	91 3	3	0.8
		tályogos	12	3	1	8.3
		szabad perforált	23	5.7	10	43.5
1932 után	432	sima	354	82	—	—
		tályogos	34	7.8	3	8.8
		szabad perforált	44	10.2	3	6.8

A sima és szövődményes operativ féregnyulvány gyuladásos eseteim és azok gyógyulási eredményeinek kimutatása. Az 1932 előtti eseteimet az 1932 utániaktól különválasztva is közlöm.



A vonalak magasságai az átfúródás óta eltelt időt mutatják, vastagabb vonalak az elhaltakat jelzik. I. csoport az 1932. előtti, II. csoport az 1932. utáni kezelés eredményét mutatja.

Kimutatásomban nem szerepel az a sok száz hasi műtétes beteg, kiken a rivanolt hasonló elvek alapján alkalmaztam. Igy az összes gyuladásos féregnyúlvány eseteimben, ha a hasüregben gyuladásos izzadmányt találtam, vagy ha a bél fala üszkös volt. De alkalmaztam az összes hasi műtétjeim alkalmával is, hol műtét közben átmenetileeg nem steril helyen kellett dolgozni (ygomor és bélresectiók, gyulladásos epehólyagműtétek stb.) vagy ha a műtét valami ok miatt igen sokáig húzódott, végül ha a műtét közben letokolt tályogra bukkantam. Az előbbi esetekben a legjobb eredményeket értem el, a szabad hasüreg felől műtét közben megnyilt tályogok esetén azonban csak egy kis technikai javítással sikerült határozottan jó eredményt elérnem. Eleinte a tályogüregbe helyezett burkolt gumi szádlón át fecskendeztem be a rivanolt szokott módon, de pár betegemet elvesztettem hashártyagyulladás miatt. A beáramló folyadék szétvitte az erősen virulens gennyet a hasüregbe. Később a tályogüreget szádoltam, de ezenkivül egy másik csupasz drént is helyeztem a hasüreg egy távolabbi, nem gyulladásos helyére és ezen át fecskendeztem be a kellő mennyiségű rivanolt. Ezt aztán kihúztam és a hasat a burkolt szádlóig elvarrtam. Azóta 9 idevágó esetem gyógyult meg, veszteségem egy sem volt. Ezen esetek között nemcsak vakbéleredetű tályogok szerepelnek).

Egyéb eredetű hashártyagyulladásos kezelési eredményeiben ugyancak észlelhető határozott javulás. A régi kezelés szerint 9 gyomorfekély, 2 nőgyógyászati átfúródásos, 13 bélsérüléses hashártyagyulladást operáltam, összesen 24-et. Ezek közül 6 beteget veszítettem el, (25%) Az új kezelés óta 10 gyomorfekély, 9 nőgyógyászati átfúródásos, 9 bélsérüléses hashártyagyulladás esetem volt, összesen 28, melyek közül 4 beteget veszítettem el (14.2 %-ot). Ezek között egy 6 napos duodenalis fekély átfúródás és egy tüdő és lép sérüléssel járó gyomor lövési

sérülés is volt. Az eredmények jobbak, de ezek a hashártyagyulladások mint fentebb is kifejtettem, összehasonlításra nem alkalmasak.

Az átfúródásos hashártyagyulladás rivanolos kezelése nem új keletű. *Katzenstein, Peritz, Bloss* stb. és legújabban *Vorschütz* foglaltak már állást mellette és ha jobb gyógyulási eredményekről van szerencsém beszámolni, azt nemcsak magának a rivanolnak, hanem a kezelés kivitelének is köszönhetem. Eljárásom a régi öblítéses módszereket kétségtelenül felülmúlja és az eddigi kémiai desinficiens eljárásoknak is felette áll, melyek között *Schönbauer* érte el a legjobb eredményt a sósavpepsin beöntéses eljárásával, halálozási arányszáma mégis nagyobb az enyémnél (12.8%). Ujabban a serumkezelés kel méltó versenyre. *Kunz, Krabbel, Gundel* 10.8%-os, *Erkes* 8%-os, *Riemann* 4.5%-os halálozási arányai a serum diadalmas útját jelzik. Az én 6.8%-os eredményemet csak a *Riemanné* múlja felül, azonban hangsúlyoznom kell, hogy míg *Riemann* 1022 esetéből 244 volt hashártyagyulladás, tehát az esetek 23.6%-a, addig az én 837 esetemből csupán 67 volt peritonitis (8%), így nyilvánvaló, hogy kimutatásomból a sorozatosan gyógyuló könnyű esetek hiányzanak, a hashártyagyulladás iránti követelményt szigorubban állítottam fel, mint Riemann. Nyugodtan állíthatom tehát, hogy eljárásom a serumkezeléssel legalább is egyenrangú, de annál sokkal egyszerűbb, olcsóbb és veszélytelenebb.

Nem akarok ezzel a serumkezelés ellen állást foglalni, mely ugyancsak jó és eredményeiben fejlődés észlelhető, de határozottan rá óhajtok mutatni arra, hogy a hashártyagyulladás kezelésében nem egyetlen járható út a serumkezelés, sőt talán nem is a legjobb út.

Mindig lesznek elhanyagolt esetek, hol a folyamat előhaladása többé már nem állítható meg és lesznek gyógyulásra képtelen szervezetek, de az átfúródásos hashártyagyulladás ma már mégis gyógyítható betegségnek látszik és a betegek nagyrésze már nincsen a véletlen szerencsének kiszolgáltatva. Még nagyobb azon betegek száma, kiket a rivanol előzetes alkalmazásával megóvhatunk a peritonitis haláltól.

A Batizfalvy-sanatorium közleménye (Igazgató főorvos: vitéz Jancsó István).

Lelki ártalom szerepe szervi, agyi megbetegedések kórelőzményében.

Irta: *Hajós Sándor dr.*
az idegosztály vezetője.

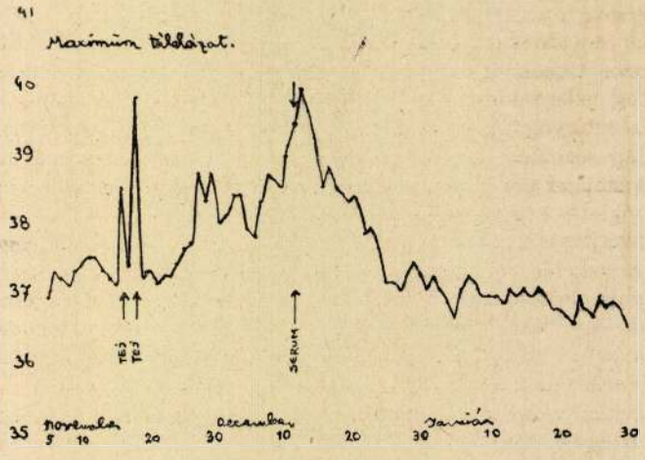
Mintegy két esztendővel ezelőtt közöltem „Enkephalitis kapcsán keletkezett depressio" két esetét,[1]) melyben rámutattam arra, hogy a heveny agyvelőgyulladás psychés tünetcsoportja megtévesztésig a depressio melancholica képét ölteheti fel. Részint a két eset egyikének (G. E.-né), részint később észlelt betegeknek kórelőzményei adatait boncolgatva, azt a megfigyelést kellett tennem, hogy egyeseken nemcsak, kóros szellemi jelenségekkel indult és zajlott le az agyvelőgyulladás, hanem a psychopathiás tünetek megjelenését adaequat psychés ingerek előzték meg. E behatások, („psychés traumák") esetenként oly jelentősek voltak, hogy az őket időbelileg követő psychoneurotikus jelenségekkel szinte *logiaki láncot alkottak*. A sorrend tehát a következő volt: psychés ártalom, neurotikus visszahatás, psychosis, szervi tünetek jelentkezése, a szervi tünetek javulása, szellemi tünetek javulása, teljes gyógyulás (az Oppenheim-tünet még hónapokig—évekig kiváltható maradhat); illetőleg testi-szellemi tünetek romlása, halál.

Kérdésünk: okozati viszonyba hozható-e az elszenvedett psychés ártalom, az észlelt szervi, agyi megbetegedéssel?

A kérdés eldöntésének fontossága diagnostikus, prophylaktikus, esetleg therapiás, sőt forenzikus szempontból is figyelembe vehető.

I. 32 éves nő, két egészséges gyermeke van. Másodhónapos terhes. Terhességéig egészséges volt, azóta idegeskedik. Nem tud dönteni kiviselje-e magzatát vagy sem? Fél a szüléstől, de a műtéttől is fél. Kétségbeesésében megkísérli a terhesség megszakitását. Chinint vesz be, de az amúgy is deprimált asszony, a chinin okozta fejzúgás hatása alatt még izgatottabbá válik.

Felvétele alkalmával fél, hogy meg fog halni, könyörög, hogy ne operálják meg, de ha megnyugtatjuk, azért siránkozik, hogy a szülésbe hal bele. A vizsgálat szervi betegség gyanujeleit mutatja: a jobb nasolabialis redő elsimúlt, hasi reflex nincs, a jobb térd tünet élénkebb a balnál, az Achilles reflexek egy-egy clonoid rándulást adnak. Jobb oldalon Oppenheim-tünet jelezve, egyéb kóros reflex nincs. A következő napok alatt az Oppenheim-tünet mind határozottabbá válik, következetesen tonusos. Lumbalpunctiót végzünk. A víztiszta liquor erősen fokozott nyomással, sugárban ürül. Pándy: +++, Nonne-Apelt: +-+, összesfehérje: 0.31‰, sejtszám: 4,Wassermann próba liquorban is, vérben is: negativ. — A terhesség kérdése a következő napok alatt önként megoldódik, minthogy macerált magzatát, egy vizelési kisérlet alkalmával megszüli.



1. ábra.

Hangulata azonban mégsem változik. Továbbra is fél a most már fölöslegessé vált műtéttől, megváltozott állapotát nem veszi tudomásul, deprimált. Táplálkozása romlik. Kétszeri tej-befecskendés, jóllehet megfelelő lázreactióval jár, mitsem változtat állapotán, amely rendszeres lumbalpunctiók, sajátvér-, cylotropin-, omnadin-injectiókkal kezelés ellenére is, fokozatosan rosszabbodik. A depressióba *schizoid* elemek vegyülnek, autisztikussá, negativisztikussá válik úgy, hogy orrsondán át kell táplálni. Az *agyalapi gócok is* mindjobban belevonódnak a folyamatba: az arc „kenöcsös", lárvaszerű lesz, katalepsiás jelenségek mutatkoznak, a vizeletben pedig — átmenetileg — *cukor (1.3%)* jelenik meg! *Fehérvérsejtszám 13.000-ig szaporodik, vörösvérsejtsüllyedés 1 óra alatt 44 mm.* Oppenheim-tünet, anélkül, hogy a túloldalra is átterjedne, tovább is eröteljesen kapható. — A 17. napon *tarkómerevség*, majd *Kernig-tünet* jelentkezik annak jeléül, hogy a lobos folyamat ráterjedt a *meninxekre. A láz 38 C* fölé emelkedik és ez, mint napi maximum, állandósul. A conditio szinte napról-napra romlik, a pulsus gyengül, a teljesen zavart beteg testileg leromlott, zsirpárnái eltüntek, böre testszerte laza redőkbe emelhető. Ebben a kritikus állapotban, számolva esetleges súlyos reactióval is, *serotherapiát* kíserelek meg 20—20, összesen *80 ccm Pápay-féle strepto-staphylopneumococcus és grippe serumot* fecskendezünk a comb böre alá, megfelelő desenzibilizálás után. Másnap délelőtt a pulsus erősen romlik. Délután, javuló kardialis tonus mellett 39.9°-ig emelkedik a láz. Ez volt a „forduló pont". A hőmér-

séklet csökken, az agyburki jelenségek fokozatosan visszafejlődnek, a nyugtalanság, zavartság javul, az étvágy fokozódik, a katalepsia oldódik, a mimika kezd visszatérni. Két héttel a serum injectio után a még mérsékelten fennálló schizoid színezetű depressio hirtelen, déltől estig, szinte átmenet nélkül feltisztul. Rövid reconvalescentia után a beteg teljesen meggyógyult.

II. 21 é. férfi. Bátyja neurotikus. Apja néhány héttel ezelőtt szívbajban meghalt. A fiut, aki apja kedvence volt a haláleset mélyen megrendíti. Elkeseredését fokozzák a hagyaték körüli harcok. Nem képes megnyugodni, de izgatottságát a család természetesnek ítéli. Lehangolt, étvágytalan, csakhamar arról kezd panaszkodni, hogy fejét „furcsának" érzi, gondolkozása zavart, úgy érzi, mintha második énje is volna. Időnként izgatottá válik, üldöztetéses, meglopatásos jellegü téveszmék kinozzák. Mind zavartabb lesz, sugallatokat hall, ezért 3 héttel apja halála után osztályunkra kerül.

Zavaros viselkedése itt is tovább tart, nyugtalan, ágyából minduntalan fel akar kelni, az ajtót lesi és ha módjában áll, az ajtó kilincsét fogdossa. Fejét, homlokát stereotypiásan simogatja, tapogatja. Viselkedése *ködös-állapot szerü*, révedezéséből csak ismételt rászólásra tér magához, ilyenkor értelmes válaszokat ad. A jobb nasolabiális redő elsimultabb, az agyidegek egyébként rendben. A felső végtagokon sem motoros, sem reflexes eltérés nincs. Hasi reflexek: a jobb felső gyengébb, mint a bal, az alsók nem válthatók ki. Mindkét térdtünet élénk, a jobb Achilles élénkebb, mint a bal. Jobb oldalon erőteljes Oppenheim-tünet.

A beteget három héten át észleltem, az első két héten subfebrilis volt (37.6°-ig), a harmadikban láztalanná vált. *A högörbének szinte kongruense a szellemi kép*, avval együtt ingadozik. Távozásakor a ködös állapot, bár sokkal enyhébb alakban, de megvolt, kezdetben panaszolt főfájásai csökkentek, Oppenheim-tünete ugyancsak az utolsó héten nem volt többé kiváltható. Az ezutáni kórlefolyást a beteget tovább is észlelő *Herzog professzor úr* szives közléséből tudom: lázas-láztalan ingadozások után, végül is magasra szökött lázban, *katalepsás* jelenségek támadtak és ilyen állapotban következett be a halál.

III. 55 éves magánzó nő. Hozzátartozói elmondják, hogy férje 1920-ban, elmeintézetben halt meg. Azóta szüntelen anyagi gondokkal küzd, örökségére igénylő jelentkezett, aki a perek sorozatát indította ellene, amelyek életét feldúlták, idegrendszerét megviselték. Az utóbbi hetekben úgy látszott, hogy a pereskedésnek vége szakad, de a beteg ezt már nem hiszi el. Az izgalmak, csalódások bizalmatlanná tették és fokozódó szorongással figyeli ügyének fejleményeit.

Ebben a légkörben kezdődik idegbetegsége. *Nyugtalanná* válik, mindig menni akar, sokat beszél. Állapota másfél héten át *hullámzik*, majd nyugtalansága fokozódik. Fél, hogy bolondnak tartják, bolondokházába szállítják, hozzátartozóit követeli. Csillapítószerekre elalszik, de rövidesen felébred, sikoltozni, dulakodni kezd, majd kissé lecsillapodva imádkozik, énekel. Ilyen állapotban szállítják este a szanatoriumba.

Nagyfokú psychomotoros nyugtalanság észlelhető a betegen, hangoskodik, a *törvényszékre* akar menni, alig tartható ágyban. Csillapítók csak átmenetileg nyugtatják meg, kábulatából rövidesen felébred, *lármázik*, áthatható hangon sikongat, ápolónőjét leszúrással fenyegeti, tanukat hív a törvényszékre és kérdezgeti, hogy bün-e, ha valaki mezitelenül megy oda. Folytonosan tárgyalásról, pereskedésről, tanuzásról beszél.

Másnap délelőtt testi vizsgálatot végzünk. Pupillák, agyidegek viselkedése nem értékelhető. *Hasi reflexek nem válthatók ki.* Élénk patellák, Achilles reflexek rendben. *Oppenheim-tünet*: a jobb alsó végtagon erösen, a balon jelezve kapható. Babinski (mint előző két betegünknél is),: **0.** Hőmérséklet reggel **37.4°**, este **38.8°**. Nyugtalansága nem szünik, gyógyszerek alig befolyásolják. — Éjjel Cheyne-Stokes légzés támad. A pulsus csupán reggel kezd hirtelenül romlani, majd néhány perc mulva *meghal* a beteg.

Eseteinket egybevetve megállapíthatjuk, hogy valamennyi kétségtelenül *szervi, agyi megbetegedés* volt, amelyek testi tüneteinek jelentkezését hetekkel, esetleg hónapokkal előzték meg a *psychére ható feltünő, differens ingerek*. E lelki traumák kezdetben maradéktalanul indokolták a *reactiv neurosis*-nak látszó képet, amelynek diagnostikai következetességét csupán az idegrendszer részéről kimutatott, *szervi megbetegedésre utaló jelenségek* észlelése zavart meg.

E jelenségeknek a kórelőzmények adataival összhangba hozhatósága attól az elvi kérdéstől függ, vajjon:

I. Lelki történések, érzelmi folyamatok befolyásolják-e, befolyásolhatják-e szervek működését és ha igen,

II. elérhet-e ez a befolyásolás oly mértéket, amely az érintett szervek megbetegedésére vezethet?

Az első kérdéssel már régóta foglalkozik az élettan. *Pawlow* klaszikus kutyakisérleteiből kitünik a *gyomornedvelválasztás* psychés úton elérhető befolyásolhatósága, *Mosso, Lehmann, Hans Berger* pedig az érzelmek által kiváltott szervreactiókat vizsgálva észlelték, hogy azok nemcsak az *erek* összehuzódási állapotát változtatják meg, hanem az *agyállomány* térfogatát is növelik.[2] Az érzelmek okozta szervreactiók mechanizmusával bőven foglalkozik *Ranschburg*, aki az „Emberi elmé"-ben kritikusan ismerteti *Lange, James* és *Lehmann* elméleteit. E szerzők felfogásában, szempontunkból csupán annyi a különbség, hogy az előbbiek az edénymozgató központ okozta érzetek *következményének* tekintik az érzelmeket, míg *Lehmann* megfordítja a sorrendet. *Ranschburg* szerint az indulatok, hangulatok szervérzeteit és szervreactióit a vegetativ és endokrin rendszerek kölcsönhatásai idézik elő. *Glasner*[3]) hypnosisban indulatokat suggerált és ezzel kapcsolatban azt találta, hogy a *vér calcium-szintje* emelkedett, majd megnyugtatás után ismét a rendes értékre süllyedt vissza. Ezt *Tomasson* megerősítette. *Hackebusch* indulatbahozott egyének vizsgálata alkalmával *a vércukor* értékének emelkedését észlelte. Ugyanezt találta neurotikusokon, hysteriásokon és szervi idegbetegeken is. (kivétel a schizophrenia és idült enkephalitis).[4] Magam egy, a belgyógyásztól negativ lelettel küldött, súlyos hypochonder, neurotikus egyén cisternájából nyert liquoráról kaptam (egyébként rendes reactiók mellett) oly *magas liquorcukor* értéket, (a normál 0.05—0.08% helyett 0.125 %-ot, vizsg. *Sümegi*), hogy elnézett cukorbajra irányult a gyanu. A vizeletvizsgálat ezt 1.5% cukorértékével látszólag támogatta. Vércukor: 0.14. A következő, majd későbbi napok ellenőrző vizeletvizsgálatai azonban eloszlatták kétségeinket, mert *soha többé* nem volt a vizeletből cukor kimutatható.

Minthogy a mondottakból nyilvánvaló, hogy a központi idegrendszer objective észlelhető működésváltozással vesz részt az egyén érzelmi életében, az első kérdésre igenlő választ adhatunk: *érzelmi folyamatok befolyásolhatják és befolyásolják is a szervműködést.*

Hogy ez a psychés befolyásolás elérhet-e olyan mértéket, amely az érintett szerv — adott esetben az agyvelő állománya — *megbetegedésére* vezet, minden egyéb ártalom biztos kizárhatása mellett, kérdéses, de teljesen *nem tagadható*. Az említett kisérletes és tapasztalati példákon láttuk, hogy az indulat által befolyásolt szervműködés nem tartja tiszteletben *az élettanit a kórostól elválasztó határvonalat*. Ugyanezt láttuk betegeink kórképének kialakulásán is. Hogy mégis óvatosak vagyunk a kérdés megválaszolásában, azt eseteink csekély száma magyarázza.

Nehezíti klinikai állásfoglalásunk biztonságérzését az a tény is, hogy *az agyvelőgyulladás fertőző kórokozója is még vita tárgya. Economo*[5] állítja, *Baló*[6] tagadja, hogy azonos volna az influenza kórokozójával. *Utóbbi* szerint az influenzás fertőzés csak elősegíti az enkephalitis virusának támadását, (ellenállás csökkenés? virulentia fokozás?) de a virust (filtrálható?) ezideig nem sikerült biztosan kimutatni. Feltételezi, hogy az emberek nagyobb hányadának szájgaratüregében inactiv állapotban van mindaddig, míg nem activálja valamely külső körülmény.

Ha e feltételezések csak megközelítőleg is beigazolódnak, úgy valószinü, hogy psychés támadások folytán fokozottan és minőségileg is megváltozottan dolgozó agyvelő ellenállóképessége egyrészt *lecsökken* bakterialis, ill. toxikus támadásokkal szemben, másrészt e reactiók által

okozott, szinte *praeinflammatorikus állapot* kedvező talajt is szolgáltat ilyenirányú támadás eredményes keresztülvitelére.

Összefoglalás: Eseteink kórelőzményei adataiban oly lelki sérelmek szerepeltek, amelyek érzelmi reactiói a fellépett psychoneurotikus tünetcsoportba szinte *folytatólagosan* mentek át. Bizonyos azonban az is, hogy noha egyik eset kórelőzményében sem szerepelt, gondos ezirányú kikérdezés ellenére sem „hülés", influenza gyanus, vagy egyéb fertőző baj, mégis valamennyi abban az időszakban lépett fel, amelyben sok influenzás megbetegedést észleltünk. Feltételezzük tehát — és ez egyben válaszunk is bevezető kérdésünkre, — hogy: az elszenvedett súlyos lelki ártalmak következtében, megváltozott chemismussal dolgozó, a functionális reactiókkal hihetőleg túlterhelt, tehát ellenállóképességében lecsökkent központi idegrendszer „locus minoris resistentiae"-ként szerepelt a fertőző behatással szemben és arra lobos megbetegedéssel válaszolt.

Elgondolásunk szerint tehát *a psychés és organikus ártalmak együtthatásának* eredményeként keletkezett eseteinkben az agyvelőgyulladás.

Irodalom: 1. Therapia, 1933. 9. szám. — 2. *Zuntz-Loewy:* Lehrbuch der Physiologie des Menschen. — 3. *Kroll:* Neuropathologische Syndrome. — 4. l. c. — 5. *v. Economo:* Encephalitis lethargica. — 6. *Baló:* A láthatatlan kórokozók. 1931.

Az O. T. I. pestújhelyi kórháza sebészeti osztályának közleménye (főorvos: Sebestyén Gyula egyet. magántanár).

A cormotyl therapiás alkalmazása.

Irta: *Kacsmár Sándor dr.*

Analepticumok synthetikus előállítására irányuló kísérletek oly megbizható, gyorsan és biztosan ható, szerre törekszenek, amely a vérkeringés és légzőcentrum veszélyezettsége esetén eredményes fegyver az orvos kezében.

Sehol sincs oly tág tere az analepticumok alkalmazásának, mint éppen a sebészetben. Gyakran már maga a narcosis is alkalmat szolgáltat erre, mert a narcosis szabályainak szigorú szemmeltartása mellett is ki vagyunk téve a szív, vagy a vasomotor- és légzőcentrum fenyegető bénulásnak, amit azután a műtéti trauma, s a műtétet kisérő jelenségek, mint vérveszteség, a hőregulatio, bőrlégzés, stb. zavara csak tetézni szokott.

Kórházunkban, ahol főleg a tüdősebészet körébe vágó műtéti anyaggal rendelkezünk, számos alkalommal volt módunkban észlelni a Chinoin gyár által előállított hazai analepticumnak, a *cormotylnak* jó hatását olyan esetekben, ahol akár a szív heveny elégtelenségének, akár az érmozgató és légzőcentrum bénulásának fenyegető tüneteit láttuk. A cormotyl, a pyridin β carbonsavdiaethylamidnak 25%-os vizes oldata. Viztiszta, szintelen, szagtalan, kissé kesernyés, coffeinre emlékeztető izü oldat, melyet a gyár ampullákban injectiós használatra és cseppekben belső használatra hoz forgalomba. Intravenás és intramuscularis, vagy subcutan befecskendezésre egyaránt alkalmas. Vizes oldat lévén, felszívódása biztos és gyors. Toxicitása csekély, csak a therapiás adagot messze meghaladó mennyiségben okoz centralis, kérgi eredetű görcsöket. *László* tengeri malacokon és nyulakon végzett kisérletei szerint emberen 17 ccm intravenásan adva fokozná a reflexingerlékenységet. Pharmakodynamikai vizsgálatok szerint cormotyl a szívre és a vasomotor-légzőközpontra camphorszerű izgató hatást fejt ki. Therapiás alkalmazása tehát főleg azon esetekben indokolt, ahol akár a szív, akár az érmozgató centrum bénulása folytán acut vérkeringési elégtelenség áll fenn. Az edényeket tonisáló hatását osztályunkon 12 esetben volt alkalmunk észlelni *műtét közben beálló vérnyomássüllyedés esetén.* A műtét egész tartama alatt állandóan ellenőriztük a vérnyomást. Elhúzódó műtétek alkalmával, ha a beteg vérnyomása 80 Hg/mm., vagy az alá szállt, cormotylt adtunk intravenásan és intramuscularisan. Megfigyeléseink szerint 2 ccm cormotyl intravenás befecskendezésére már 30 másodperc után a vérnyomásgörbe hirtelen meredeken emelkedett, átlagosan 20—35 Hg/mm-t. Intramuscularisan adva a hatás 2—3 perc múlva jelentkezett. A vérnyomásgörbe lassúbb emelkedése mellett 5—10 perc múlva érte el a csúcspontot, rövidebb-hosszabb ideig egyszinten mozgott, utána kisebb, 5—10 Hg/mmes esés következett, majd ezen a szinten állandósult 1—2 órára, amikor újabb lassúbb sülyedés volt észlelhető, de 100 Hg/mm alá órák múlva sem esett a vérnyomás.

A vérnyomás emelkedésével a betegek pulsusa is javult. A kis hullámú, lágy, szapora pulsus percek múlva erőteljesebb, teltebb lett, az érlökések száma csökkent, fokozatosan és tartósan, a normalis számot megközelítőleg. Egy esetben a műtét közben alacsony tensio mellett ritkuló pulsus percek alatt 124-re emelkedett, majd fokozatosan csökkenve, 105 Hg/mm-es tensio mellett 108-on állandósult a műtét egész ideje alatt.

Három izben a műtétet közvetlenül követő *collapsus* esetében alkalmaztuk a cormotylt. Thoracoplastica után hirtelen beálló vérnyomássüllyedés, kicsi, alig tapintható, nem számolható egyenetlen, arythmiás pulsus, teljes vasomotorbénulás, hideg végtagok és bőr, hideg verejtékezés, felületes, szapora légzés mellett 5 ccm cormotylt injiciáltunk intravenásan. Az injectio után már néhány perc múlva a vérnyomás hirtelen emelkedésétől kisérve a pulsus fokozatosan javult, erőteljesebb, teltebb lett, száma csökkent, a légzés ritkábbá és mélyebbé vált; a hatás kb. egy óráig tartott, amikor is az adagot újból eredményesen megismételtük. Két-háromszori intramuscularis megismétlés után a beteget sikerült a kritikus időszakon átsegíteni. Infusiókat adva 12 óra alatt a vasomotorbénulásos tünetek teljesen elmúltak, szivmunka és légzés rendeződött.

Huzamos altatás után a beteg *gyors ébresztése* végett is alkalmaztuk a cormotylt. Percek mulva látható volt a hatás. A mély narcosisban ellanyhult izomtonus, csökkent vagy kimaradt reflexek fokozatosan visszatértek, a beteg nyöszörögni, külső ingerekre reagálni kezdett és hamarosan felébredt.

Műtét után szivgyengeség jelei esetén naponta két-három izben 2—2 ccm cormotylt adva intramuscularisan, minden esetben kielégítő eredményt értünk el.

Tüdőműtétek utáni pulmonalis szövődmények, bronchitis, bronchopneumonia, specifikus infiltratiók esetében, mikor mind a légző apparatus, mind a szív erősen igénybe van véve, cormotyl alkalmazásától szintén jó hatást láttunk. A pangó hörgi váladék kiürítése könnyebb, a légzés szabadabb, a kinzó köhögés ritkább és enyhébb lett. Egyik esetünkben, bronchiectasia miatt végzett alsó lebeny-exstirpatio után a tüdőbeli következményes pangás, rossz circulatio és ventillatio, az ép tüdőrészek zsugorodása, amit fokozott az, hogy a műtétet több szakaszban végeztük, makacs pangásos bronchitist tartott fenn, állandó, nyákos-habos, nem genyes, kinosan felköhögtető, 100—200 ccm napi köpetmennyiséggel. Huzamosabb időn keresztül megkisérelt mindenféle therapiás beavatkozásunk meddő maradt. Mivel az egyébként is ideges beteg minden injectiótól irtózott már, cormotylt adtunk belsőleg, naponta 3x20 cseppet. Egy heti használat uán a köpetmennyiség

napi 30—40 ccm-re csökkent, hurutos tünetei nagyrészben tüntek, váladékát könnyen köhögte fel.

Deprimált kedélye megváltozott, élénkebb, vidámabb lett, önbizalmát visszanyerte és végül gyógyultan hagyta el osztályunkat.

A pangásos bronchitiseket cormotyl kedvezően befolyásolja, nemcsak az általános keringés és szellőzés javitásával, hanem magának az izzadmánynak csökkentésével is. Ezáltal enyhül a köhögési inger, ami a betegek közérzetére is jó hatással van.

Épen ezen therapiás hatása miatt használjuk a *gangraenások, bronchiectasiások, chronikus tüdőgenyedésben szenvedők következményes hurutjának kezelésében.* A cormotyl itt valószinűleg nemcsak a szivre és a vérkeringésre, hanem a bronchusfal sima izomzatára is hat és annak tonusát leszállítva a pangást csökkenti s egyben a tüdő capacitásának növeléséve' a légtelenségből eredő dyspnoet megszünteti. Ezt látszik igazolni *László* klinikai észlelése, aki asthma bronchiale roham ellen alkalmazta a cormotylt sikeres eredménnyel.

Kellemetlen mellékhatást kifejezetten nem észleltünk. A betegek az injectiót úgy subcutan, mint intramusculárisan adva jól türték, fájdalomról nem panaszkodtak. Megismételt intravenás injectiók után rövid ideig tartó, enyhe szédülésen kivül más kellemetlen hatást nem láttunk. Két esetben huzamosabb belső adagolás mellett egyik betegünk ugyancsak szédülésről, másik a tarkó tájékra jelzett fejnyomásra panaszkodott; vérnyomásuk azonban nem változott. Minden olyan esetben, midőn a vérnyomás és a pulsus rendes volt, huzamosabb időn keresztül, egy-két heti cormotyl adagolás után sem észleltünk számottevő eltérést. Feltünő volt huzamosabb időn át cormotyl szedése után a betegek kedély- és hangulatváltozása; élénkebbek, vidámabbak lettek, önbizalmuk fokozódott. A hatás kétséget kizáróan a központi idegrendszer psychikus működésére gyakorolt enyhe, a coffeinhez hasonló izgalom következménye.

Hogy a cormotylnak a vérkeringési és a légző apparatusra egyaránt izgató hatása közvetlen-e vagy közvetett, azaz reflectorikus, — arra az általa előidézett functióváltozásból következtethetünk. Tudvalevőleg kétféle vérkeringési elégtelenséget különböztetünk meg, centralis és perifériás eredetűt. Centralis vérkeringési elégtelenségben a szív hajtóereje gyengül, mig peripherikus elégtelenségben az érmozgató központ által kormányozott véredényrendszer bénul. Természetesen a zavar sohasem szorítkozik csak az egyik vagy másik factorra, mert a keringési viszonyok bármilyen eredetű megváltozása maga után vonja az egész circulatiós rendszer zavarát. Therapiás szempontból azonban mégis fontos annak ismerete, hogy centralis vagy peripherikus elégtelenséggel állunk-e szemben. Mikor a szív munkája még kifogástalan s csupán a peripherián beállott zavar van előtérben, célszerűtlen a szív hajtóerejét fokozni(nem is lehet) itt a peripherikus érbénulás megszüntetésére törekszünk; viszont ha a szív hatóereje csökken s az értonus kifogástalan, vagy kevéssé bántalmazott a szív munkáját kell serkenteni.

A cormotyl központi izgató hatása az érmozgató és légző centrumra kétségtelen. A vérnyomás gyors sülyedése miatt előálló keringési zavart akkor, amikor még a szív egyébként kielégítően működik, tehát mikor tisztán a vasomotorcentrum bénulása áll fenn, kielégítően szünteti, az értonus emelésével a vérnyomást gyorsan és biztosan emeli. Coffeinszerűleg hat a nagyagykéreg centrumaira. Központi a légzőcentrumra gyakorolt hatása is. Egyesíti magában tehát a camphor és coffein központi hatását.

De hat peripherikusan magára a szívizomzatra is, mert a szív munkájának serkentésével a szív telődését, a percvolument növeli.

Mint erélyesen és biztosan ható analepticum, alkalmazásának tere elsősorban a vérkeringési rendszer heveny elégtelensége, vagy a légzőcentrum bénulásának fenyegető veszélye. Collapsus, műtéti shock, acut szívgyengeség, műtét közben beálló hirtelen vérnyomássüllyedés, narcosissal járó veszélyek esetében kitűnő eredménnyel értékesíthető. Műtétek előtt és után a szívműködés és vérkeringés zavartalan biztosítása céljából naponta szükséghez képest egyszer-kétszer alkalmazott 1—2 ccm cormotyl megfigyeléseinkben igen hatásos kardiotonicumnak bizonyult. De nemcsak acut vérkeringési zavarokban, hanem a kisvérköri pangás esetén is, mikor a szív és a tüdő munkája megnehezített (mint chron, borchitis, pneumonia, bronchopneumonia, chronicus tüdőgenyedésekhez társuló következményes bronchitisek esetében), naponta belsőleg 3-szor 20—30 csepp cormotyl a secretiót csökkenti, a köpet kiürítését megkönnyíti, miáltal a kinzó köhögési ingert csökkenti.

Osztályunkon az elért therapiás eredmények értékes gyógyszerré avatták a cormotylt, és azóta is állandóan sikerrel használjuk és úgyszólván nélkülözhetetlen már a therapiánkban.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Haemolysises-anaemiás tünetek lymphogranulomatosisban. *Singer.* (Med. Klin. 1936. 6.)

Lymphogranulomatosis esetét közli. A betegség kezdetén anaemia perniciosához hasonló kép volt jelen: hyperchrom makrocytosis anaemia, leukopenia hypersegmentált sejtalakokkal, fokozott serumbilirubin, indirect reactióval, urobilinogenuria és achlorhydria. Később hypochrom másodlagos typusú anaemiába ment át és a lymphogranulomatosis más tünetei is kifejlődtek. A kórismét boncolás is igazolta.

Az eset nem egyedülálló, az irodalom még 12 esetet ismer, ahol a lymphogranulomatosisban haemolysises-anaemiás tünetek voltak az előtérben.

Kleiner György dr.

A herpes simplex biologiája. *O. Naegeli.* (Münch. Med. Wschr. 1936. 9.)

A herpes simplexet ezideig a ragályos betegségek csoportjába sorozták. Ezen nézet ellen következő megállapitások szólnak: 1. A nemiérés befolyása a betegségre kétségtelen, nőkön gyakoribb, mint férfiakon. Nem ritka a familiaris előfordulás, a szülőkről egymásra azonban nem megy át. 2. A hólyagkiütés legtöbbször valamely külső vagy belső élményhez (gyomorbélzavar, menstruatio, testi megerőltetés, lelki izgalom) csatlakozva jelenik meg. Az egyéniség jelentősége, valamint a szeszélyesség a herpes manifestatióját illetőleg legjobban a vaccinás láztherapiában és a malaria-therapiában mutatkozik. Provocatióban a herpes nem a trauma helyén keletkezik (szemben a psoriasissal, börtbc. és börsyphilissel), az eruptio pedig rendszerint néhány nap alatt megszünik. 3. Szembeötlő a herpeshólyagok helyhezkötöttsége. Praedilectiós helyek a nyálkahártya és a bőr határa, a szájon és nemiszerveken, ritkábban az arcbőr, az ujjak és a glutaealis táj. Inoculatiós herpes kiujulásakor az exanthema szigoruan az eredeti területhez ragaszkodik, Thierschen-féle autotransplantatióban a hólyagkiütés a felhámtól megfosztott területen, nem pedig a jól megfogamzott transplantatumokban keletkezett. A herpesvirus helyhezkötöttsége gyermeken nem olyan kifejezett, mint felnöttön. 4. Meglepő az igen könnyü inoculatio mellett a spontán contactfertőzés hiánya. 5. Ha egy betegség folyamán herpes simplex keletkezik — elsősorban a pneumonia croupposát vizsgálták — úgy a betegség kedvező lefolyására számithatunk. Ugyanez áll a paralysis progressiva infectiotherapiája kapcsán megjelenő herpesre, valamint azon betegekre, kik már paralysisük előtt szenvedtek herpesben. Nem herpeseseken herpesinoculatiót végezve s utólag láztherapiával activálást előidézve, a neurolues még oly esetekben is kedvezően befolyásolható néha, melyekben az egyszerű láztherapia csődöt mondott. Herpesben szenvedők ritkábban betegednek meg neuroluesben,

mint nem herpesesek. Nőkön gyakrabban található herpes, mint férfiakon; a nők ritkábban betegednek meg tabes és paralysisban, mint a férfiak. Ugyszintén ritkább a positiv liquor cerebrospinalis syphilises nők, mint férfiak között.

Molnár István dr.

Sebészet.

A kardiospasmus okairól és kezeléséről klinikai tapasztalatok alapján. *A. Fromme.* Dresda. (Bruns Beitr. z. kl. Chir. 1935. 162. 3.)

Sok eset kapcsán arra utal klinikai tapasztalata alapján, hogy a kardiospasmus elöidézésében jelentékeny szerepe van az organikus okoknak és hogy 24 kardiospasmus esetében különféle kezelési methodusokat alkalmazott. Mindenekelőtt alkalmazandó methodus a mechanikus tágitás. Mint műtéti eredmény az oesophago-gastroanastomosis adja a legjobb végeredményt és leirja e mütét technikáját.

Kenessey László dr.

A műtéti fájdalom kirekesztése több eljárás együttes alkalmazása által. *Martin Friedmann.* Bohum-Langendreer. (Zbl. f. Chir. 1935. 49.)

Több különböző szer alkalmazásának nagy előnyei vannak az egy szerrel altatás felett. *Kirschner* szerint a fájdalomcsillapító szerek combinatiójának nagy előnye abban rejlik, hogy a különböző szerek gyakran igen szerencsés módon egészitik ki egymás hatását. A szerző több ilyen combinatiót ismertet, amelyek évtizedeken át beváltak.

Ma legnagyobb szerepe az evipan-nak van. 3100 evipan narkosis közül 880 hasimütétben, s ezek közül is 225 gyomor- és duodenum mütétben alkalmazott átlag 9.4 ccm evipánt. Minden mütétre kerülő beteget a következőképen készitik elő: előző este kap a beteg 0.75 veronált, kb. 75 perccel a mütét előtt 0.02 morphint + 0.001 atropint, s az operatio kezdete előtt 15 perccel a beteg korát és állapotát tekintve, ½—1 ccm eucodal, scopolamin, ephetonin combinatiót. (ESE schwach Merck). Ily előkészités mellett még igen hosszú mütétkor sincs szükség 20 ccm evipánnál többre.

Markovis Béla dr.

Aerokele cerebri. *E. Bode.* Hamburg-Eppendorf. (Zbl. f. Chir. 1935. 49.)

A koponyacsont sérülésekor levegő kerülhet a koponyaüregbe, amikoris aerokele cerebriről beszélünk. A levegő a foramen Magendin, IV. agykamrán, az Aqueductus Sylviin át a III. agykamrába, majd innen a foramen Monroin át az oldalsó agykamrába is bekerülhet, amit sokan traumás enkephalographiának neveznek. Háborús és sportsérülésekben elég gyakran előfordul, de sokszor a sérülés után csak hetek hónapok mulva diagnostisálják.

A szerző egy fiatal ember mütéttel gyógyult esetét ismerteti, amikor is a sérülés után hosszú ideig volt az orrnyilásból náthaszerüen liquorcsurgás, magas fejfájás, s csobogásérzés a fejben. Az aerokele cerebri diagnostisálásában a röntgenkép nélkülözhetetlen s ez pontosan megmutatja a léghólyag elhelyezkedését a koponyában.

Az irodalomban leírt esetek közül 10 spontán gyógyult, 2 meningitisben meghalt. A 21 operált eset közül 10 gyógyult, 11 meningitis miatt exitált.

Markovis Béla dr.

Szülészet.

A tubaátfúvó módositása. *Stephan-Noack.* (Zbl. f. Gyn. 1936. 3.)

Az eddig forgalomban lévő pertubatorok hátránya, hogy nem igazodnak a méhür nagyságához. Igy könnyen előfordul, hogy kis méh esetén az eszköz vége a mucosába benyomulva negativ pertubatiós eredményt ad. A *Noack* által módositott pertubáló eszköz 3 részből áll: golyófogóból, fémkanülből és különböző alakú és nagyságú toldalékrészekből. Ezek közül a toldalékrészek közül mindig a méh nagyságának megfelelő használható a vizsgálatra. Különböznek a toldalékrészek aszerint is, hogy a méhszáj milyen alakú. Mindegyik végén azonkivül még egy lapos fémlemez is van, mely megakadályozza azt, hogy az eszköz túl mélyen hatoljon be a méh üregébe.

Bäder Andor dr.

Az eklampsiás savó, liquor és vizelet tonusfokozó hatása. *Voicu és Purge.* Kolozsvár. (Rev. de Endocrinologie, Gynaecologie si Ostetrica. I. évf. 2. sz.)

Szerzők a béka nyelőcsövének kardia-táji izomgyürüjét különitették el, ennek összehúzódásait registrálták különböző közegekben: Ringer-oldatban, terhes és vajudó vérsavója, liquorja és vizelete hozzáadásával. A vajudó váladékaival erősebb összehúzódásokat észleltek, mint terhesével, az eklampsiások pedig 10—15-szörös értékeket adtak. Germekágyasok váladékai az 5. naptól kezdve nem tartalmazták a szerzők által contractil-tényezőnek nevezett sima-izom összehúzódást fokozó anyagot. Legtöbb hatóanyagot a serumban találtak. Végül kiemelik a hypophysis hátsó lebenyének és a parathyreoideának szerepét az eklampsia kóroktanában. Ajánlják a parathyreoidea calcium kezelését eklampsismusban és hangsúlyozzák a hypophysis hátsó lebeny készitmények ártalmas hatását eklampsiában, melyet az általuk végzett kisérletek is igazolni látszanak.

Boér László dr.

A menstruatio egyes tulajdonságairól a néphit és a tudomány tükrében. *Popoviciu.* (Rev. de Endocrinologie, Gynaecologie si Obstetrica, Kolozsvár, I. évf. 2. sz.)

Tudományos kisérletekkel igyekszik bizonyitani a néphit azon megállapitását, hogy a menstruáló nő kezében tartott virág igen hamar elharvad. Cyclamen-virágsorozatokat kezel menstruáló nő váladékaival (izzadság, vér vizelet) és arra a megállapitásra jut, hogy a menstruatiós váladékokban nagyobb mennyiségben jelenlévő és főkép az izzadságmirigyeken keresztül távozó cholin és kreatinin a növény belső fermentatiós folyamatainak megakadályozása által hozza létre annak elhervadását.

Boér László dr.

Szemészet.

A szem szöveti változásai elektromos áram behatására. *Kawahara.* (Acta soc. Ophth. Jajon. 39. k. 11. sz.)

Szerző a retinaleválás mütéti gyógyitásának hatásmechanismusát kivánja tisztázni normalis nyúlszemeken történő kisérleteivel. 1. az elektropunctio hatására a funduson papillányi tejfehér daganatos góc jelenik meg, melynek közepén vérzéssel körülvett punctiós nyilás van; az üvegtestben ritkán van vérzés, benne néhány gázhólyag látható. Szövettanilag: a szem három rétegét áthatoló sebcsatorna fibrinnel van kitöltve; környezetében duzzadás és elfajulás. A mütét után a fehér szín lassan átalakul sárgás vörössé; ugyanakkor kifejezett pigmentburjánzás indul meg. A központi vérzés felszivódik, helyén szürke folt marad meg, ilyenkor szövettanilag mindhárom rétegben sarjszövet található, mely hegesedésbe megy át; a retina elveszti jellemző felépitését, vékony kötőszövetes réteggé alakul és erősen összenő a nagy kerek pigmentsejtekkel beszürődött érhártyával.

2. Episkleralis diathermocoagulatio az előbbihez hasonló gócot hoz létre. Mindhárom rétegben duzzadás és elfajulás. Az érhártya hyperaemiás, helyenként vérzésekkel. Ritkán redős retinaleválás. A mütét után hasonló klinikai és szövettani elváltozások; de az előbbiben a chorio-retinalis összenövés erősebb, mint a diathermiás égetéskor.

Grósz István dr.

Vegyi eredetü szaruhártyasérülések egy kámforgyárban. *Y. Matsuoka.* (Acta Soc. Ophth. Jap. 39. k, 131, o,)

Formosában új kámfogyárat helyeztek üzembe s azóta nap-mint nap jelentkeztek munkások, akiknek szemén könnyebb-súlyosabb természetü szaruhártyabántalom volt észlelhető. A könnyebb esetek keratitis superficialis képéhez hasonlitottak, azonban sokkal kifejezettebb subjectiv tünetektől kisérve. A súlyosabb esetekben a cornea közepén nagy kiterjedésü hámdefectus volt látható. A tömegesen jelentkező bántalom okát még nem sikerült véglegesen kideriteni, de a vizsgálatok a gyártás alkalmával melléktermékként keletkező hangyasav, ecetsav és formaldehydben gazdag gázokban látja a bántalom eredetét.

Biró Imre dr.

Az iris ereinek elváltozása a különböző uveitisekben. *J. Meller.* (Ztschr. f. Aug. 1935. 240.)

Az ú. n. circulus arteriosus iridis major érfalállapotát vizsgálta histologiai metszetekben, melyek endogen uveitis, sympathiás szemgyulladás eseteiből származtak. Valamenyniben azt találta, hogy a kiserek lumene duzzadt sejtekkel elzáródott, az izomzat megvastagodott, amely organikus elváltozásokat toxikus eredetüeknek tart; minthogy pedig az endogen uveitisek ereinek szövettani képe azokat az elváltozásokat mutatja, mint a sympathiás szemgyulladásban, ebből is következik, hogy ez utóbbi is endogen alapon fejlődik ki traumák után. Az egyéb eredetü uveitisek képe más.

Weinstein Pál dr.

Urologia.

Új sebészeti beavatkozás a polycystás vese kezelésére. *A. E. Goldstein.* (Journ. of Urol. 1935. 34. 536.)

Lumbalis úton tárja fel a vesét. Majd decapsulálja, miközben megnyitja a felszinen levő cystákat. Ezután nephrotomiát végez az egész vesén keresztül, úgy, hogy a vesemedence ne nyiljon meg. Mindkét vesefelet a megfelelő hasfalhoz varrja ki úgy, hogy az öltések a vesén és a hasfalak összes rétegein keresztül hatolnak. A sebet 4 héten keresztül nyitva tartja tamponálás által, majd magától hagyja záródni, ami kb. 6—10 hetet vesz igénybe. A mütét széles heggel gyógyul, mely alatt közvetlenül fekszik az oda fixált vese. A mütét azáltal, hogy számos cysta megnyitására és drainezésére adott alkalmat azáltal, hogy a továbbiakban a vesét közvetlenül a bör alatt fixálja, újabb cysták képződése esetén lehetővé teszi azoknak közvetlen punctióját. A mütét indicatiója: a vesefunctio fokozatos csökkenése, a vese megnagyobbodása és nagy cysták által okozott fájdalom, haematuria, és mint utolsó lehetőség polycistás vese által előidézett uraemiánál és cománál. Egy esetben mindkétoldalt igen jó eredménnyel végezte ezt a mütétet.

Bodon György dr.

Kisérletek a jóindulatú prostata hypertrophia kezelésére. *W. M. E. Lower. — W. J. Engel. — D. R. Mc Cullagh,* (Journ, of Urol, 1935, 34, 670),

A herekivonat vagy a him patkányok vizeletében kimutatható hormon az „androitin" a patkányoknál prostata hypertrophiát idéz elő. Castrált patkányok prostatája atrophizál. Az androitin a hypophisisen keresztül hat azáltal, hogy ezt fokozott müködésre serkenti és ez utóbbi fokozott működés idézi elő a prostata megnagyobbodást. A here tubulusok sejtjeiből izoláltak egy hormont az „inhibin"-t, mely az androitinnak a hypophysisre gyakorolt hatását bénitani tudja és igy a prostata hypertrophia kifejlödését gátolni volna képes. 40 betegen próbálták ki ennek a hormonnak a hatását. 65%-ban határozott javulást tudtak észlelni a tünetekben. Residualis vizelet megszünt, hasonlóképpen a nehéz vizelés és a gyakori vizelési ingerek is. A prostata rectalisan vagy cystoskopiailag azonban nem mutatott kisebbedést. A hormon hatását ennek alapján nem tudják magyarázni.

Bodon György dr.

Bőrgyógyászat.

A kéz és láb mykosisai, különös tekintettel a gombás dyshidrosisra. *Ballagi.* (Med. Kl. 1935. 37. sz.)

A gombás dyshidrosis szerző szerint két csoportra osztható. Az első csoportot a typusos, jól körülírt, szövödmény nélküli mykosisok alkotják. Ide tartoznak: 1. trichophytia superficialis et agminata, mikrosporia, epidermophytia manus et pedis, 2. erosio interdigitalis (strandmykosis), 3. onychomykosis. A második csoportot alkotják a tulajdonképeni dyshydrosiformis és ekzematiformis folyamatok. E csoportba sorolhatók: 1. corymbiformis mykidek. Ezek a fenti három elsödleges folyamathoz társuló, többnyire lymphogen úton létrejött dyshidrosiformis exanthemák. Az elváltozásokban gomba ritkán található. Többnyire az erosio interdigitalishoz társul. 2. ekzematoid mykosis. Gomba kimutatható. 3. Ravaut-levurid. Kerek, ovalis ekzema en plaque-hoz hasonló, többé-kevésbbé infiltrált, élesen körülírt gócok. Gomba nem mutatható ki, de polyvalens vaccina positiv allergiás reactiót ad. 4. A dyshidrosis lamellosa sicca néhány esete. Ami a gombás dyshidrosis therapiáját illeti, szerző a polyvalens vaccinával elért gyógyulási eredményekre hívja fel a figyelmet. Különböző anilin festék-oldatok is az elváltozásokat előnyösen befolyásolják. Ezek között legalkalmasabb a Castellani által leirt resorcin-carbol-fuchsin festékoldat.

Gödény Sándor dr.

Szárnyas-tuberculosis bacillus által okozott általános mirigytuberculosis általános parapsoriasiform tuberculiddel. *Takeo dr.* (Derm. Wschr. 1935. 39. sz.)

Valószínü, hogy a kimutatható tyúktuberculosisok száma embereknél szaporodni fog, ha minden egyes bör-tbc esetén pontos bakteriologiai és állatkisérleti vizsgálatokat fognak végezni. 37 éves hivatalnok betegének részletes kórtörténetét közli 3 fénykép melléklettel, majd cikkét a következőkben foglalja össze: betegén, ki 3 év óta pityriasis lichenoides chronicához hasonló bőrbetegségben szenved, a hónaljnak tyúktojás nagyságú mirigyéből saválló bacillust tenyésztett ki. Ez a bacillus alaki és tenyésztési tulajdonságainál, főleg azonban a szárnyasokra gyakorolt erős pathogenitásánál fogva a tyúk tbc. bacillussal azonositható. A beteg egy bizonyos tyúktbc.-törzs Mantoux-methodussal történő injiciálására erős reactióval válaszolt localis fekélyképződéssel. Ugyanezen reactiók human-bovin és más törzsből származó szárnyas tbc. bacillussal, sőt magából a betegből tenyésztettel is gyengébb eredményt adtak. Ilyen intracutan ojtások többfajta antigennel — épp úgy, mint alttuberkulinnak subcutan injiciálására — a betegen az általános állapot zavara mellett a börkiütések fellángolását is előidézték. A Gerson—Sauerbruch—Hermansdorffer diaetás kezelés ez esetben is meglehetős sikerrel járt.

Fülöp Gyula dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Luftwege, Mund und Ohr. Diagnostik in Tabellenform. *Alexander Gemach.* (W. Maudrich, Wien, 1936.)

A szerző, akinek hasonló dispositiójú belorvostani müve (Diagnostik innerer Krankheiten in Tabellenform) 8 kiadást ért meg, most a felső légutak, a száj és a hallószerv bántalmainak diagnostikáját ismerteti 370, nagyrészt színes ábrával illustrált, 8 nyomtatott ivre terjedő és még 43 tabellát tartalmazó munkájában.

Munkájának első általános részében a szóbanforgó bántalmak kórtana és gyógyitása szempontjából különösen fontos körülményekre tekintettel rövid boncolástani és élettani összefoglalást nyujt, melyet az olvasó idevágó ismeretei repetitoriumának szánt, s ezt a célt tömör, de azért minden fontos körülményre kiterjedő leirásával s igen jól megválasztott, kitünően tájékoztató ábrák segélyével kiválóan oldja meg. Ugyanez mondható a szóbanforgó szervek vizsgálati módszereire vonatkozó fejezetre, amelyben a szakszerü müszeres vizsgálatok mellett a diagnostikai segédeljárásokra, a radiographiára, lumbalpunctióra, a liquor vizsgálatára stb. is kiterjeszkedik. Hangsúlyozza a felső légutak és a fül betegségeinek egymással, a szomszédos szervekkel és általános szervezeti bajokkal szoros kapcsolatát és a vizsgálat menetére igen tanulságos útmutatásokat ad.

A munka második részében 43 tabellán föképen elkülönitő diagnostikai szempontokból tárgyalja anyagát és a tankönyvek szokásos kereteit meghaladó módon oly ritkább kóralakokat is ismertet, amelyek épen az emlitett szempontból fontosak. A szokásos kórbonctani felosztáson nyugvó csoportositás mellett (alaki eltérések, gyulladások, daganatok stb.) egyes tabellákban kimagasló tüneteik alapján csoportositja a betegségeket, pl. heveny és idősült betegséggel járó gégebántalmak, heveny és idősült légzési nehézségeket okozó léguti betegségek, fülfájdalmak, fülfolyás, nagyothallás által jellemzett bántalmak stb. A különféle kórképek előterében álló tünetek e tabelláris összefoglalása rendkivül tanulságos, igy pl. a szédülést tárgyaló tabella, melyben a labyrinthaer, cerebralis, optikai, kardialis, intestinalis stb. szédülés elkülönitő jeleit ismerteti. A többi tabellákban röviden, de igen kifejező és kiváló gyakorlati érzékre való módon foglalja össze a tárgyalt betegségek keletkezésére, a subjectiv panaszokra, a tárgyilagos leletre, az általános állapotra, a lefolyásra és az elkülönitő kórjelzésre vonatkozó fontos adatokat.

A munkának kiállitása gyönyörü, illustratiói pompásak. A szerző, aki munkáját a tankönyvek kiegészitő segédeszközéül szánta, kitünően és nem mindennapos didaktikai érzékkel oldotta meg azt a feladatát, hogy az orvostanhallgatóknak, a kezdő szakorvosoknak, valamint az általános gyakorlatot folytató orvosoknak is diagnotikai tekintetben gyors tájékozódást nyujtson. A nagyon ajánlható munkát a gyakorlott szakorvos is haszonnal forgathatja.

Safranek prof.

A fejfájás kór- és gyógytana. *Ranschburg Pál.* (Novák Rudolf és tsa. Budapest, 1936. Ára 3 P.)

A fejfájás olyan mindennapos tünet, hogy minden orvost egyaránt érdekel, különösen a gyakorló orvos szempontjából fontos, hogy a rendkivül sokféle okból származó fejfájásokat kóroktanilag felismerni s igy megfelelő gyógykezelésben részesiteni tudja. A szakorvosok helyzete valamivel könnyebb, mert szakmájukban a fejfájásoknak többnyire csak egy bizonyos csoportjával szoktak találkozni, kivéve az idegorvost, aki az általános gyakorlatot folytató orvoshoz hasonlóan a fejfájások mindenféle fajtájával kerül gyakorta szembe.

Szerző igen hasznos munkát végzett akkor, amikor az orvostudomány mai állásának megfelelőleg a fejfájások

aetiologiai csoportositását, kórtanát és kezelését adja szépen megirt, világosan áttekinthető kis monographiájában.

Igen fontosnak tartom, hogy szerző többször is kiemeli azt a tényt, miszerint a fejfájás mindig csak betegségi tünet, vagy egy tünetcsoport részjelensége, ami maga után vonja, hogy az orvos nem elégedhetik meg egyszerüen fájdalomcsillapitók rendelésével, hanem e tünet eredetének kideritésével oki kezelést kell alkalmaznia. Éppen emez aetiologiai felismerést és oki kezelést könnyiti meg szerző, amikor könyvében foglalkozik a különböző aetiologiájú fejfájásokkal és azok kezelésével. Igy részletesen tárgyalja a fejzsábákat és a zsábaszerü fejfájásokat, a rheumás fejfájásokat. A könyv nagyobbik felében a szokványos (habitualis) fejfájásokkal foglalkozik, amelyeket kóroktani alapon 10 csoportba oszt be. Ha ez az aetiologiai felosztás nem is foglalja magában az összes kóroktani lehetőségeket, a könyv értékét mégis főleg ez a fejezet adja meg, mert a gyakorlati szempontból fontos s az orvosnak sokszor sok fejtörést okozó habitualis fejfájások különbözőféleségeit részletesen ismerteti, egyben a szóbajöhető összes therapiás lehetőséget is sorra veszi s biztos kritikával illeti. E szempontból külön ki kell emelnem az angioneurotikus migrainnel foglalkozó fejezetet. A tanulságos kórtörténetek és szép enkephalographiás felvételek nagyban emelik a könyv értékét.

Szerző nemcsak a magyar orvosi irodalom gazdagitásáért érdemel elismerést, hanem elismerés illeti meg azért is, mert úgy a szak-, mint a gyakorló orvos kezébe olyan könyvet adott, amelynek nap mint nap nagy hasznát veszi.

Somoggi dr.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület március 28-i ülése.

Verebély T. (elnöki megnyitó): Igen Tisztelt Orvosegyesület! Másfél éve mult, hogy a rákkérdésről hangzott el e helyen magasszinvonalú előadássorozat. A pillanatnyi nagy érdeklődésen túl, mellyel az orvosi társadalom az előadásokat kísérte, ma már megállapitható, hogy a problema orvosi felvetése a rák elleni országos küzdelem újjászületésére adott alkalmat. Az orvosi kar panaszos szava visszhangra talált az államhatalom, a városi kormányzatok és a társadalom körében úgy, hogy ma vállvetett munka folyik az átkos kór megfékezésére.

Ezen kettős tanulság átérzésében voltam bátor a gondolatot felvetni, hogy a vége felé közeledő két éves cyklus befejezéséül a gümőkór kérdését tüzzük napirendre. A pillanatnyi sikert biztosithatni véltem azzal, hogy előadókként a magyar tudományos élet legkitünőbb képviselőit voltam szerencsés megnyerhetni, akiknek készségükért legyen szabad e helyről is a leghálásabb köszönetemet kifejezni.

A kérdés időszerü voltát, hogy engem a klinikus sebészt ne illethessen az elfogultság vádja, bizonyitja két olyan idézet, mely az egészségügyi kormányzatnak az összességét átfogó magaslatáról, illetve a statistika hideg megállapitásai nyomán hangzott el az utóbbi években. *Scholtz Kornél* 1933-ban tartott classikus Balassa-előadásában azt mondja: „A gümőkór elleni küzdelemben az egészségügyi kormányzat a három védekezési tényezőnek: a sanatorium épitésnek, a dispensairek és a kórházi betegosztályok felállításának szervezéséhez azt az igyekezetet csatolta, hogy a sebészeti betegosztályok páriái: a csontok, izületek és mirigyek gümősödésében szenvedő betegek intézeti elhelyezésére is biztositson férőhelyeket. Ezek a törekvések, sajnos, csak részben jártak sikerrel." *Laky Dezső* viszont 1927-ben a csonka-magyarországi gümőkóros halandóságról irt statistikáját igy kezdi: „A régi Magyarország népesedésének nem volt fájóbban égető problemája, mint a tuberculosis halandóság. Évtizedek múltak el; új nemzedékek váltották fel a kiöregedetteket; a magyar nemzeti kultúra — a kultúrának szinte minden vonatkozásában — hatalmas lépésekkel tört előre, de a népesség fejlődése elé mindenkor fekete rémként meredt a tuberculosis veszedelme. Szomorú igazság. De kétségtelenül úgy van. A régi Magyaroszág a tuberculosis pusztitásának classikus hazája volt. Még szomorúbb igazság, hogy a mai Magyarországot szintén megilleti ez a kivételes jelző."

Kétségtelen, hogy a megindított küzdelem eredményeit sem önmagukban, sem világviszonylatban nem szabad lekicsinyelnünk. A gümőkóros halálozás Magyarországon 10 000 élöre számitva az 1901—1905-ös évek 38.9-es átlagáról 1935-ben 15.8-ra csökkent. Igaz, hogy ez a csökkenés a nyugati országok legtöbbjében lényegesen nagyobb, mint nálunk. Németországban pl. 20.7-ről 7.5-re, Hollandiában 18.7-ről 5.5-re szállott le. De ha vannak is országok, amelyekben a csökkenés mértéke kisebb, mint nálunk, szomorú, hogy az absolut érték magasságánál fogva hazánkban *Petrilla Aladár* kimutatása szerint ma is háromszor annyian halnak meg gümőkórban, mint Hollandiában, Dániában, avagy Németországban. A 23 európai állam gümőkóros halálozási sorozatában Magyarországot ma is a 21-ik hely illeti meg. Hogy ez mit jelent, mindennél hangosabban hirdeti *Laky* említett munkájának az az adata, hogy hazánkban a jelen század első 15 éve alatt összesen 967.738 ember halt meg gümőkórban. Érdekes eltolódásra hivta fel *Scholtz Kornél* 1936-ban megjelent dolgozatával a figyelmet, ami kell, hogy gondolkozóba ejtsen bennünket. „A szervek szerinti megoszlás tekintetében — mondja — az a sajátságos jelenség tünik fel, hogy mig a légzőszervek tuberculosisa által okozott halálozások arányszáma az összes korosztályokban igen jelentékeny mértékben megkisebbedett, az „egyéb szervek gümőkórja" rovatba sorolt halálozások arányszáma ugyancsak az összes korosztályokban igen számottevően emelkedett." A hét éven aluli korban pl. a légzőszervek tuberculosisának az összes gümőkóros halálozásban részesedése 22%-kal csökkent, az agyhártya gümősödés szerepe 23%-kal emelkedett.

Mi ennek a feltünő eltolódásnak az oka? Gyógyitási módszereinek javulása? A fertőző csirok virulentiájának, mint mondani szokás a genius epidemicusnak közismert hullámvonalas ingadozása nagy időközi összehasonlitásokban? Az emberiség ellenállóképességének megváltozása tömeg immunisatio révén? A megelőzés eszközeinek tökéletesedése? vagy a halálokok pontosabb megállapitása?

Kérdések ezek, amelyekre a feletet orvosi szempontból csak a legszorosabb együttes munka adhatja meg, de amelyeket kiindulási pontokul kell elfogadnia mindenkinek, aki egészségpolitikához kíván hozzászólni. Legkevésbbé sem akarom letagadni, hogy az egészség védelme sokkal általánosabb emberi kérdés, sokkal több gyökérrel nyúlik bele az emberi élet talajába, semhogy itt az orvosi felfogás lehetne az egyetlen irányt szabó. De kívánatosnak tartanám, ha az egészségpolitikában nem a politikán, hanem az egészségen nyugodnék a hangsúly, amiben pedig az orvos a szakértő.

Ha az itt elhangzó előadások új tényezőkkel fogják megalapozni, alátámasztani, körülbástyázni a gümőkór orvosi szempontjait, akkor meggyőződésem, hogy új lendületet fog kapni a politika, a közegészségügy nemzetmentő hivatásának felismerésére.

Ebben a reményben kérem fel a mai napirend első előadásának megtartására *Buday* tanár urat.

Buday K.: *A gümőkór alaki elváltozásai, tekintettel annak különböző időszakaira.* A gümőbacillusok erősebb helyi felszaporodása a fokozott méreganyagtermelés miatt izzadmányos visszahatást kelt, amely gyorsan átmehet sajtos elhalásba, mig korlátolt bacillus-gyarapodás esetén a szervezet a virust nem mérges termékekre bontja fel s ilyenkor nem izzadmány képződik, hanem epitheloid és óriássejtes gümök. Gyakran ez a kétféle visszahatás együtt jelentkezik olyformán, hogy a központi elsajtosodó izzadmányt epitheloid és óriássejtekből álló szegély veszi körül. Ezektől a tulajdonképeni fajlagos szöveti reactióktól a külső ú. n. perifocalis gyulladás azáltal különbözik, hogy azt nem maguk a bacillusok, hanem azoknak diffundált vegyi termékei hozzák létre. Az elmeszesedés, eltokolás és szétmállás szöveti képének ismertetése után a gümőkór *Ranke* szerinti 3 időszakának (az elsődleges fertőzésnek, a haematogen szétszóródásnak és az idült helyi gümőkórnak) legfőbb alaki tulajdonságait ismerteti. Ezen időszakok mindegyikének *Ranke* szerint megvan a saját jellemző szöveti allergiája, de a valóságban mind a 3 időszak alatt úgy izzadmányos, mint sejtes-gümős visszahatások előfordulhatnak és egymással váltakozhatnak. Melyik jut közülük túlsúlyra, az a bacillusok számán és talán virulentiáján kívül különösen az illető egyéni hajlamosságától függ. Az elsődleges fertőzésnek a torokból és bélből kiindulására nézve a lübecki szerencsétlen esetek érdekes adatokat nyujtottak. A miliaris gümőkór létrejövetelének feltételei még nincsenek kellőleg felderítve, ugyancsak megfejtésre vár még az a kérdés is, hogy a harmadlagos tüdőgümőkór keletkezésében az endogen és exogen reinfectio milyen arányszámmal szerepel. (Egész terjedelmében közlésre kerül az Orvosképzésben.)

Darányi Gy.: *Ujabb haladás a tuberculosis epidemiologiájában.* (Egész terjedelmében közlésre kerül az Orvosképzésben.)

Pótlás a márc. 21-i üléshez.

Manninger V.: *Catgut csirtalanitása 126 C-on 2½ athmosphaera nyomással.* 126 fokon két és fél légkörnyomással csirtalanitja a bélhurt, ami azért fontos, mert a német-

országi hivatalos ellenőrzés szerint a sterilnek hirdetett fonalakból 80%-ban sikerült élő, fejlődésképes bakteriumokat kimutatni. A csirtalanításra a régóta használatos anyagok (alkohol, kumol, xylol, v. toluol) bármelyike használható. Fontos csak az, hogy a lehetőségig rövid ideig hasson be a hő, mert így nem csökken a fonal ellenállóképessége. A fonál puhán tartására azokat a zsirtalanitás előtt a sterilezésre használt anyagban legelőnyösebben 10% mennyiségig viaszt tartalmazó oldatban áztatja. Ezzel kerülhető el a fonal túlságos merevsége. Bemutat kétféle tartályt, amely lehetővé teszi, hogy a fonál a levegőn ne fertőződjön.

Egyenletes sugáreloszlást biztositó készülék radiumtüzdelésre. Készüléket mutat be, melyekkel bármilyen alakú nagyságú daganat úgy tüzdelhető, hogy minden ponton egyenletes (homogen) sugárhatást érhetünk el. Az irányító csövecskén át zománcozott trokaert vezet be, amelynek végét dugóhúzószerű, de tompavégű eszközzel úgy lehet használni, hogy a csővel szövettani vizsgálatra lehet anyagot 10 cm mélységig nyerni. A daganatnak az a része, amelyből a szövetdarabot kivettük, diathermiás vagy elchir-es elektróddal megalvasztható, úgyhogy nem kell félni daganatsejtek implantálódásától.

Közkórházi Orvostársulat március 18-i ülése.

Cselei P.: *Petefészekdaganatnak mütéte után keletkezett parotitis.* Az egyik betegen chronikus adnexgyulladás miatt laparotomiát végeztek. 3 nap mulva a bal parotistájék duzzadt lett, a tályog incisiója után, a beteg mütét utáni 37-ik napon gyógyultan távozott. A másik esetben ovarialis tömlő miatt laparotomia történt. A mütét után 5-ik napon a jobb fültájék megduzzadt, majd később a 10-ik napon a tályogot feltárták. A 12-ik napon hirtelen exitus következett be. Sectiókor tüdőkben áttéti-tályogokat, a szivizom- és parenchymás szervek elfajulását találták.

Liteczky A.: *Diagnostikai szempontból érdekes két májechinococcus eset.* 54. é. nő. 35 év előtt echinococcus, 1 év előtt typhus, azóta jobb bordaív alatti fájdalmai vannak. Duodenumnedvben, epehólyagban, székletben typhusbacillusok vannak. Mütét: csaknem emberfejnyi elhalt echinococcustömlő a májban, zsugorodott, lenött epehólyag. 57 é. leromlott férfi szivelégtelenségi tünetekkel kerül felvételre. Nagy ágyéki, háti, gerincoszlopi fájdalmak miatt röntgenvizsgálat. A felvételen emberfejnyi tumor a májban, sürün mészintensitású, csikos és összefolyó árnyékokkal. Echinococcus, complementkötés és intracutan próba negativ. Sectio: elhalt echinococcustömlő a májban. Cc. pulm. Mindkét esetben a röntgenvizsgálat mutatta ki az évtizedekig tüneteket és panaszokat nem okozó emberfejnyi májechinococcustömlőt.

Torday A.: Hazánk 10 é. boncolási anyagában az ech. 0.17%-ban fordul elő. A bemutatott esetek közül az egyik régebben tüdőechinococcusban szenvedett. Ezen alak klinikai tünetei nem jellegzetesek. A köhögés, véres köpet, pleuralis fájdalmak, rázó hidegek miatt hurutos tüdőlob, más esetekben gümőkór gyanúja merül fel. A kórkép akkor tisztázódik, amikor az ech. valamely hörgőbe betör. Ha a cysta a pleurába áttör, empyema vagy pneumothorax keletkezhet. A próbacsapolás a szomszéd szervekre továterjedés, azonfelül a súlyos anaphylaxia miatt veszélyes lehet. Utóbbi spontan is létrejöhet az ech. tömlő repedése esetén. A cutan reactio neg. lehet. Ezért bir jelentőséggel a röntgenvizsgálat.

Szöllősy L.: *Gyomoresetek a sebészet köréből.* 50 é. nő, felvétetett 1935. XII. 24-én. 2 év óta gyomorfájdalmak, 4 nappal felvétele előtt nagy haematemesis. Röntgenvizsgálat a kisgörbületen peristaltikát nem mutat. Az epigastrium jobb felén gyermekökölnyi resistentia. 1936. I. 18-án mütét. (Szöllössy). Felső med. laparotomia. A praepylorusrészen gyermektenyérnyi callosus ulcus, mely az elülső hasfalba pengönyi, a májba 20 fillérnyi helyen perforált. Resectio az oralis és középső harmad határán Billroth I. szerint. II. 6-án gyógyultan távozott. — 40 é. nőt a mentők hoztak be 1935. X. 4-én. Próbareggeli: 6—24. Röntgen. Gyomor kp. harmadában körkörös kiesés, mely a gyomrot két részre osztja, az összekötő rész tollszárvastag. Falzat rigid, peristaltika nincs. Mütét X. 24-én (Pólya prof.). Felső med. lap. A gyomor a kp, 1/3-ban erösen behúzódott. A hátsó falon tapintható az ujjhegyet befogadó ulcus. Resectio az oralis és kp. harmad határán. Pengönyi területen perforált az ulcus a pankreasba. Anastomosis Billroth I. szerint. XI. 23-án gyógyultan távozott. — 74 é. nő 7-éves gyomorpanaszokkal, 3 hónapja gyakori hányás, 10 kg fogyott. 1935. X. 17-én mütét (Szöllössy). Felső med. lap. A gyomor kp. harmadában pengönyi ulcusfészek tapintható a hátsó falon. Resectio: A pankreason pengönyi ½ cm mély kimaródás. Ide tampon. 1936. I. 5-én gyógyultan távozott. — 60 é. nő felvéve 1936. I. 23-án. 3 nap óta óriási fájdalmak. Ulcus perforatiós tünetek. Azonnali mütét (Szöllösy'. A duodenumon a pylorus mellett 2 pengönyi callosus ulcus, babnyi perforatio. Diffus peritonitis. Perforatiós nyilás bevarrása. Széles tampon. Az alhas mindkét oldalán széles tamponálás. 4 napig mesterséges táplálás. VIII. nap tamponcsere. Bemutatáskor a laparotomia helyén van ujjnyi tampon.

Czeyda-Pommersheim F.: *Az orbáncról.* A Szt. László kórházi anyag feldolgozása alapján tárgyalja az orbánc bakteriologiáját, kórbonctanát, aetiologiáját és tünettanát. Előadó szerint orbánc alatt a bőr streptococcusok által okozott azon megbetegedését kell érteni, amely hevenyen, magas lázzal, rendszerint rázóhideggel kezdődik, a felszinről kiemelkedik, éles széllel bir, élénk piros és a bőrben rohamosan szétterjed. Az orbánc magyar neve az „orrbántalomból" származik. Rövid történeti visszapillantás után részletesebben teszi megbeszélés tárgyává az orbánc bakteriologiáját és kórbonctanát. A kórbonctani felosztás megfelel a klinikai felosztásnak is. Ismerünk: erysipelas simplexet, bullosumot, phlegmonosumot, nekrotisanst és gangraenosumot. Kitér a régi idők orbáncjárványaira, a dispositio kérdésére, a nem, kor, hivatás szerepére, a betegség gyakoriságára. Megtárgyalja az orbánc kezdetének tüneteit, a terjedés módját, a szív és érlökés viselkedését. A klinikája és therapiája külön előadás tárgyát fogja képezni.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Elme- és Idegkórtani Szakosztályának február 21-i ülése.

Bemutatások:

Juba A.: *A corpus callosum hiánya 39 éves, szellemileg normalis férfinél.* Bemutató 39 éves, normalis férfi agyanatomiai viszonyait ismerteti. Az illető börgyári segédmunkás volt, 13 éven keresztül egy helyen állt alkalmazásban, kézügyessége ellen kifogás nem merült fel. 4 vagy 6 elemi iskolai osztályt végzett ,szeretett újságot olvasni, érdeklődött a sportok iránt. Hirtelen anthraxos fertőzésben pár napon belül elhalt. A boncoláskor véletlen leletként az agyvelőn a corpus callosum fejlődéstanilag feltételezett hiánya volt jelen; a két félteke között a medianvonalban egy hatalmas meningealis cysta helyezkedett el; a jobb frontalis lebenyen körülírt gyrificatiós zavarok voltak. Ezen anomaliáktól eltekintve az agyvelőn további rendellenességek nem voltak, különösen kiemelendő az agyfelszin és a myeloarchitectonika normalis volta. Commissura anterior és posterior normalis fejlettségü. A corpus callosum hiánya a jelen esetben a foetalis agyvelő lamina terminalisának, illetve commissuralis telepének körülirt fejlődési zavarára vezetendő vissza, minek következtében a corpus callosum rostok nem tudtak a másik féltekébe átnőni. Közelebbi okként vagy a cysta nyomása, vagy valamilyen foetalis vascularisatiós folyamat roncsoló hatására kellene gondolni. Feltünő az, hogy a teljes corpus callosum hiány ellenére is az egyén életében a magasabb kortícalis és intellektualis müködésekben lényegesebb hiány nem volt; az elképzelhető kérgi mechanismusokat bemutató néhány példán ismerteti.

Keller K.: A bemutatott tanulságos szövettani képek jól értelmezik az észlelt klinikai tüneteket. Hozzászóló emlékeztet egy agydaganat esetre, melyben a daganat a baloldali elülső központi tekervény kemény burkából indult ki és diónyi terjedelemben nyomult az emlitett tekervénybe. A daganat a szokásos ellenoldali tüneteken kivül még baloldali apraxiát is okozott. A viszonyok mérlegelése arra utalt, hogy esetében valódi kérges testi apraxiáról volt szó. Ily apraxiát tehát a gyrus supramarginalistól távolabb eső területek gócos megbetegedése is hozhat létre.

Előadások:

Schuster Gy.: *Az agykéreg megbetegedései és azok kórszövettani analysise.* Előadó *Genersich* intézetében végzett tanulmányai kapcsán *Orsós* készítményeit látta s ezekből rájött arra, hogy szükség van oly módszerre, amely az egész agyvelő szerkezetét kifogástalan metszetekben mutatja. *Moravcsik* oldalán már 1910-től kezdve a schizophrenia és az Alzheimer-féle betegség organikus agyszövettani elváltozásait kutatta, így készítette el 1922-ben az első agytérképet a schizophreniás kórszövettani elváltozásokról, amely sejtelváltozásokat öröklődő degeneratiós elváltozásokként fogta

fel. Elégtétel volt, hogy *Horányi* 1931-ben és *Miskolczy* 1933-ban ideális gondos, nagy anyagot felölelő munkáikban igazolták az előadó agytérképének helyességét. *Horányi* az agykérgi elváltozásokat nem tudja maradék nélkül endogen *(Schaffer)* degeneratiós elváltozásokként öröklött természetű pusztulásnak elfogadni. *Horányi* utolsó közlése a schizophreniás anyagi agykérgi pusztulás terjedelméről oly arealis elosztódást mutat, amilyet *Frey* Ernő az Alzheimer-féle praeseniliis elváltozásánál tapasztalt. *Horányi* a Heine-Medin virus tovaterjedését a loborpálya legvégső agykérgi területéig kimutatta, *Schaffer* pedig megállapitotta, hogy a spasticus heredodegeneratio esetében a III. és V. rétegben Alzheimer-féle fibrillum elváltozás van, míg *Fényes* és *Hallervorder* a középagy sejtjeiben enkephalitis virus hatása után Alzheimer-féle tengelyfonalelváltozást mutattak ki. Ennélfogva közelfekvő, hogy a spastikus heredodegeneratio esetében mutatkozó elváltozások esetleg egy virus behatás folytán kialakult sérelem jeleként foghatók fel. Az acut enkephalitis esetében még nem mutathatott ki Alzheimer-féle fibrillumelváltozást, de schizophreniás esetekben ehhez hasonló elváltozást a kéreg bizonyos helyein igen. Lehet, hogy az abiotrophiás agyvelővirus enkephalitis virus hatásoknak volt kitéve. Az abiotrophiás és az endogen megbetegedések esetében a vaksággal járó öröklődéses degeneratiós esetekben *Schaffert* igazolta a biochemiás vizsgálat. A schizophrenia esetében hiányzanak biochemiás elváltozások, de addig is előadónak sikerült kimutatnia először azt, hogy a schizophreniás elváltozás öröklékeny elváltozás, ámbár feltehető, hogy ez a gyengébben szerkesztett emberi szervezet külbehatásokra is érzékenyebb, mint normal szervezetek. Előadó *Barabás* Zoltán és *Simay dr.* szives jóvoltából átvizsgálta a Gyermekmenhely kórbonctani anyagán a virushatásokat csecsemő- és gyermekagyakon és eme óriási anyagáról levont következtetésekkel megerősödve régebben nyilvánított felfogását találta igazoltnak, hogy az agyvelőfejlődés egészében alkalmat ad arra, hogy a sejtek szerkezetében korán megbetegedhetnek, biochemikus szerkezetükben felbomolhatnak.

Zsakó I.: *Idiotismus dominálo esete egy családban.* Egy családban 3 egymásután következő fiutestvér, akik között 2—2 év különbség van korban, idiotismusban szenvednek. Mindhárman alacsony termetüek, kissé gyengébben fejlett csont és izomrendszerrel birnak, mikrokephalok (510—527 mm fejkerület). Mindhárman a IV. vércsoporthoz tartoznak. Jóindulatúak, nyugodtak, munkaképtelenek. Csakis a legegyszerübb munka elvégzésére képes valamennyire a legidősebb, aki a legfejlettebb közöttük. Apjuk és anyai nagyapjuk iszákos volt. Vérbaj közbejátszására semmiféle támpont nem található. Előadó a betegek bemutatása után több öröklési táblázathoz füz megjegyzést.

v. Szecsődy J.: Emlékeztet arra, hogy egy izben Szombathelyen ugyancsak 3 idiota fiútestvért mutatott be.

Leiter Jakab

Nem kell valami öreg zsidóra gondolnunk, akiről én — mint afféle orvostörténelemmel is foglalkozó műkedvelő — talán nekrológot szeretnék írni ezeken a tudományos lapokon. Egészen más az eset. Néhai kiváló tárcaírónk, *Ágai* Adolf, a tréfakedvelő gyermekorvos, volt ennek a héberhangzású tulajdonnévnek a szellemi apja. *Dr. Ágai*ról mellesleg megjegyezhetem, hogy az ő jó magyar neve is tulajdonképen a német *Zweig*-ból lett áthasonlítva, mert az édesapja még a *Rosenzweig* nevet viselte, Abonyban praktizált és érdekes naplót is hagyott hátra arról, hogy hogyan történt a tanítás a mult század huszas éveiben a pesti egyetem orvosi karán, az Ujvilág-utcai szegényes sarki házban. A naplónak egy kis töredéke, elhagyva belőle a túlzó részleteket, megérdemli, hogy ide iktassam: úgy, ahogy *Ágai* cikkében olvasom. „Egy közeli kávéház volt az orvosnövendékek tanyája. Filozófiát végzett medikus és négy gimnáziális osztályon tél-túl átvergődött borbélylegény, szinházi kórista, bócher . . . . ilyen és hasonló elemekből verődött össze Aesculapius ifjusága. A sebésznek készülő jobbára a zsidóságból telt, közte sok olyan, akit vőlegényül fogtak az eladó lány mellé, kinek hozományát ebédben és vacsorában költötte el tanulmányai befejeztéig. Az orvosnövendékeknek arisztokratája a medikus, miser plebejusa a chirurgus volt. A tudásbeli plus, a csinosabb ruházkodás, a jobb modor: amazokat élesen választotta el emezektől. Még a tanteremben is kifejezésre jutott ez a megkülönböztetés: a medikusok a tanár jobbján, balján a chirurgusok ültek. S a tanár katalogust is olvasott, de csak a sebészek számára. A medikust e tekintetben is föléje emelték annak a szedett-vedett hadnak, mely nagyobb számmal lévén, ott szorongott a padokban, csüggve az előadó szaván, melyet fogyatékos készültségénél fogva alig értett meg. A német nyelvnek akadémikus voltával úgy ahogy megbirkózott, ám a latin szó idegen maradt előtte. A leíró bonctan *Kiningerre* volt bízva. Név, mely a tudományban nyomot nem hagyott. A chirurgiát és aetiológiát *Veleczky* olvasta. Olvasta a szó szoros értelmében, megkövetelve hallgatóitól, hogy felhívás esetén szórul-szóra is darálják le. A tüzetesen vett gyógytanba (therapia) s a pathologiába *Gebhardt* vezette be az ifjakat. Atyám hagyatékában egy füzetre akadtam, melynek ez a tanár a szerzője. A művecske hat lapra terjed; címe és tárgya a következő: „A lakószobák kimeszeltetésének idves voltáról." Az épp megalakult Magyar Tudós Akadémia a tagjai közé választotta, mely tagsággal 600 váltó forint évi jutalom járt. Később ezt a kedvezményt eltörölték, mert közben akkora lett a honi tudósok száma, hogy méltó díjazásukra nem futotta volna a kamatokból. A szülészet tanára *Birly*. Már inkább önálló és megfigyelő elme. Fukarságáról csodákat beszéltek, s így annál feltünőbb, hogy házának emeleti sarkára, ott ahol a Váci-utca a Kristóf-térrel szögellik össze, kolosszális szobor díszére költekezett. Ez a nagy Kristóf* immáron egyik emlékjele Budapestnek. *Bőhm* kezében egyesült a törvényszéki orvostan a. . . . szemészettel, amelyet csak úgy mellesleg műveltek. Erős magyarságával, melyet még ruházatában is vallott, *Bugát Pál* tünik elő; a materia medica professora. Folytonos küzdelmet folytatott a magyar nyelv mellett s magyarul is tartja előadásait. Ő is megkívánta ezeknek szószerint való recitálását, „de" — úgymond — „nem csupán a tárgynak alaposabb megesmerése, hanem a végett is, hogy a hallgató urak jobban tanuljanak meg magyarul." Szép szál ember, zsinóros, vitézkötéses sujtással bőven kihányt „magyarkában", szük nadrágban, sarkantyús csizmában. Az egyetlen tanár, aki bajuszt visel. Lelke mélyéből gyülöli a németet, amely néven osztrákot ért. Nem is léptették előre, dékánnak meg nem választották s midőn a nádorispán nemességgel biztatja, ha megszelídül: makacsul hátraszegezte fejét s nem kért belőle, ő, a gyöngyösi szűrszabó fia. Néhanapján megtörtént, hogy németül olvasott. Olyankor a szorulásig telt meg a hallgató terem, de nem annyira azért, hogy tanításán épüljenek, mint inkább azért, hogy mulassanak rajta, mert olyan ropogtatást nem hallott még emberi fül, mint aminőt *Bugát Pál* követett el a német szón, melynek derdidaszját kevésbé tudatlanságból, mint inkább hazafias elkeseredésből úgy össze forgatta, hogy az ifjak folytonos vivátozással jutalmazták a német nyelven elkövetett kegyetlenkedéseit. Valamennyi fölé egész fejhosszal magasodik *Stahly Ignác*. Igazán lángelméjű férfiu, magaviseletében előkelő, erősen aulicus hajlamokkal. Úgy népszerűségre, mint tartalmasságra, de meg önérzetes, nagyúri s e mellett elbájoló kedvességre sokban emlékeztet reá *Balassa János*, az országosan bálványozott sebész."

Most pedig térjünk vissza Leiter Jakabra, ki 1863-ban született, mikor Ágai Adolf, mint fiatal újságíró, a „Magyar Sajtó" szerkesztőségének volt a tagja. Ekkor esett, hogy Párisban *Nadar* az ő óriási méretű léghajójával felszállott. Az egész univerzum odafigyelt és *Ágaira* hárult a feladat, hogy a nevezetes eseményről „párisi

* Már elvitték onnan a városháza udvarára.

levelet" írjon (bécsi újságok híradása nyomán) a pesti szerkesztőségből. Olyanformán szólt a levél, hogy a levegő utasai minden addigi rekordot meg akartak dönteni: „Fel, fel! oly magasra akarunk szállani, mint Leiter Jakab." Senkise tudta megmondani, hogy ki légyen ez a Leiter Jakab; csak másnap derült ki, a szerkesztőség nagy ijedelmére, hogy nem más, mint *Jacob's Leiter:* Jákob lajtorjája, mely felső végével az eget verdesi. *Ágai* azt mondja, hogy ő e baklövést csintalanságból követte el, kétségbeejteni vele a pedáns *Greguss Ágostot,* ki már akkor is a szerkesztőség tagja volt. Országos kacaj lett a dolog vége és *Leiter Jakab* azóta a fordításbeli botlásokat kifejező műszó lett.

Ebben a fordítói hamisságban különben *Ágainak* előfutárja is volt: nem kisebb mint *Petőfi Sándor.* Mikor őt *Vahot Imre* a Pesti Divatlaphoz szerződtette *korrektornak* és *háziköltőnek* (minden versét *két* forinttal honorálva!) a jobb sorsra érdemes poéta avval bosszulta meg magát, hogy nevetésre ingerlő bohóságokat korrigált bele a szövegbe, például e helyett: Egy francia úr 2000 livre örökséget hagyott egyik örökösének, a másiknak pedig 3000 frankot: a livre és frank szavakat *livrée*-vel és *frak*kal cserélte föl, és úgy tudott mulatni az efféle furcsaságokon, mint a gyermek. Talán azt gondolta magában, a saját nagyságát mélyen átérző s méltatlan munkára fogott halhatatlan: „Nevetek rajtatok, mert elhiszitek és csudálkoztok. *Servum pecus!"*

E torzfordítások lelki eredete azonban nem mindig a móka vagy az elkeseredés, hanem legtöbbször a nyelvtudás hiányossága. Ma is jól emlékszem még arra a bizonyos *apácazörejre (Nonnengeräusch),* ahogy medikuskoromban a gyűjtőereken hallható anaemiás zörejeket neveztük. Se én, se a többi, szigorlatnak vágó szenvedő alany nem tudta megérteni, hogy és miként kerül a zörej mellé az apáca: mert senkise tudta, talán még némely magasabb belgyógyász-hatalmasság sem, hogy a német *Nonne* és a francia műszóban (bruit de diable) a *diable* nemcsak apácát és ördögöt jelent, hanem búgócsigát is. Fiatalabb orvostörténészeink különösen gyakran elvetik a súlykot, mikor régi latin szövegeket fordítanak. Egyik, sajnos nagyon korán elhunyt tehetséges és lelkes kutatónk azt írja valahol, hogy az 1575—1578. évi hatalmas pestisjárvány alkalmával az emberek tébolyodva kóborolnak a mezőkön, mindenkit megtámadnak mint a vadállatok s csak úgy tehetik ártalmatlanná az őrjöngőket, hogy *doronggal* leütik őket. Pedig ilyen pogány elbánásban mégsem volt részük, mert a latin szövegben az áll: nisi *sclopetis* occiduntur (agyonlövettek). Egy másik azt mondja, hogy egy vidéki asszonyság a végrendeletében minden vagyonát az urára hagyja, kivéve a kis kémiai *Corporis*-t; az értekezésében közölt német szövegből azonban kiderül, hogy „ausser den chymischen Corporis"-ról van szó; (tollbotlás *corporibus* helyett). Egy harmadik a hires olasz orvos — és pharmakológusnak, *Mattiolinak,* latinos nevét (Matthaeolus-t), melyet kicsinyítő raggal összeboronált Matthaeus-nak nézett, *Kis Mátének* fordítja, sőt egy másik helyen a Matthaeolus Senensis-t (sienai M.) *Sennyei Mátyás*-ra magyarosítja! Egészen olyanféle magyaros elkeresztelés, mint az, melyet egy 1559-ből való levélben (v. ö. Magyar Orvosi Emlékek, I. 235.) olvastam, hol *Maximilianus* király neve *Magsimili János*-ra van átformálva. Egy régi magyar nyomtatvány címlapján meg az a furcsaság tűnik a szemünkbe: „Julius tsászár munkáji" (Julius Caesar.)

Nagy tévedés volna azt hinni, hogy a leiterjakabok mindig a kezdő orvostörténész-amatőrök zsebszótárából lépnek ki a nagyvilágba, nevetséget vagy bosszúságot keltve. Nem egyszer a hivatásos öreg történészek is megbotlanak valamelyik szokatlanabb latin (sőt német) kifejezés lefordításában és akaratuk ellenére valami meglepő és komikus hatású csodaszülöttet gyártanak. A jeles tudósnak, *Ballagi Aladár*-nak is elég kellemetlen órát és napot szerzett az ő emlékezetes *sóskiflije;* (v. ö. Magyar Nyelvőr, 45. évf., 1916.) Egyik munkájában azt mondja, hogy Zrinyi és Forgách katonáit sóskiflivel etették: így fordította le a régi német szöveg *Salzküfel*-jét (a *Salzkübel* régies és népies formáját). Kétszázötven vitéz összes napi elesége 20—30 sóskifli lett volna! Az öreg tudós nem tudta, vagy elfelejtette, hogy katonáink abban az időben *sóban* kapták fizetésük nagy részét; a Salzküfel ugyanis nem egyéb mint mázsás súlyú porrá tört só fabödönökben, amit aztán a katonák a sóban szűkölködő falusi népnek kicsinyben, élelemért eladtak. A katonák fizetésének ez a módja úgyszólván egész Európában el volt terjedve; a magyar *sallárium* szó is innen ered (latin *sal* = só), a francia *salaire,* az angol *salary,* az olasz *salario* hasonlóképen.

Említsem-e *Takáts Sándor lábravaló olaját?* (így fordította le a labrus [= laurus] olajat egy 16. századbeli levélből); vagy Thaly Kálmán súlyos tévedését az *emberszívvel?* (azt mondja, hogy mikor a kis Károlyi-fiu megbetegedett, „emberszívvel", mégpedig az elesett német katonák szivével etették, hogy meggyógyuljon. Nem tudta, hogy az „emberszív" népies botanikai neve a Leonurus cardiacá-nak és a Hepatica trilobának. Thalynak ezt a megdöbbentő leiterjakabját Pauler Gyula is elhitte és tovább adta!) és végül — last, but not least — a magyar költők lelkes, de csekély tehetségű fordítójának, Kertbeny Károlynak közismert leiterjakabjait? Ő róla mondták csipkelődő kritikusai, hogy Arany Toldi Estéjét ilyen címmel szándékozik németre fordítani: *„Soirée bei Franz Schedel"* (Toldi Ferenc családi neve), a Petőfi versében olvasható „harmatcsepp"-et pedig *Dreiviertel Tropfen*nel. —

És itt eszembe jut az én jóságoslelkű s végtelen szorgalmú hajdani anatomia-tanárom (kivel néha még este tíz óra felé is együtt boncolgattunk!) az öreg *Lenhossék* József, ki egyik akadémiai emlékbeszédét avval a kétezer év óta elég gyakran idézett horatiusi mondással fejezte be: „Exegit monumentum aere perennius!" — az aere (érc) helyett azonban, hogy hogy-nem, *aëre*-t (levegőt) talált mondani; mire az első padban ülő Haynald kalocsai érsek és tudós latinista megcsóválta a fejét, csöndes elképedéssel mondván: „Milyen kár, hogy a *gens latina* (a régi magyarok epitheton ornans-a) már nem tud latinul!" Mit szólna most, ha véletlenül abban a gyötrelemben volna része, hogy az ifju Aeskulápokat a receptírás titkaiba vezesse és nap-nap után magyarázgassa, hogy hogyan is szól az accusativus, az ablativus meg a pluralis a harmadik deklinációban? Az *ötödikről* nem is beszélve!

Magyary-Kossa Gyula.

VEGYES HIREK

Személyi hirek. A kormányzó a vallás- és közoktatásügyi miniszter előterjesztésére *Göczy Lajos dr.,* a Magánalkalmazottak Biztosító Intézete rendelő főorvosának, *Geiger Ernő dr.* egyetemi adjunctus és *Jendrassik Lóránd dr.* egyetemi tanársegéd, pécsi magyar királyi Erzsébet tudományegyetemi magántanároknak a szakirodalom művelése és az orvosképzés terén szerzett érdemeik elismeréséül az egyetemi rendkívüli tanári címet adományozta. —

Az „After-Care Comittee of the International Union against Tuberculosis elnöke, Sir Pendrill Varrier-Jones meghívta *Országh Oszkár dr.* főorvost a bizottság ülésére, amely a British Tuberculosis-Association congressusával kapcsolatban Cambridgeben és Papworthban április hó 2—4-ig fog megtartatni.

75 éves az Orvostanhallgatók Segítő és Önképző Egyesülete. Kedvesen ünnepelte meg az orvos- és medikus társadalom március 25-én az O. H. S. E. háromnegyedszázados jubileumát.

Az ünnepség díszközgyüléssel kezdődött, mely az első számú szemészeti klinika termében folyt le. Sok kedves, egymást rég nem látott ismerős: professorok, orvosok és az egyesületnek sok őszinte barátja, valamint a medikusok és a diákegyesületek vezetői gyültek itt össze egymás látásán örvendezve.

A Hymnus elhagzása után a díszközgyülést *Vámossy Zoltán* professor, az Egyesület tanárelnöke nyitotta meg, üdvözölve *Kenyeres Balázs* prorectort és nemes *Balogh Ernő* prodékán urakat, valamint a Tanári Kart, megjelent doctor társait és a medikus ifjúságot. Megemlékezik az Egyesület önzetlen és kemény munkássággal eltöltött 75 esztendejéről, mely alatt annyi jót tett és tagjai önképzéséről oly szép eredménnyel gondoskodott.

A tisztikar valamennyi tagját szeretet és önzetlen munkásság jellemzi és bennük értékes szervező erők nevelődnek az orvostársadalom számára" — mondja *Vámossy* professor, — majd megnyitó beszédét azzal zárja, hogy miként a multban, úgy a jövőben is legfőbb céljául azt tűzze maga elé az Egyesület, hogy önzetlen munkával álljon medikus kollegái mellett és segítse az arra érdemeseket.

Ezután nemes *Balogh Ernő* prodékán úr üdvözölte a díszközgyülést. Megemlékezett az Egyesület alapitásáról összehasonlítást téve a régi és a mostani medikusok anyagi helyzete között. Jóleső, meleg szavakkal biztosította az Egyesületet, hogy a Tanári Kar azt gondoskodó szívébe zárta és segítségére mindig számithat.

Ezután *Mayer György* az O. H. S. E. ezidei ifj. elnökének beszéde következett, amelyben beszámolt az Egyesület 75 esztendejéről. Megemlékezett *Kétly Károly* és *Verebélyi László* alapító elnökökről. 1869-ben, az önképző szakosztállyal bővült az Egyesület és felvette mai nevét. A világháború megakasztotta az Egyesület munkáját. A vezetők ugyan mindent megtesznek, hogy az itthon maradt medikusok tanulását elősegítsék. A haza oltárára 94,000 koronát áldozott az Egyesület hadikölcsönben. Azon reményének kifejezésével fejezte be, hogy mint 75 évig, úgy ezután is, az Egyesület eszméinek csorbitatlanságával viszi zászlaját Isten segítségével előre a centenárium felé.

Ezután következett az Egyesület disztagjainak megválasztása. Neveiket *Vámossy* professor sorolta fel s kérte, hogy az Egyesületet tartsák meg ezután is szeretetükben. A megválasztott disztagok nevében *Kenyeres Balázs* prorector mondott beszédet. Büszkeséggel nézek a magyar medikus ifjúságra, — mondja beszédében, — mert a medikusok meghallgatják s magukévá teszik elöljáróik tanácsait. Kemény, munkás, fáradságos úton haladnak, mely bizonnyal egy szebb magyar jövendő felé vezet.

A díszközgyülés keretében adta át az Egyesület tanárelnöke az idei diagnostikai verseny győzteseinek jutalmát. Ezután a díszközgyülés befejezéséül a diákegyesületek képviselőinek beszédei következtek. A „Csaba" B. E., Emericana orvosblokkja, a Jogász Segitő, a Gyógyszerész Segitő, a Bolgár Nemzeti Diákszövetség kiküldöttei tolmácsolták egyesületük jókivánságait, mit *Vámossy* professor köszönt meg, majd a díszközgyülést bezárta.

A jubileumi ünnepség délután a Zeneakadémián folytatódott, ahol a Medikus Zenekar tartott nagysikerü hangversenyt. A müsort Beethoven, Händel, Saint-Saëns, Glasunow, Tsajkowski, Mendelsohn, Schubert, Dohnányi és Borodin compositióiból állitották össze *Kolonits Barna* és *Mihálkovics Szilárd dr.*, a zenekar vezetői. A hangversenyen *Győri Pál dr.* mesteri énekével és *Péteri László dr.* meleghangú gordonkájával nagy sikerrel szerepeltek. A szép számban megjelent orvosok, zenebarátok és vendégek sok tapssal hálálták meg a müvészi munkát. Az ünnepségeket a Royal-szálló éttermében rendezett bankett zárta be. A feldiszitett asztalok mellett láthattuk *Blaskovics László, Beznák Aladár, Hainiss Elemér, Huzella Tivadar, Borsos-Nachtnebel Ödön* professorokat, *Vég János* tiszti-főorvost, *Szukováthy Imre dr.* testnevelési főiskola igazgatóját és sok előkelő vendéget, az Egyesület régi és jelenlegi vezetőségét. Egymásután mondtak pohárköszöntőket a megjelent professorok s vidám hangulatban a késő éjjeli órákig maradtak együtt.

Az orvosi mesterszavak helytelen és pongyola irásmódját korholó kifakadás valóban ráfért orvosi lapjainkra. Alig akad bármely lapunknak csak egy száma is, melyben ne hemzsegnének ezek a csodabogarak. Egy-két diszpéldánnyal hadd szaporitsam magam is ezt az entomologiai gyüjteményt, csak úgy kapásból: it van mindjárt az „*apertura pyriformis*", amit még igen előkelő szakirók dolgozataiban is láttam s ami „*tüzalakú* nyilást" jelentene, *piriformis*, azaz *körtealakú* helyett! Aztán meg a hirhedt „*kauther*", „kautherezés", vagy „cautherezés", amit azok szoktak igy irni, akiknek a görög szó sohasem elég görög s azt képzelik, hogy ha belebiggyesztenek egy *h*-t a *t* mellé, akkor még görögebb lesz.

Azonban: aki valamely hibát kipellengérez, az ne essék ugyanabba a hibába. Mert bizony a csirázó pete görögül *τὸ ἔμβρυον* tehát igenis *embryo*-nak és nem embrio-nak írandó, ha nem akarunk ásta verembe beleesni!

Sz. Liebermann Leó dr.

Iskolaorvosi és egészségtan tanári tanfolyam. Miután az előzetes jelentkezés szerint kellő számú orvosdoktor óhajtja az iskolaorvosi és egészségtan tanári tanfolyamot elvégezni, a tanfolyam április 15. junius 20. közt meg lesz tartva.

A felvételi kérvényeket születési bizonyitvánnyal, diplomával és esetleges működési bizonyitvánnyal, *Darányi* Gyula dr. egyet. ny. r. tanár, e. i dékánnak címezve az egyet. Közegészségtani Intézetben, VIII., Eszterházy-u. 9. személyesen vagy postán április 14-ig lehet benyujtani.

A felvételre folyamodóknak április 15-én szerdán d. u. 4 órakor a felvételi bizottság előtt személyesen meg kell jelenni, és felvétel esetén a kurzus diját a 85 pengőt le kell fizetni.

A tanfolyamra vonatkozó részletek az utolsó orvosi lapokban és a dékáni, valamint a Közegészségtani intézeti hirdető táblán olvashatóak.

Kecskemét Anya- és Csecsemővédő Intézete a Stefánia Szövetséggel és az Orvosszövetség kecskeméti fiókjának támogatásával *Tassy* József tiszti főorvos elnöklésével anya- és gyermekvédelmi előadást rendezett március 24-én a városháza termében, melyen jelen volt *Kiss Endre* polgármester a város tanácsnokaival is. *Szénássy József* a Stefánia Szövetség főorvosa tartotta meg előadását a gyermek és család védelméről, s a Duna-Tiszaközi vármegyék születési arányszámairól, mi *Pest megyében a legkisebb*. Kecskeméten nagy a csecsemőhalandóság, amelynek legnagyobb része a tanyai lakosságra jut. Ki kell tehát terjeszteni a nemzetmentő munkáját a legszélsőbb tanyákig és *fel kell állitani Kecskeméten is a Stefánia-fiókszövetséget*. Kecskemét városa már eddig is évi 30.000 pengővel járult hozzá a gyermekvédelemhez.

A MONE képviseletében Avarffy Elek dr. alelnök szólott az előadáshoz. Megállapitotta, hogy Kecskeméten az átlagnál magasabb a születési arányszám, de ezzel szemben igen nagy a halálozás, mert *100 halottra a 15 éves gyermekkorig 41 halott gyermek jut*. Ennek oka a „farmrendszer". Pedig a nagyháború félmillió magyarjának elvesztése után, a megritkult sorokat be kell süriteni. Már belátták, hogy az 1876-iki törvényt, amely a világ egyik legtökéletesebb egészségügyi törvénye volt, ma már a nemzeti és szociális szükségletekkel összhangba kell hozni. Bizik a belügyminiszter cselekvő erejében, amelyet már eddig is az orvosi társadalom részéről igen sok rokonszenv megnyilatkozása kisér. A nagygyülés *Merétey Sándor* védőintézeti főorvos lelkes szavaival végződött.

Balatonfüred Orvoshete. Ebben az évben május 18-tól 23-ig rendezik Balatonfüreden az Orvoshetet. Az előadók névsora: *báró Kétly László, Angyán, Illyés, Verebélyi, Lénárd, Hainiss, Kramár* egyetemi nyilvános rendes tanárok, *Hasenfeld, Thurzó, Zalka* egyetemi rk. tanárok, *Hetényi, Schill, Barla-Szabó, Haynal, Buday, Kanóc* egyetemi m. tanárok. Felvilágositást nyújt *Schmidt Ferenc dr.* egyetemi m. tanár, igazgató-főorvos Balatonfüreden.

A Német Röntgen Társaság emlékkövet állitott mindazon *röntgenologusok és radiologusok emlékére*, akik a röntgen- és radiumsugarakkal való foglalkozásuk közben életükkel áldoztak a tudomány fejlesztése és embertársaik gyógyitása érdekében vivott harcban. Az emlékkövet ünnepélyesen f. évi *április 4-én leplezik le Hamburgban*.

Az emlékmüvön a világ minden kulturállamából származó 150 áldozat neve van feltüntetve (orvosok, physikusok, chemikusok, laboransok, ápolónők), akik hivatásukhoz való hüségüket halálukkal pecsételték meg.

A röntgenologia magyarországi mártirjaiként Holzwarth Jenő, Simonyi Béla (Budapest), *Elischer Gyula* (Debrecen), *Schröder J.* (Győr), *Nyitrai Béla* (Békéscsaba), *Faragó Sándor* (Orosháza) vannak feltüntetve az emlékkövön.

A Franciaországban működő magyar tudományos központ értékes munkát végzett, amikor a magyar tudományos közlemények kivonatát szakonként csoportositva, azt francia nyelven 280 oldalas könyv alakjában kiadta. Minthogy ezt a munkát a külföldi érdekelt szakköröknek is megküldik, ezzel hivatását minden bizonnyal méltóképen megszolgálja. A most kiadott gyüjtőmunka az 1934. évben megjelent közleményeket tartalmazza.

Pályázat nőgyógyászati főorvosi állásra. A Charité Poliklinika Egyesület pályázatot hirdet nőgyógyászati főorvosi állásra. Folyamodni 1936 április 20-ig lehet.

Orvosdoktorrá avattattak a pécsi Tudomány Egyetemen március 24-én: *Borbényi László, Arató László, Járányi János, Harmat Imre*. Üdvözöljük az új kartársakat!

HETIREND

A Budapesti Királyi Orvosegyesület április 4-én, délután 6 órakor tartandó ülésének napirendje: Hozzászólások *Manninger Vilmos* „Egyenletes sugárelosztást biztosító készülék radiumtüzdelésre" címen március 21-én tartott bemutatásához. — Bemutatás: *Pólya Jenő:* Gyomorrák és sigmarák sikeres eltávolítása ugyanazon egyénből. — Előadások: 1. *báró Korányi Sándor:* A tüdővész elleni küzdelem eredményének kritikája. 2. *Bakay Lajos:* A sebészi gümökór kezelése.

A Budapesti Orvosi Kör előadássorozatának április 6-i előadását este 7 órakor *Kunszt János dr.* tartja az „Ivókúrák a budapesti hévvizekkel" címmel. Ezen előadást a Rudas fürdőben tartják, s utána a hallgatóság megtekinti a fürdő berendezését és a gyógyforrásokat.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Pályázati hirdetmény.

Baja város közkórházánál a sebészeti osztályon üresedésben levő, az állami rendszerű X. fiz. osztály 3. fokozata szerinti fizetés, egy szobából álló természetbeni lakás, fütés és világitás és 50%-os téritmény ellenében kiszolgáltatandó I-ső osztályú élelmezésből álló javadalmazással járó alorvosi állásra 1936. évi április hó 20-iki lejárattal pályázatot hirdetek.

A háromévi segédorvosi vagy azzal egyenlőértékü szolgálattal, sebészeti, szülés-nőorvosi gyakorlattal bírók, vagy mütök, illetve szakorvosok előnyben részesülnek.

Az állás kinevezetés esetén, esetleg távirati meghivásra is, lehetőleg azonnal elfoglalandó.

Szabályszerüen felszerelt, kellő okmánybélyeggel felbéyegzett pályázati kérvények a jelzett határidőig méltóságos apatini Fernbach Bálint dr. főispán úrhoz címzetten, a városi közkórház igazgatóságánál nyujtandók be.

Baja, 1936. március hó 28.

Borbíró Ferenc dr. s. k.
polgármester.

Kimutatás 1936. március 22—28-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) s halálesetekről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphteria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomielitis.		Morbilli.	Influenza.	Malaria.	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mb.	Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.411	2	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	1	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	38	1	—	—	—
3. Baranya	251.620	5	1	1	—	4	—	12	—	—	—	—	—	3	6	2	—	—
4. Békés	335.874	2	—	—	—	2	—	4	—	1	—	1	—	49	3	1	—	—
5. Bihar	180.415	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	1	1
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	36	—	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	1	—	—	—	3	—	6	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—
8. Csongrád	148.353	1	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	56	—	—	—	—
9. Fejér	231.165	1	—	1	—	2	—	6	—	—	—	—	1	94	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	81	1	—	—	—
11. Hajdu	182.047	—	—	—	—	5	1	8	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—
12. Heves	322.207	3	1	1	—	4	—	4	—	—	—	—	—	4	2	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	420.142	2	—	—	—	5	—	6	—	—	—	—	—	51	4	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	2	1	—	—	—	—	13	—	—	—	—	—	14	—	—	—	—
15. Nográd és Hont	227.958	—	—	—	—	5	—	3	—	—	—	—	—	64	1	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,437.226	3	2	3	—	30	2	48	—	1	—	1	—	118	—	—	—	—
17. Somogy	389.792	1	—	—	—	7	—	6	—	—	—	—	—	119	—	8	—	—
18. Sopron	143.128	—	—	—	—	1	—	6	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	5	2	1	—	2	1	—	1	—	—	1	—	34	—	1	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	5	—	7	—	—
21. Tolna	267.133	1	1	—	—	4	—	12	—	—	—	—	—	26	—	—	—	—
22. Vas	273.776	1	—	—	—	1	—	12	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—
23. Veszprém	246.551	1	—	—	—	3	—	7	—	—	—	—	—	40	1	—	—	—
24. Zala	368.371	2	—	—	—	3	—	6	—	—	—	—	—	26	—	1	—	—
25. Zemplén	149.043	2	—	2	—	3	—	7	—	—	—	—	—	35	—	—	—	—
I. Baja	29.791	—	—	—	—	4	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1.035766	2	—	3	—	39	—	83	—	1	—	—	—	92	2	—	—	—
III. Debrecen	122.825	—	—	—	—	3	—	4	—	—	3	—	—	4	—	—	—	—
IV. Győr	50.828	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.659	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.399	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—
VIII. Pécs	67.527	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	4	—	—	—
IX. Sopron	36.023	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.287	—	—	—	—	2	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	19	—	—	—	—
Összesen:	8,898.367	41	8	13	—	152	5	277	1	3	3	7	2	1055	26	20	1	1
Előző évben:		12	4	8	3	176	15	164	4	2	—	—	—	709	361	10	—	—

Ekzema, furunculus gyulladásos sebek, lábszárfekélyek, szőrtüszőgyulladások stb, kezelésére.

„DERMASEPT" kenőcs

Főlerakat „Humanitás" gyógyszertár, VI., Erzsébet királyné út 30.

Sebek, fekélyek gyors behámositása és sarjadzása. Különböző bőrbajoknál a viszketés, gyulladás megszüntetése és a gyors gyógyulás elősegitése.

Miért Theosan dragée?

Mert:

1. a circulatiós zavarok gyógyitásában kitünően bevált **theobromint hatásos alakban** viszi a szervezetbe;
2. a dragée **megvédi** a száj-, nyelőcső- és gyomor **nyálkahártyáját** az erősen alkalikus theobromin **maró, edző hatásától;**
3. a theobromin a levegő szénsavának hatása alatt könnyen megváltozik, oldékonyságából, hatóerejéből veszit; a dragée-réteg azonban **megvédi** ettől a **bomlasztó hatástól;**
4. dragée alakjában jod, brom, papaverin, calcium, digitalis, luminal stb. **bármely gyógyszeres agenssel kitünően kombinálható;**
5. **kellemes és pontos adagolást tesz lehetővé;**
6. **hatása biztos, constans, huzamos időn át is szedhető,**
7. **gazdaságos, olcsó!**

Theosan-készitmények 20 dragéet tartalmazó csomagolásban:

Agatheosan 2.40 P	Theobromin. pur.	gr	0.25
	Ac. phenylaethylbarb.	„	0.02
	Nitroglycerin	„	0.0005
Bromcalcium-theosan 2.— P	Theobromin-calcium bromatum Dr. Wander	„	0.40
Calciumtheosan 1.40 P	Theobromin calc. aceticum (53% theobromin-tartalommal)	„	0.25
Coffotheosan 2.60 P	Theobromin. natr. sal.	„	0.25
	Coffeini natr. benz.	„	0.10
	Scillcosid	„	0.025
Digitheosan 2.20 P	Theobromin, natr. salicyl.	„	0.25
	Pulv. digit. titr.	„	0.025
Jodcalcium-theosan 2.40 P	Theobromin. calc. jodatum Dr. Wander	„	0.40
Jodpapaverin-theosan 3.60 P	Theobromin natr. sal.	gr	0.25
	Natrium jodatum	„	0.15
	Papaverin pur.	„	0.04
Jodtheosan 2.20 P	Theobromin. natr. sal.	„	0.125
	Natrium jodatum	„	0.125
Jodtheosan forte 2.40 P	Theobromin natr. sal.	„	0.25
	Natrium jodatum	„	0.15
Papaverin-theosan 3.20 P	Theobromin. natr. salicyl.	„	0.25
	Papaverin pur.	„	0.04
Theosan 1.80 P	Theobromin. natr. salicyl.	„	0.25

Mintával, irodalommal készséggel szolgál:

DR. WANDER

GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR R.-T.

X., KERESZTÚRI-UT 30—34. SZ.

Pályázati hirdetmény.

Békéscsaba m. város közkórházánál községi orvossá történt megválasztás folytán megüresedett egy segédorvosi állásra a szülészeti osztályra pályázatot hirdetek. Az állás javadalma a XI. fiz. osztály III. fokozata szerinti fizetés, a rendeletekkel fennálló csökkentésekkel, egy szoba butorozott lakás fütéssel, világitással, első osztályú természetbeni élelmezés, mely utóbbi önköltségi árának 50%-a megtéritendő.

Felhívom a pályázni szándékozókat, hogy orvosi oklevéllel, curriculum vitaevel, esetleges addigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám, cimezve a békescsabai közkórház igazgatóságához beküldve f. é. április 30-ig nyujtsák be, mert később érkező pályázatokat figyelembe nem veszünk. A kérvényre 2 P-s okmánybélyeg ragasztandó.

Szülészeti osztályon müködök előnyben részesülnek.

A kinevezés 2 évre szól, de meghosszabbitható. Magángyakorlat nem folytatható.

Gyula, 1936. március 28.

Vitéz *Márky Barna dr.* s. k.
alispán.

Fogorvosnak nagyon alkalmas hallos ötszobás csukott-erkélyes lakás azonnalravagy májusra **kiadó** VII., RÁKÓCZI-ÚT 52., III. em. (lift)

Butorozott nyaraló csendes nagy parkban, (a Zuglige[illegible] felső végében) 5 nagy szobával, mellékhelyiségekkel és csukható verendával **idénylakásnak** azonnal **kiadó.** Alkony-út 3—5. Tel. 33-0-03 1/2 2—1/2 3 között.

Sedyl és Sedyletta tabletták

Phenylaetylmalonylcarbamid

10×0·10=1.10
10×0·30=2.00
Sedativum
Hypnotikum
Antiepileptikum

30×0.015=1.10
Általános hatásu psychikus megnyugtató, kitünö spasmolitikum

Podmaniczky gyógyszertár, VI., Budapest.

SEMMERING SANATORIUMOK

Ideális magaslati gyógyhelyek, üdülők, lábbadozók részére, diétás kezelések, diabetes, Basedow, Asthenia és Anämia esetekben.

„KURHAUS SEMMERING"
Főorvos: **Dr. Fr. Hansy** e. ü. főtanácsos.
Árak: 21 S-től.
„SEMMERING SANATORIUM"
Főorvos: **Dr. V. Hecht.**
Árak: 14 S-től.

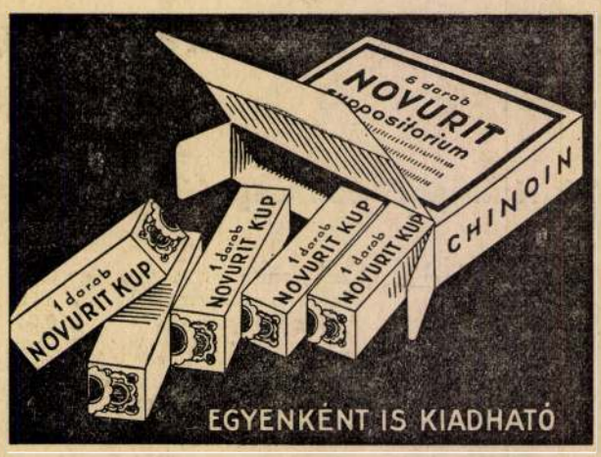
PNEUMONIA, TÜDŐCOMPLICATIÓK MEGELŐZÉSÉRE.

PNEUMOSTOP

MAGAS CHININ- ÉS CAMPHOR-TARTALOM.

Dr. BAYER ÉS TSA.

* CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN *



NOVURIT kup

Kezdődő cardialis hydropsnál. Hydrophil elhizás kezelésére. NOVURIT injectiót kizáró esetekben.

NOVURIT kup darabszám is rendelhető!

(minden kup külön csomagolva)

1 drb. ára . . . . . P **1.30**
5 „ „ dobozban . P **6.10**

CHINOIN gyógyszer- és vegyitermékek gyára r. t., UJPEST

* CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN *

CENTRUM KIADÓVÁLLALAT RT., IX., KÖZTELEK-U. 1 · IGAZGATÓ: BORNEMISZA GÁBOR.

80. évfolyam. 15. szám. Budapest, 1936. április 11.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-ut 26., II. em. Telefon: 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 a kiadóhivatalban

Előfizetési dij: Az „Orvosi Hetilap"-ra és Az Orvosi Gyakorlat Kérdéseire együttesen egész évre 26 pengő, 220 csk., 350 dinár, 800 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belföldi dijak + portóköltség; félévre ezen összegek fele; negyedévre negyede, egy hóra 2.50 pengő. — A „Magyar Orvosi Archivum" egész évre 10 pengő, 70 csk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

Előfizetések küldendők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968 sz. postatakarékpénztári csekkszámlára. *Csehszlovákiában:* Lucenska Uverna Banca Uc. Spol.-hoz „O. H. betétkönyvére" Lucenec; *Jugoszláviában:* a Somborska 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.

Polyglandol

a thyreoidea, thymus, hypophysis pars anterior és a sexualmirigyek hormonjait tartalmazza.

Az anyagcsere erőteljes fokozásával a testsúly csökkentését idézi elő.

Árleszállitás!

A Polyglandol masc. és fem. dragée uj ára:

30 dragée	P. 3.40
60 „	P. 5.90
10 amp. à 1 ccm	P. 8.50

DR. EGGER LEÓ és EGGER I. BUDAPEST VI.

A gyógyászat minden ágában, különösen specialis megbetegedéseknél a legjobb eredménnyel alkalmazzák az elektromos rövidhullámokat. Kitünő eredményeket értek el a **rövidhullámú**

TERTABREVIS

300 Watt teljesitményü kezelőkészülékünkkel. Megfelelő elektrodák alkalmazásával 25 m-es hullámhosszra átkapcsolva, láztherapiára is kiválóan alkalmas.

Egyéb gyártmányok: röntgen-, diagnostikai- és therapiáskészülékek, diathermiás és kapcsolókészülékek, kvarclámpák stb.

Részletes árajánlatunkat, prospektusunkat és kedvező fizetési feltételeinket készséggel megadjuk.

TELEFONGYÁR RÉSZVÉNYTÁRSASÁG elektromedikai oszt.
Bpest. XIV., Hungária-középkörut 126-128. Tel.: 97-9-30.

HYPERACIDITAS, ULCUS VENTRICULI ET DUODENI ESETÉN

ALUCOL
ALUCOL CUM BELLADONNA ÉS
ALUCOL COMPOSITUM

A RATIONALIS THERAPEUTICUMOK!

Alucol

colloid. aluminium hydroxid:
tabletta és por.

Colloid-chemiai uton köti meg a feleslleges gyomorsavat. A gyomor és a bél nyálkahártyáját gelé-szerü colloidmasszával vonja be és védi.
Nincs neutralis sóképződés, a pepsines emésztés zavartalan marad.

Alucol cum belladonna

Alucol + tinct bellad
Tabletta és por.
A specialis Alucol-hatáson kivül csökkenti a nagyfoku gyomorsavelválasztást, megszünteti a gyomorgörcsöket.

Alucol compositum

Alucol, extr. bellad., papav. hydrochl. és aethyl. aminobenz.
Csak tabletta alakban.
A kinzó ulcus-fájdalmakat, éhségfájdalmat prompt megszünteti, csökkenti a sósavelválasztást. Sippy-kurához igen alkalmas.

MINTÁVAL, IRODALOMMAL KÉSZSÉGGEL SZOLGÁL A
DR. WANDER GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR R. T. BUDAPEST.

80. évfolyam. 15. szám. Budapest, 1936. április 11.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC ISSEKUTZ BÉLA GORKA SÁNDOR HÜTTL TIVADAR
VÁMOSSY ZOLTÁN POÓR FERENC REUTER KAMILLÓ ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Milkó Vilmos: A sárgaság sebészetének kérdéseiről. (332—336. oldal).
Molnár István és ifj. Marsovszky Pál: A zsíranyagforgalom cerebralis szabályozásáról (336—338 oldal).
Razgha András és Maio Mario: A transsudatio szerepe az álló véroszlop elvén alapuló vérnyomásmérésben. (338—340. oldal).
Ruzicska Gyula: A chorionepithelioma és a mola hydatidosa a mennyileges hormonmeghatározás szempontjából (Folytatás). (340—344. oldal).
Móritz Dénes és Kulcsár Margit: Adatok a meningitis tuberculosa kórtanához. (344—345. oldal).
Varga Aladár: Az akne sexualis hormonális gyógyítása. (345—346. oldal).
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (57—60. oldal).
Lapszemle: Belorvostan — Sebészet — Szülészet — Szemészet — Gyermekgyógyászat — Bőrgyógyászat — Elméleti. (346—348. oldal).
Könyvismertetés: (348—349. oldal).
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (349—353. oldal).
Huzella Tivadar: Az ember, az ismeretlen (Carrel Alexis könyve). (353—356. oldal).
Zemplényi Imre: Aktualitások. (356—357. oldal).
Vegyes hírek: (357—358. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán).

A sárgaság sebészetének kérdéseiről.*

(Klinikai előadás.)

Irta: *Milkó Vilmos dr.*, egyetemi c. rk. tanár, közkórházi főorvos.

Ha a sárgaság sebészi vonatkozásaival foglalkozunk, úgy mindenekelőtt szemügyre kell vennünk azokat a veszélyeket és ártalmakat, amelyek a sárgaságban szenvedő beteg sajátos alkatából származnak, amelyek az ilyen betegeken végzett műtétet mindig többé-kevésbbé kényessé, a prognosist bizonytalanná teszik és a műtéti előkészítés és altatás, valamint a műtét kivitele és az utókezelés szempontjából különleges óvintézkedéseket tesznek szükségessé. Ezen veszélyek és ártalmak között első helyen említendők a májműködés zavarai *és az idült sárgaságban* szenvedő beteg sajátszerű vérzési hajlamossága, ami a műtét egyik legsúlyosabb szövődményének az u. n. cholaemiás utóvérzésnek okává válhatik.

Ami a májműködés zavarait illeti, mindenekelőtt meg kell állapítani, hogy minden ikterusos beteg már bizonyos fokú májlaesióban szenved, melynek súlyosságát azonban — bármilyen fontos volna is ez a műtéti teherbírás megítélése szempontjából — műtét előtt teljes pontossággal megállapítani nem mindig tudjuk. Igaz, hogy ma már a szépen kidolgozott és részben igen szellemes májfunctiós próbák egész seregével rendelkezünk, ezen próbák értékét azonban lényegesen csökkenti az a körülmény, hogy csupán a máj egyes részletfunctióiról adnak felvilágosítást. A máj összműködését még több eljárás együttes alkalmazásából sem ítélhetjük meg, azon egyszerű okból, mert a máj bonyolult élettani functióinak nagy részét még nem is ismerjük. Egy további baj az, hogy a májfunctiós vizsgálatok nagyrésze nehéz methodikát, complicált és költséges laboratoriumi berendezést igényel. Egyes aránylag egyszerű eljárások vagy túlérzékenyek, mint az urobilinogenreactio, vagy pedig, mint a festékkiválasztási próbák éppen sárgaságban nem használhatók. Végül nem szabad elfelejteni, hogy az ikterusos betegek gyakran oly súlyos állapotban vannak, hogy náluk a szükséges májfunctiós próbák el sem végezhetők, vagy pedig olyan sürgős a műtét, hogy már nincs elég idő ezen vizsgálatok elvégzésére.

Az elmondottak alapján bizonyos fokig megérthetjük, ha nem is helyeselhetjük azon szerzők álláspontját, akik, mint különösen *Nordmann*, a sebész szempontjából a májfunctiós vizsgálatoknak semmi értéket nem tulajdonítanak.

A kérdés mai állásában leghelyesebb, ha *Hetényi* véleményéhez csatlakozunk, ki az 1934.-ben tartott orvosi nagyhéten a májfunctio sebészi jelentőségéről tartott kitünő referatumában a következőket mondta:

„A májműködés zavarainak felismerésében az anamnesisnek és a beteg klinikai vizsgálatának nagyobb szerepet kell tulajdonítani, mint a laboratoriumi módszereknek, ha a műtéti prognosist, vagy a gyógyítás módját akarjuk meghatározni."

A sebész tehát a máj működési állapotát első sorban a klinikai kórképből fogja megítélni.

Ami már most a klinikai tüneteket illeti, a máj súlyos functiozavarára kell gondolnunk mindig, ha sárgaságban szenvedő betegünk általános állapota feltünően rossz, ha a beteg elesett, apathikus, aluszékony, bradykardiás, ha nyelve száraz, deszkakemény, vizelete kevés, különösen, ha ezeken kívül még az epeutak gyulladásának tünetei is észlelhetők, hidegrázással kezdődő kisebb-nagyobb hőemelkedések alakjában. Itt hangsúlyozni szeretném, hogy *a sárgaság egymagában relative veszélytelen állapot*, de veszélyessé teszi azt az előbb-utóbb hozzácsatlakozó fertőzés, a cholangitis és ennek következményei. Hosszantartó, intensiv sárgaság ellenére a betegek közérzete, étvágya, általános állapota kifogástalan lehet, sőt még súlygyarapodás is lehetséges. Az ilyen betegek a műtétet és narkosist is sokszor meglepően jól tűrik. Mindez azonban egy csapásra megváltozik, ha az ikterushoz epeútfertőzés is csatlakozik. Ez esetben a klinikai kép hirtelen súlyosra fordul, a betegek általános állapota gyorsan leromlik és műtéti teherbírásuk a minimumra csökken. Aránylag egyszerű és sima lefolyású műtét ellenére

*) A Közkórházi Orvostársulatban 1936. febr. 19-én tartott előadás.

a betegek állapota semmi javulást nem mutat, sárgaságuk nem csökken, vagy még intensívebbé válik.

Az ilyen betegek műtét után még akkor sem tudják összeszedni magukat, ha az epelefolyás akár kifelé, akár per vias naturales teljesen biztosítva van, csakhamar comatosus állapot fejlődik ki oliguriával, vagy teljes anuriával, majd fokozódó szívgyengeség tünetei között gyorsan beáll a vég.

A másik nagy veszedelem, ami a sárgaságban operált beteget fenyegeti: a műtét utáni parenchymás vérzés, amit általában cholaemiás vérzésnek szokás nevezni. Egyszerűség kedvéért a továbbiakban én is ezt az elnevezést fogom használni. A cholaemiás elnevezés azonban tulajdonképen helytelen, mert a vérzést, amint az különösen *Morawitz* és *Bierich* vizsgálataiból kiderült, nem a cholaemia okozza, hanem az valószínűleg a májlaesióval függ össze. Hogy ez tényleg így van, az legkézzelfoghatóbban *Wildegans* kisérleteiből derült ki, aki a choledochust directe a vena cavaba ültette be, tehát mesterséges cholaemiát hozott létre s ennek ellenére sem tapasztalt fokozott vérzési hajlamot. Klinikai tapasztalatok is ellene szólnak a vérzés cholaemiás eredetének.

Nemrégiben operáltam egy 50 éves asszonyt, súlyos septikus cholangitissel, aki igen rossz állapotban került műtétre. A műtétet a beteg súlyos állapota miatt két szakaszban hajtottam végre. Elsőizben csak cholecystostomiát végeztem, ami után a beteg állapota rohamosan megjavult, lázai elmultak, sárgasága teljesen megszünt és gyorsan összeszedte magát. Az epesipoly azonban nem záródott be, állandóan igen bő epefolyás állott fenn, úgy hogy 3 hónappal később újabb beavatkozásra kellett elhatározni magamat. Ezen második műtét alkalmával a choledochust teljesen elzáró nagy mogyorónyi epekövet távolitottam el. A műtét rövid ideig tartott és teljesen simán folyt le, utána a beteg 5 napig teljesen jól érezte magát és már biztosra vettük a gyógyulását, amikor egyszerre csak súlyos parenchymás vérzés lépett fel, amit semmi módon nem sikerült megszüntetni. Ez az eset tehát, amelyhez hasonlókat *Kuttner* és *Heller*, újabban pedig *Orth* ismertették, szintén amellett szól, hogy az ilyen vérzéseket nem a cholaemia, illetve epealkatrészeknek a vérbe történt felszivódása, hanem egyéb okok idézik elő.

A „cholaemiás" vérzések tulajdonképeni oka még ismeretlen és sajnos, éppenúgy, mint a máj működését, a vérzési hajlamosság fokát sem tudjuk műtét előtt pontosan megállapitani, mert sem a véralvadási, sem a vérzési idő, sem a vérsejtsüllyedés ideje, (aminek újabban egyes szerzők különös jelentőséget tulajdonítanak) nem adnak erről megbízható felvilágositást. Csupán annyi látszik bizonyosnak, hogy itt a vér alvadási képességének valamely zavarával állunk szemben, de hogy mi okozza ezt a zavart, azt mindezideig biztosan megállapitani nem sikerült. Az a régebbi nézet, hogy az alvadási zavart mészhiány okozza, tarthatatlannak bizonyult, mert a vércalciumtükör a legsúlyosabb ch. vérzés dacára is normalis lehet. *Kappis, Wildegans* és mások vizsgálatai továbbá kimutatták, hogy az ikterikusok vérében az alvadás összes egyéb tényezői is legtöbbször elegendő mennyiségben és minőségben vannak jelen, úgy, hogy a vérzések okát másutt kell keresni. Vajjon a vér kolloidális egyensúlyzavaráról van-e szó, amint azt *Kappis* és *Machuth* in vitro végzett alvasztási kísérleteikből következtették, az még vitás. Ugyancsak erősen hypothetikus jellegű és további bizonyitásra szorul *Seifert* elmélete, aki a ch. vérzések okát az epelefolyás zavaraiból származó „D" vitamin hiányában keresi.

Tekinettel már most arra, hogy műtét előtt sem a májlaesio fokát, sem a vérzési hajlamosság nagyságát nem tudjuk pontosan megállapitani és így még klinikailag enyhének látszó esetekben is számolnunk kell e két súlyos complicatio lehetőségével, ennélfogva úgy a könnyű, mint a súlyos sárgaság eseteiben mindent el kell követnünk, hogy e veszedelmek lehetőségét a minimumra csökkentsük.

Ezen irányelveket szem előtt tartva a következőképen járunk el:

Minden ikterusos betegünk már műtét előtt napokkal , (lehetőleg 8—10 nappal) fehérje és zsírszegény, de szénhydrátdús kosztot kap, ezenkivül napjában 1—2-szer 50 ccm 40%-os dextrose oldatot intravenásan.

A dextrose kezelés alapja a májparenchyma védelme a máj glykogenraktárának feltöltése által, ami a máj méregkötő képességét fokozza és regeneratióját elősegiti. A dextrose mellett napjában 3×5 — 10 egység insulint is adunk, aminek értékét illetőleg azonban a vélemények még nem egységesek. A szerzők egyrésze az insulint elveti, mert fél a hypoglykaemia veszélyétől; mi eddig semmi hátrányát nem tapasztaltuk s ezért továbbra is adni fogjuk.

A ch. vérzések megelőzése céljából a még ma is általánosan ajánlott *praeventiv* mésztherapia chlorcalcium intravenás, intramusculáris v. rectalis adagolása alakjában, ha nem is ártalmas, de mindenesetre felesleges eljárás. Elméletileg mindenesetre észszerűbb és úgy látszik gyakorlatilag is eredményesebb eljárás a vérátömlesztés, amit mi különösen a cholangitises és cholaemiás betegek operatiója előtt rendszeresen alkalmazni szoktunk, súlyos esetekben nemcsak közvetlenül a műtét előtt, de már a műtétet megelőző napon is.

Ami az *ikterusos betegek* műtéti érzéstelenítését illeti, én nem osztom azon szerzők véleményét, akik itt az általános bódítás minden fajtáját elvetik és csak a helybeli, a splanchnikus vagy a lumbalis érzéstelenitést tartják megengedhetőnek. A mi tapasztalataink amellett szólnak, hogy az ikterusos betegek az óvatosan alkalmazott és 1—1½ óránál tovább nem tartó aethernarkosist, igen jól tűrik. Végeztünk egyéves sárgaságban szenvedő 76 éves betegen cholecystogastrostomiát, többéves sárgaságban szenvedő epeköves betegeken 1—1½ órás műtéteket aethernarkosisban minden baj és utókövetkezmény nélkül. Az aethernarkosis előnyeit ikterusban újabban *Payr* klinikájáról *König* is hangsúlyozza. Magától értetődik azonban, hogy súlyos cholaemiás esetekben mi is lehetőleg tartózkodunk az általános érzéstelenítéstől. Az avertin narkosist, a májra gyakorolt toxikus hatása miatt természetesen ikterusos betegen minden formájában kerülni kell.

Az ikterusos beteg sorsa nagymértékben függ még a műtéti technikától és a helyesen irányított utókezeléstől is. Kiméletes és gyors dolgozáson kivül a májszövet műtét alatti kímélése és a legpontosabb vérzéscsillapitás elengedhetetlen követelmény. Amennyire csak lehetséges, kerülni kell a májnak műtét alatti nyomkodását, a hasfaltartó lapocokkal zúzását és erőszakos kiemelését. Az epehólyag kiirtását legtöbbször retrograd a cysticus felől és lehetőleg subserosusan végezzük a májágy sértése nélkül, mert vérzékeny egyéneken a májágyból nagyon kellemetlen és alig csillapitható utóvérzést kaphatunk. Kerülni kell a májágy feszes tamponálását is, mert ezt az amúgy is hiányosan működő máj rosszul tűri, a tampon kihuzása után pedig utóvérzés léphet fel.

Az utókezelés talán még fokozottabb gondot és ellenőrzést kiván. Minden betegünk a narkosisból ébredése után azonnal csepegő csőrét kap 10% dextrose oldattal, azonkivül az acidosis veszélye miatt napjában 2×10 — 20 egység insulint. Ezt műtét után legalább 2 napig, súlyos esetben tovább is folytatni kell. E mellett a beteg intravenásan is kap dextroset. Az ápolószemélyzetet gondosan ki kell oktatni, hogy lelkiismeretesen ügyeljen a vizelet pontos mérésére és méginkább az esetleges utóvérzésre. Oliguria, illetve anuria mindig nagyon aggasztó

jel s *ha a renalis eredet kizárható,* a rossz májműködés, illetve májelégtelenség legbiztosabb tünete. Ily esetben *Orator* és *Straaten* ajánlatára néha még jó eredménnyel lehet húgyhajtó szereket, euphyllint v. diuretint adni.

A cholaemiás utóvérzés első gyanujele sokszor az, hogy a beteg közérzete feltünően romlik és a kötésből kiszivárgó, vagy a hepaticusdrainből kifolyó epe véres. Természetesen mihelyt a kötés véres átivódásából a ch. utóvérzés gyanuja merül fel, azonnal kötéscserét kell végezni és a vérrel átivódott gazecsíkokat eltávolítani. Ha meggyőződtünk arról, hogy valóban a ch. vérzésre jellemző *diffus parenchymás* vérzésről van szó, újra szorosan, esetleg stryphnongazecsíkokkal tamponálunk és utána rögtön nagy vérátömlesztést végzünk legalább 500 ccm vérrel, amit szükség esetén a következő napokban még többször meg is ismételhetünk.

Ezzel az eljárással sikerült két nagyon súlyos esetünkben a már teljesen kivérzett és hidegen, pulsus nélkül fekvő betegünket megmenteni. A vérzés tamponálásra és egyszeri nagy transfusióra rövidesen megszünt. Sajnos a transfusio eredménye sem mindig ilyen eklatáns, mert két másik esetünkben ismételt transfusióval is csak átmeneti eredményt tudtunk elérni s betegeink a megújuló vérzésnek áldozatul estek. Ujabban *Berczeller* és *Schönbauer* a véralvadási idő csökkentése és a cholaemiás vérzések megakadályozása céljából kisebb mennyiségű idegen vércsoportbeli vér transfusióját ajánlották, amire mi eddig nem tudtuk magunkat elhatározni.

A vérátömlesztésen kivül még számos egyéb kisérlet történt a ch. vérzések megszüntetésére. Ezen eljárások legnagyobb részének azonban önkényes feltevésekből kiinduló elméleti okoskodás az alapja. Ilyen a még mindig gyakran alkalmazott mész és gelatintherapia, a *Haberer* klinikájáról ajánlott quarczfénybesugárzás, a marhaepe és D vitaminadagolás, az A. T. 10.-el és nateina Llopissal végzett kezelés stb.

Elméletileg mindezeknél jobban megalapozottnak látszik a *Kappis* és iskolája által ajánlott alkalitherapia. Napjában 20 gm natr. bicarbonicumot adnak per os vagy intravenásan. Az eljárás alapja az, hogy in vitro végzett alkalisálással sikerült a vér alvadási idejét lényegesen meggyorsítani. Ezen eljárást már egyszerűsége miatt is érdemes megpróbálni.

Ezek után már most röviden szólni akarok a sárgaság néhány olyan alakjáról, amelyekben műtéti beavatkozásról lehet szó. Nem akarok itt az egyes kórképek részletes tárgyalásába bocsátkozni, csak néhány kérdést kivánok érinteni a diagnosis, a műtéti indicatio és a technika szempontjából. Lássuk mindenekelőtt a sebészt legjobban érdeklő epeköves eredetű sárgaságot, melynek okát csaknem mndig a mélyebb epeútakban: a choledochusban v. a hepaticusban ülő kövek képezik. A kórisme általában könnyű, mert a sárgaság megjelenését legtöbb esetben typikus epegörcsök előzik meg. Az esetek egy részében azonban a bántalom kifejezett kolikák nélkül folyik le, hiányzik a localis érzékenység és minden egyéb helyi tünet is, úgy, hogy a kórkép előterében csupán a sárgaság áll. Ily esetekben a differentialdiagnosis hepatogen és mechanikus ikterus között nagyon nehéz lehet, sőt vannak szerzők, akik egyáltalán tagadják a biztos elkülönítés lehetőségét.

A cholecystographia itt legtöbbször teljesen cserben hagy, egyéb eljárások, mint a vizelet urobilinogen vizsgálata, a nyombélsondával történő vizsgálatok és még sok más, melyek részletezésébe nem bocsátkozhatom, nem teljes értékűek. Legtöbbet talán még az alimentaris galaktosuria vizsgálatától várhatunk, melynek erősen positiv volta, mint azt *Hetényi* is kiemeli, parenchymás ikterus mellett és a köves elzáródás ellen szól. Vigyáznunk kell már most, nehogy ily kétes esetekben a köves elzáródás lehetőségét *ab ovo* kizárva az egyedül célhoz vezető műtétről egyszer és mindenkorra könnyelműen lemondjunk. Több oly esetet észleltünk, ahol a betegnek hónapokig tartó igen intensiv ikterusa volt máj és lépnagyobbodással, ascitessel, előrement fájdalmak és kólikák nélkül, úgy, hogy a valószínűségi kórismét daganatra, vagy hepato-lienalis betegségre tettük, s a műtét, illetve boncolás alkalmával az ikterus okául mégis a papillába beékelt choledochuskövet találtunk. Amióta ilyen eseteket láttam, az az álláspontom, hogy minden idült sárgaságban levő beteget, ha az állapot belgyóászati kezelésre nem javul, kétes diagnosis esetén is megoperálok. Positiv Wa reactio a műtéttel szemben ellenjavalatot nem képezhet, mert e reactio, mint tudjuk sárgaságban is gyakran positiv. Antilueses kúrákkal tehát hacsak manifest luesről nincs szó, csupán időt vesztegetünk és elszalasztjuk a műtét végrehajtására legkedvezőbb időpontot.

Felmerül már most az a kérdés, hogy biztos, vagy legalább is valószínű diagnosis esetén mikor operáljuk meg a sárga epeköves beteget. Erre vonatkozólag újabban örvendetes közeledés tapasztalható a belgyógyászok és sebészek álláspontja között. A belgyógyászok egy része azonban még ma is a műtét halogatása mellett van. Sárgaságban nem szeretnek operáltatni, mert félnek a műtét után várható szövődményektől és az ikterusban végzett choledochotomiák nagy mortalitásától s ezért nem egyszer a végsőkig iparkodnak kitolni a műtét idejét abban a reményben, hogy a kő spontán távozásával az ikterus előbb-utóbb megszünik. Ezzel szemben vezető sebészeink többsége már régen azt a felfogást vallja, hogy a sárga epeköves beteget az ikterus megjelenésétől számított 2 legfeljebb 3 hét mulva meg kell operálni. Részemről ezen álláspontot fenntartás nélkül magamévá teszem. Amíg az ikterusos betegünk láztalan és fertőzésnek, májelégtelenségnek nyoma nincs, addig a műtét kilátása kedvező, amit legjobban igazol az, hogy a fertőzésmentes állapotban operált choledochotomiáink közül eddig egyet sem veszítettünk el, amiben kétségtelenül a szerencsés véletlen is játszhatott bizonyos szerepet. A műtétet tehát a sárgaság korai stadiumában kell elvégezni. Ha addig várunk, míg az ikterushoz szövődmények: septikus cholangitis, májtályog, pankreatitis stb. társulnak, akkor az eredmények rosszak lesznek. A cholangitises fertőzés veszélye állandóan ott lebeg az epeköves beteg feje felett és egyik óráról a másikra bekövetkezhetik.

A fertőzés bekövetkezésének időpontja előre sohasem határozható meg. Láttunk olyan beteget, akin ez a végzetes complicatio 8 hónapos sárgaság után állott be, és láttunk olyanokat, ahol ez a sárgaság megjelenése után 3 nappal és oly súlyos formában következett be, hogy már az idejében végrehajtott műtét sem tudta a beteg életét megmenteni.

Az ikterusos kőbetegeken végzett choledochotomiák nagy halálozási százaléka teszi időszerűvé azt a különben is igen fontos kérdést, hogy kell-e és célszerű-e ily esetekben a kő eltávolitása után a choledochust drainezni, vagy *helyesebb-e* azt primaer összevarrni. Ez a kérdés már rengeteg sok vitára adott alkalmat a legkiválóbb szakemberek részéről s hogy milyen ellentétek uralkodnak még ma is e téren, arra legjellemzőbb két egészen elsőrangú német sebésznek, *Kirschnernek* és *Haberernek* egymással homlokegyenest ellenkező álláspontja.

Az bizonyos, hogy a hepaticus drainagenak az epekősebészetben elfoglalt positiója már távolról sem olyan szilárd, mint azelőtt. *Kirschner* talán kissé túloz, amikor a hepaticus drainage-t évtizedek óta magunkkal cipelt, az élettani viszonyokkal ellenkező, elavult eljárásnak bélyegzi, de sokban igaza is van. Nem vitatható, hogy sú-

lyos septikus cholangitis esetén a genyes, toxikus epének kifelé vezetése átmenetileg csak hasznos lehet, de ha nincs ilyen súlyos fertőzés és a choledochus biztosan átjárható, akkor észszerűbb az epét mindjárt a rendes útjára bocsátani, különösen, ha a choledochus tág és jól varrható. A hepaticus drainage nagy hátránya különösen szembetünő huzamos ideig tartó sárgaság után, amikor a szervezet már ugyis túlsokáig volt kénytelen egyik legfontosabb emésztőnedvét nélkülözni. Ha ehhez még most további hetekig tartó epeveszteség járul, az a kimerült betegre végzetes lehet.

Egy további kérdés, amely a betegre sorsdöntő fontosságú lehet az, vajjon súlyosan megviselt, cholangitises betegen egy vagy két szakaszban végezzük-e a műtétet. Bizonyos, hogy az ily betegek ellenállóképessége igen csekély és hosszantartó műtét, narkosis után a májelégtelenség veszélye fenyeget. Ezért ily esetekben én is, mint a sebészek többsége, általában két szakaszban operálok. Először csak cholecystostomiát végzek, amit a betegek rendszerint jól türnek, utána láztalanok lesznek, sárgaságuk eltünik és összeszedik magukat. A második radikális műtétet, mely az epehólyag és az esetleges choledochuskő eltávolításában áll, célszerű minél későbbi időpontra kitolni, nehogy a cholangitises fertőzés újra fellobbanjon s ennek a beteg áldozatul essék.

Intő és tanulságos példa ez irányban *Hüttl*-nek egy esete, melyről az 1934. évi sebész nagygyülésen referált. Súlyos cholangitises betegen végzett choledochotomia után a beteg rohamosan összeszedte magát, meghizott és teljesen panaszmentes lett. A 3 hónappal később kedvező viszonyok között történt sima epehólyagkiirtás után a beteg súlyos májcoma tünetei között néhány nap alatt elhalt, annak dacára, hogy az előzetesen végzett májfunctiós próbákból a máj jó működésére lehetett következtetni. Boncoláskor azt találták, hogy a máj tele van apró, vastagfalú tályogokkal. Ugy látszik tehát, hogy az újabb mütét a fertőzést fellobbantotta és a nyugalmi állapotban látszólag kifogástalanul müködő májat egyszerre működésképtelenné tette. Az eset annak bizonyítására is alkalmas, hogy lappangó májfunctiós zavar jelen lehet minden klinikai tünet nélkül is és hogy a műtéti prognosis szempontjából a májfunctiós próbák értéke még nagyon is problematikus.

A sárgaság egyik nem egészen ritka oka az epekő miatt operált betegeken műtét után kifejlődő heges choledochusszűkület, aminek magyarázatát az esetek többségében műtéti melléksérülésekben találjuk meg. Meg kell azonban jegyezni, hogy a hegesedés, illetve teljes obliteratio némelykor egészen jelentéktelen, műtét alatt észre sem vett epeútsérülésekhez is csatlakozhatik. Ugy látszik tehát, hogy a szűkület létrejöttében néha bizonyos alkati hajlamosság is szerepet játszik. Az ilyen esetek egyetlen megoldása természetesen csak újabb műtét által lehetséges, ami azonban az esetek többségében rendkivül nehéz feladat elé állítja a műtőt. Az anatomiai tájékozódás nehéz, az összenövések néha alig megoldhatók, a melléksérülések lehetősége igen nagy. A *normalis* epepassage helyreállítása csak bonyolult anastomosisok, vagy plastikai műtétek segítségével lehetséges, melyek halálozási százaléka jelentékeny. Itt csak arról a nem éppen ritka esetről akarok megemlékezni, amikor a strictura oly nagy kiterjedésű, hogy sem a heges rész resectiójáról és circularis varratáról, sem hepatico-gastro vagy hepatico duodenostomiáról nem lehet szó, hanem a defectust plastikai úton kell pótolni. Valamennyi plastikai eljárásnak az a hibája, hogy utánuk kezdeti jó eredmény után gyakran másodlagos beszükülés következik be. Végszükség esetén a choledochus pótlását elsüllyesztett gummiprothesissel végezhetjük. Ennek az eljárásnak azonban még az a hátránya is megvan, hogy ha a prothesis spontán nem ürül ki, akkor az idegen test bennmaradásából származó összes veszélyekkel kell számolnunk. A draincső incrustálódhatik, utólagos genyedést és egyéb szövődményeket okozhat. Az esetek egy kis részében mégis igen szép és végleges eredmény érhető el, amint ez *Lobmayer* és saját eseteim bizonyitják. 1934. decemberben mutattam be a közkórházi orvostársulatban egy súlyos choledochusszüületet, ahol a choledochusnak csaknem egész supraduodenalis részét elsüllyesztett gummiprothesissel pótoltam, melyet aztán a környezetből vett kötőszövettel és cseplesszel borítottam. A beteg most 2¼ évvel a műtét után is teljesen egészséges , tehát nyilvánvaló, hogy az időközben per vias naturales kilökődött gummiprothesis helyén új és megfelelő tág lumennel biró choledochus képződött.

A köves eredetű ikterusok mellett igen hálás tere nyilik a sebésznek a sárgaság oly eseteiben is, ahol az epeutak elzáródása nem concrementum folytán, hanem egyéb okból következett be.

Ezúttal csupán azon esetekkel kivánok röviden foglalkozni, ahol a choledochus összenyomatásának okát a pankreas fejének gyulladásos, vagy tumoros eredetű duzzanatában találjuk meg. Ezeket az eseteket a köves ikterusoktól azáltal lehet elkülöniteni, hogy a kórelőzményben hiányzanak a jellegző epegörcsök, a sárgaság állandó és intensitásában egyre fokozódik, a Courvoisier-féle tünet pedig positiv. Utóbbi, mint tudjuk abban áll, hogy ha kő okozta a choledochus elzáródását, úgy az epehólyag kicsi, heges, zsugorodott, míg pankreatogen elzáródás esetén az epehólyag erősen tágult és jól kitapintható. A tünet 80—90%-ban positiv. Némi irányítással szolgálhatnak még a pankreasfunctiós próbák is, melyek közül a Wohlgemuth-féle diastase próba értéke vitán felül áll, ezekből azonban a folyamat természetére biztos következtetést vonni nem lehet. Tudnivaló ugyanis, hogy a hasnyálmirigy működésében hosszabb ideig tartó köves elzáródás is többé-kevésbé komoly zavarokat okoz, sőt a pankreas bizonyos fokú működési zavara az epeköves betegek nagyrészén kimutatható. Igy *Bernhard* 400 esetre terjedő sorozatos vizsgálataiból kitünt, hogy a choledochuskövek 50%-ában a pankreas fermentativ működésében kiesés mutatkozik, amennyiben a vizelet diastase tartalma megszaporodik.

Azon kérdést illetőleg, hogy a sárgaságot előidéző pankreasaffectio gyulladásos vagy daganatos természetű-e, a kórelőzmény, a beteg általános állapota, a vérsejtsüllyedés foka stb. adhatnak némi tájékozást, biztos elkülönitő kórismét azonban sokszor még intra operationem sem tudunk felállítani.

Ha a műtét alkalmával hatalmasan kitágult epehólyag és epeútak mellett a d. cysticus átjárható, akkor a legegyszerűbb és legeredményesebb műtét a cholecystogastrostomia, mely az epének a gyomron keresztül a bélcsatornába történő levezetésével a sárgaságot rövid időn belül teljesen megszünteti. Ha a choledochus elzáródását csupán gyulladásos pankreasszklerosis okozta, akkor a betegek állapota műtét után egy csapásra megjavul, sárgaságuk rövidesen elmulik és teljesen meggyógyulnak, ha pedig carcinoma volt a sárgaság oka, átmenetileg még akkor is igen örvendetes javulást érhetünk el. A betegek ugyanis a sárgaság eltünésében a gyógyulás biztos jelét látják, életkedvük visszatér, általános állapotuk, közérzetük sokszor szinte megtévesztően javul,sőt nem egyszer jelentős súlygyarapodásra is tesznek szert.

Példa erre egy 76 éves nőbetegünk, kin a több mint egy év óta fennálló súlyos ikterus okát műtétkor a pankreas fejéből kiinduló hatalmas neoplasmában találtuk meg. Ez a betegünk cholecystogastrostomia után valósággal felvirult és itünő közérzettel 6½ kg súlygyarapodással hagyta el a kórházat. További sorsáról sajnos nem tudtunk adatokat beszerezni. Még jobb volt az eredmény egy másik betegünk esetében, akit műtét után 3 hónappal kitünő állapotban 10

kg súlygyarapodással láttunk viszont. Ez a beteg a műtét után még teljes 2 évig élt és az első évben absolut panaszmentes volt. Több más betegünk, kiken a műtét alkalmával a hasnyálmirigy fejében porckemény, göbös daganatot találtunk, úgy, hogy a malignitasban nem kételkedtünk, teljesen meggyógyult és ma is egészséges. Ezen esetekben tehát nyilván gyulladásos pankreasskleros isról volt szó.

A cholecystogastrostomiával szemben egyes kiváló szerzők u. m. *Haberer* és *Enderlen* részéről táplált aggályokat nem osztjuk. Kivételesen előfordulhat ugyan, hogy amint ez *H.* és *E.* egy esetében megtörtént, az epepassage nem áll helyre, mert a nagyobb nyomás alatt álló gyomortartalom ömlik át az epehólyagba, ez azonban mindenesetre nagy ritkaság, ami a műtét elvetését nem indokolhatja. Természetesen végezhetünk a cholecystogastrostomia helyett cholecysto- v. choledocho-duodenostomiát is, ami a physiológiás viszonyoknak megfelelőbb, de ezek technikailag nehezebb műtétek. Saját eseteimben a cholecystogastrostomiák után különösebb kellemetlenséget sohasem láttam azon kivül, hogy egy esetben a műtét után 3 napig erősebb epés hányás jelentkezett.

Kétségtelen, hogy a mechanikus eredetű sárgaságok kezelésében a sebészet nagy fölényben van a belgyógyászattal szemben, hiszen megfelelő műtéti eljárások birtokában képesek vagyunk az epelefolyás útjában álló akadályt eltávolítani, vagy legalább is új epeút-összeköttetések létesítésével az akadályt megszüntetni.Ezzel szemben a nem mechanikus eredetű u. n. hepatikus v. functionális ikterusok kezelése egészen a legutóbbi időkig kizárólag belgyógyászi feladat volt.

Ujabb tapasztalatok reményt nyujtanak arra, hogy a sárgaság sebészete ebben az irányban is bizonyos előrenyomulást fog tenni. *Backhausnak, Hoffmannak,* újabban *Haberernek, Bernhardnak* és magunknak is sikerült egyszerű choledochotomiával vagy cholecystostomiával egy egész sorozatát meggyógyítani olyan súlyos sárgaságban szenvedő, részben már teljesen reménytelennek látszó betegeknek, akiken műtét alkalmával az epeutak a májkaputól a duodenumig teljesen átjárhatók voltak, sem kőnek, sem gyulladásnak, vagy daganatnak nyoma nem volt, ellenben az epeelválasztás teljesen szünetelt s a máj a sárga atrophia vagy egyéb parenchymás megbetegedés képét mutatta.

Ezen esetekben tehát kétséget kizárólag ikterus hepaticusról, illetve az ikterus simplex súlyos alakjairól volt szó. Műtét után rövid idővel az epeelválasztás minden esetben újra megindult s ezzel párhuzamosan javult a betegek általános állapota és tünt el fokozatosan a sárgaságuk.

Haberernek 21 ilyen esetéből nem kevesebb, mint 20 gyógyult meg. Még olyan betegeket is sikerült megmenteni, akik kezdődő májcomával, súlyos aluszékony állapotban kerültek műtétre. Hogy min alapszik a műtét ezen kedvező hatása, az még kérdéses, hiszen maga az ikterus hepaticus pathogenesise is még erősen vitatott és minden valószinűség szerint nem egységes. Mindenesetre feltűnő, hogy az esetek egy részében nemcsak az epeutak kifelé végzett drainezése, hanem egyéb beavatkozások, sőt egyszerű próbalaparotomia után is gyógyulást értek el még műtét által igazolt subacut májsorvadás eseteiben is. Lehet, hogy *Backhaus*nak van igaza, ki a műtét hatását ily esetekben elsősorban ideges befolyásoknak, nevezetesen a májfunctiót szabályozó vagus- és sympathicusrostok izgalmának tulajdonítja. Bármiképen álljon is a dolog, az eddigi eredmények annyira biztatók, hogy a jövőben hasonló súlyos, a belgyógyászati kezeléssel dacoló sárgaságok esetében, mint utolsó mentséget, a műtéti beavatkozást nem csak szabad, de meg is kell kisérelnünk.

Mielőtt fejtegetéseimet a sárgaság sebészetéről befejezném, nem hagyhatok említés nélkül egy sárgasággal járó érdekes és még sok tekintetben homályos betegséget, melynek sikeres operativ kezelése a sebészet egyik legszebb diadala. Ez az *ikterus haemolyticus,* vagy *Verebélyi* nomenklaturája szerint: anaemia ikterica haemolytica. Sok százra menő műtéti tapasztalat alapján ma már kétségtelen tényként lehet megállapítani, hogy az ikterus haemolyticusnak úgy familiaris, mint szerzett alakjai lépkiirtással nemcsak tünetileg javíthatók, de teljesen és véglegesen meg is gyógyíthatók. Az eredmények annál jobbak, mert a műtéti technika mai állása mellett a halálozási százalék igen csekély, 4—6% között ingadozik. Az i. h. tulajdonképeni okát illetőleg a kutatók nézetei még ma is erősen divergálnak, de hogy a lépnek a betegség előidézésében igen fontos, talán döntő szerepe van, azt jeles kutatók, mint *Chauffard, Eppinger* stb. vizsgálatain kivül elsősorban a lépkiirtás kitünő eredményei bizonyitják.

A kórisme szempontjából igen fontos az elkülönítés anaemia gravis-tól, mely bántalom a haemolytikus ikterussal szemben rendszerint achylia gastricával jár. Ikterus haemolyticusra jellemző a mindig kimutatható lépdaganaton kivül az, hogy normalisan festenyzett sötétbarna szék mellett a vizelet acholuriás, vagyis bilirubinmentes, viszont a serum bilirubintartalma erősen fokozott és az indirect diazoreactiót adja. Jellemző még, hogy a vörösvérsejtek osmotikus resistentiája hypotoniás konyhasóoldatokkal szemben legtöbbször kifejezetten csökkent. Az ikterus egyéb tünetei, mint a viszketés, bradykardia stb. rendszerint hiányoznak. A sárgaság nem nagyon intensiv, a betegek arcszíne az egyidejüleg fennálló vérszegénység miatt inkább halvány fakósárgás. A betegség chronikus lefolyású és spontán nem gyógyul ugyan, de az esetek egy részében hosszabb időn át súlyosabb tüneteket nem okoz, ezért műtétre csak kivételes esetben van szükség. Be kell avatkozni, ha az anaemia súlyosbbodik, a beteg állapota lassan, de fokozatosan romlik és különösen, ha gyakori fájdalmas kólikás rohamok jelentkeznek.

Az elmondotakkal kapcsolatban beszámolok egy betegemről, akit *Torday* professor helyezett át műtét céljából osztályomra. A 24 éves, azelőtt mindig egészséges nő 1 évvel a kórházba felvétele előtt betegedett meg. Szülése után rövid idővel vette észre, hogy bal bordaive alatt valami kemény daganata van, mely mindjobban nő és nyomásra fájdalmas. Ezzel kapcsolatban bőre fokozatosan megsárgult. Eleinte különösebb panaszai nem voltak, de később mindjobban soványodott, gyengült s miután a sárgasága is egyre fokozódott a Horthy Miklós-kórház *Torday* prof. vezetése alatt álló I. belosztályára vétette fel magát. A beteg elmondta, hogy hasonló betegség családjában sohasem fordult elő. Vizsgálatkor az erősen legyengült, rosszul táplált, fakó sárga bőrü nön a haemolytikus ikterusnak jóformán minden tünete meg volt található: nagy kemény, a bordaivet 4 ujjal meghaladó lép, a serumban 2.6 mg% bilirubin, indirect diazo-reactio, vérsejtresistentia 58, székletét normalisan festenyzett, vizeletben sok urobilinogen, ϕ bilirubin. Vörösvérsejtszám 3,080.000, Hb. 76. Festődési index 1. Wa-negativ. Betegünk állapota a kórházban tartózkodása alatt még tovább romlott, étvágytalan lett, soványodott és gyengült, úgy hogy a műtétet *Torday* prof.-al együtt sürgősen indicáltnak láttuk és 1934. V. 17-én elvégeztük a splenektomiát. A műtéti seb p. p. gyógyult. de a beteg utána még 3 hétig lázas volt maximalisan 38.9-ig emelkedő temperaturákkal, ami lépkiirtások után gyakori jelenség, majd láztalan lett és rohamosan összeszedte magát. A beteg ma, közel 2 évvel a műtét után teljesen jól van, sárgasága elmult, meghizott, semmi panasza nincs. Az esetet említésre érdemesnek tartottam azért, mert itt minden valószinüség szerint az i. h. szerzett alakjáról van szó, ami Brugsch és más szerzők megállapitása szerint a ritkaságok közé tartozik.

A sárgaság sebészete oly nagy kérdéscomplexumot foglal magában, melynek letárgyalása egy előadás keretében teljesen lehetetlen. A fölvetett kérdések legnagyobb része olyan, mely még ma is az ellentétes nézetek forgatagában áll és a jövő kutatás és klinikai észlelés számá-

ra sok érdekes problémával kínálkozik. Iparkodtam a kérdések nagy tömegéből kiragadni és megvilágítani azokat, melyek a sebész szempontjából különös gyakorlati fontossággal birnak, s ezek tisztázásához a magam szerény tapasztalatával hozzájárulni. Ha sikerült hallgatóim érdeklődését e fontos kérdések iránt fölkelteni és további tudományos kutatásokra ösztönözni, úgy előadásom kitűzött célját teljesen elérte.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Pázmány Péter Tudományegyetem I. Belklinikájának közlménye. (Igazgató: Herzog Ferenc ny. r. tanár.)

A zsíranyagforgalom cerebralis szabályozásáról.

Irta: *Molnár István dr.* és *ifj. Marsovszky Pál dr.*

A zsíranyagforgalom központi szabályozását ma már számos klinikai és élettani megfigyelés bizonyítja. A peripheriás zsírforgalmat részben az idegrendszer változó tónusa irányítja, mely a túlzott zsírlerakódást igyekszik meggátolni, míg a zsírtároló igyekezetet a tároló szövetcomplexus saját maga fejti ki. (1). Ez utóbbi hatást hormonalis úton létrejövőnek gondolják. Bármint van is a zsírforgalmat szabályozó mechanismus egyensúlya, az idegrendszer és a hormonhatás befolyása erre kétségtelen.

Közismert a hypophysisdaganatok némely esetében a zsírszövet szaporodása az emlők, has és csípőtájon, a kóros hizás enkephalitis után, a rendkivüli lesoványodás Simmonds kórban, a körülírt zsírszaporodás a Dercum-féle betegségben stb. 1931-ben *Anselmino* és *Hoffmann*-nak a hypophisis elülső lebenyéből a zsiranyagforgalmat szabályozó hormont sikerült különválasztani (2), mely physikai és chemiai tulajdonságaiban nagyon hasonló a prolanhoz, de mégsem azonos vele. E hypophysiskivonat befecskendése után a patkány vérének, és mint későbbi vizsgálataik bizonyították, az emberének is acetontartalma megnövekszik. Az acetontestek megszaporodása 90%-ban a β-oxyvajsav rovására történik s ebben, valamint az injectio utáni időbeni megjelenésében is élesen különbözik a thyroxin-befecskendéssel előidézhető acetonaemiától. *Raab* szerint úgy a hátsó, mint az elülső hypophysislebenyben található „lipoitrin" csökkenti a vér zsírtartalmát (3). Hogy a zsíranyagforgalmat milyen tökéletes berendezés szabályozza, azt az az anatomiai megfigyelés is igazolja, mely szerint a zsírdepok a környező szövetektől függetlenül *fajlagos* idegellátásban részesülnek (l. *Dogiels, Stöhr, Reiser, Boeke, Hausberger)*. Magyar szerzők közül legutóbb *Beznák* és *Hasch* foglalkozott a sympathicus idegrendszernek a zsírdepokra kifejtett hatásával (4). Megfigyeléseiket macskák és fehér patkányok perirenalis zsírdepoin végezték és azt találták, hogy sympathicus átvágásra a desympathisált oldalon úgy a zsírmobilisatio, mint a zsírdepositio csökken, előbbi azonban nagyobb mértékben s így a zsírdepot megnő.

A zsírforgalomra vonatkozó ismereteinket óhajtottuk bővíteni azon kérdés vizsgálatával, hogy az agynyomás hosszabb ideig fokozása milyen befolyással van a zsigerek (máj, vese) és az izom zsírtartalmára. Kísérleteinkhez házinyulakat használtunk. Az agynyomás fokozását *Dixon* és *Heller* módszere szerint (5) a cysterna cerebellomedullarisba fecskendezett kaolinsuspensióval idéztük elő, mellyel a liquor lefolyásának útjai (foramen Magendii, foramina Luschka) eldugaszolhatók, az agynyomás nő. *Dixon* és *Heller* megfigyelése szerint ilyenkor növekszik az artériás nyomás, a pulsus szaporább, hosszantartó agynyomásfokozáskor ritkább lesz. Mi a megölt vagy kimult állatokon mindig megvizsgáltuk makroskoposan az agyat, különös tekintettel a bennünket érdeklő várható agykamratágulásra. Ezt minden esetben, de legszebben a leghosszabb ideig — 68 napig — élt állaton figyelhettük meg: a pons és az oblongata, valamint az agyalap egyenlőtlen felszíne mellett jelentékenyen vizenyős agyat és erősen tágult agykamrákat találtunk, bizonyítékául annak, hogy a liquor lefolyásának útjait tényleg sikerült a kaolinsuspensióval eldugaszolni.

Az eljárás módját figyelembe véve természetes az, hogy az így nyert adatok csak mennyiségi összehasonlításra szolgálhatnak a mindenkor vizsgált controllállat szerveinek zsírtartalmával. Ugyancsak nem jogosít fel az eljárás olyirányú következtetések levonására, hogy a szervek zsírtartalmának megváltozása a központi idegrendszer melyik részének sértése által jön létre, de erre annál kevésbbé is törekedtünk, mert ma már nem fér kétség azon megállapításhoz, hogy a zsírforgalmat szabályozó központ — a többi vegetatív központtal együtt — a III. agykamra fenekén, illetőleg környékén foglal helyet és a hypophysis működésével szoros kapcsolatban áll.

A kisérleti nyulak életkora 7—14 hét volt. — 1. sz. tábla 3 egészséges, minden beavatkozástól mentes nyul máj, vese és izomzatának víz- és zsírtartalmát mutatja. A %-os zsírtartalom a szárazanyagra van kiszámítva, az összes zsír meghatározását a Soxhlet-féle eljárással végeztük.

A tulajdonképeni kisérlet anyagát (összesen 8 nyúl) két részre osztottuk, u. i. a fokozott agynyomásu nyulak egy része a kaolinsuspensio intracysternás befecskendése után tovább is megszokott napi táplálékát kapta, míg a másik része a controllállatokkal egyidejüleg éhezett. A folyadékfelvételt egyik csoportban sem szorítottuk meg. Az így nyert adatokat a 2. és 3. sz. táblázat mutatja.

E számok áttekintésekor az eredmény nem teljesen egyöntetű, de ez a nyulak különböző életkorát és a kisérleti időtartam meglehetősen tág határok közti ingadozását tekintve, nem is volt várható. Hozzá jön előbbi tényekhez még az a körülmény, hogy a befecskendett 1.0—1.5 ccm kaolinsuspensio nem mindig azonos mennyiségű

1. sz. táblázat.

Normál nyulak.

Jelzés	Kor	Testsúly	Máj H_2O%	Máj zsir %	Vese H_2O%	Vese zsir %	Izom H_2O%	Izom zsir %
A	11 hetes	1170 gr	73.39	48.9	80.3	37.6	77.97	11.4
B	13 hetes	2120 gr	74.47	43.2	77.78	37.5	76.39	13.8
C	14 hetes	2100 gr	—	54.5	75.54	44.2	77.48	9.0

A %-os zsírtartalom szárazanyagra vonatkozik.

2. sz. táblázat.

Fokozott agynyomású nyulak.

Jelzés	Kor	Kisérleti idő	Testsúly gr.-ban a kisérlet elején	végén	Máj H_2O %	Máj zsir %	Vese H_2O %	Vese zsir %	Izom H_2O %	Izom zsir %	Megjegyzések	
D	9 hetes (leölve)	68 nap	1520	2050	78.26	48.82	80.00	35.44	75.13	5.45	0.5 ccm liquor leszivás után 1.5 ccm kaolinsuspensio befecskendése a cysterna cerebell. medull.-ba.	norm. étkezés.
E	9 hetes (exitus)	16 nap	1350	870	79.97	7.80	83.50	4.50	81.50	7.20	0.25 ccm liquor leszivás után 1 ccm kaolinsuspensio befecskendése a cysterna cerebell. medull.-ba.	
E	11 hetes (exitus)	6 nap	1420	1030	75.76	24.70	80.07	14.50	79.07	6.30	1 ccm kaolinsuspensio befecskendése a cysterna cerebell. med.-ba	
G	9 hetes (leölve)	10 nap	1320	1200	72.30	7.51	79.89	11.35	77.68	4.08	1 ccm kaolinsuspensio befecskendése a cysterna cerebell. med.-ba	
H	13 hetes (leölve)	14 nap	1850	1920	72.00	8.07	81.11	16.06	75.85	4.93	0.5 ccm liquor leszivás után 1.5 ccm kaolinsuspensio befecskendése a cysterna cerebell. medull.-ba.	
J	13 hetes (leölve)	4 nap	1980	1650	76.50	9.51	80.00	14.85	77.30	3.52	0.25 ccm liquor leszivás után 1 ccm kaolinsuspensio befecskendése a cysterna cerebell. medull.-ba.	éhezik
K	8 hetes (leölve)	7 nap	1500	1200	75.66	8.64	82.71	10.63	79.08	3.08	0.25 ccm liquor leszivás után 1 ccm kaolinsuspensio befecskendése a cysterna cerebell. medull.-ba.	
L	11 hetes (leölve)	4 nap	1950	1750	77.38	4.87	81.85	7.27	78.91	1.32	1 ccm kaolinsuspensio befecskendése a cysterna cerebell. med.-ba.	

A %-os zsírtartalom szárazanyagra vonatkozik.

3. sz. táblázat.

Éheztetett nyulak.

Jelzés	Kor	Kisérleti idő	Testsúly gr.-ban a kisérlet elején	végén	Máj H_2O %	Máj zsir %	Vese H_2O %	Vese zsir %	Izom H_2O %	Izom zsir %
F_1	11 hetes (leölve)	5 nap	1370	1110	74.88	13.66	81.56	14.45	79.71	3.03
G_1	9 hetes (leölve)	10 nap	1050	700	76.70	10.74	80.42	12.82	79.37	5.85
H_1	13 hetes (leölve)	14 nap	1120	850	76.26	14.97	81.33	10.20	79.93	2.76
J_1	13 hetes (leölve)	4 nap	1650	1500	74.80	16.82	78.60	15.19	78.00	4.00
K_1	8 hetes (leölve)	7 nap	1450	1220	77.12	5.32	83.11	9.69	80.61	3.41
L_1	11 hetes (leölve)	4 nap	1500	1130	78.76	9.87	81.90	8.80	81.33	3.27

A %-os zsírtartalom szárazanyagra vonatkozik.

kaolin felhasználásával készült, a cysternába fecskendezés pedig különböző mennyiségű liquor leszívása után, sőt néhány esetben előzetes liquorvétel nélkül történt. Teljesen egységes kisérleti feltételek már azért sem érhetők el, mert a liquortartalmu ürök változó nagysága és változó liquormennyisége, az állatok különböző helyzetfelvétele az injectio után s ennek következményeként a kaolinsuspensio különböző elhelyezkedése a cysterna cerebellomodullarisban stb. mind olyan tényező, melyet megváltoztatni nem tudunk. A kaolinsuspensio intracysternalis befecskendése némi kézügyességet is kiván; jó technika esetén is előfordul azonban, hogy az állatok nyugtalansága miatt (melyet a cysternapunctio előtt sondán át adott kevés urethannal ellensúlyoztuk) a befecskendést még az előirányzott mennyiség beadása előtt abba kellett hagynunk.

Kisérleteinkből az állapítható meg, hogy a fokozott agynyomású állatok májában, veséjében és izomzatában a zsír kevesebb, mint a controllállatok azonos szerveiben. A zsírnak eme megfogyása hol egyik, hol a másik szervben, esetleg az izomban a legjelentékenyebb, szabályosságot ezirányban azonban nem mutat. A szervek zsírtartalmának csökkenésében a *fokozott agynyomásnak biztos szerep jut,* ami mellett két érv szól: 1. A zsírtartalom megfogyása olyan állatokon jött létre, amelyek az agynyomás fokozása után megszokott táplálékmennyiségüket kapták és ezt el is fogyasztották. Ezen állatok étvágyán, közérzetén (a kaolinbefecskendés napját nem tekintve) semminemű kóros elváltozás nem látszott; csak a hosszabb ideig, átlag két héten túl életben tartott állatok élénksége csökkent kissé, étvágyuk azonban látszólag megmaradt; ezen állapot bekövetkezésekor az állatokat azonnal leöltük. 2. 3 esetben (J, K, L) a fokozott agynyomású állatok sem kaptak enni, ezek közül kettőn (J.

L) a zsír megfogyása fokozottabb mértékben jelentkezett, mint a kontrollállatokon; a vizsgált szervek zsírtartalmának csökkenése tehát nem vezethető vissza az elégtelen táplálkozásra. További bizonyítékát annak, hogy a szervek zsírtartalmának csökkenését nem elégtelen táplálékfelvétel, hanem az agynyomás fokozása okozta, a D, H és G jelzésű nyúl szolgálja. Előbbi kettőnek testsúlya növekedett, utóbbié csak alig csökkent, ennek ellenére a D jelzésű nyúl izmában, a H és G jelzésűek mindhárom vizsgált szervében határozottan kevés zsírt találtunk. — A szervek víztartalmában nem találtunk egyik csoportban sem eltérést a másiktól.

Hirtelen keletkező agyi betegségekben, különösen a III. agykamra és környékén történt laesio esetén, a centralnervosus szabályozó berendezés sérülése következtében az általa szabályozott életfolyamatok nagymérvű elváltozásairól *Hoff* referált (6). A vegetatív életfolyamatok megváltozása emberen és állaton az agykamrának levegővel végzett töltése által kisérletileg is előidézhető.

Habár kisérleteink eziránybau bizonyító erővel nem birnak, önként felvetődik az a gondolat, hogy az emberi pathologiában fokozott agynyomással járó, vagy a hypophysis-közti agyrendszert roncsoló daganatokban, vagy egyéb más folyamatokban a zsír abnormális elhelyezkedése legalább részben a máj, vese és izomzat zsírtartalmának rovására történik.

Összefoglalva azt mondhatjuk, hogy az agynyomás mesterséges fokozásával a nyulakon a máj, vese és izomzat zsírtartalmának csökkenése idézhető elő. A szervek zsírtartalmának csökkenése nem az elégtelen táplálékfelvételnek, hanem az agynyomás fokozódásának következménye. —

Irodalom: *1. Hausberger:* Klin. Wschr. 3, 1935. — *2. Anselmino és Hoffmann:* Klin. Wschr. II. 2380—2383. 1931. *3. Raab:* Ztschr. exper. Med. 89, 1933. — *4. Beznák és Hasch:* O H 32. 883. 1935. — *5. Dixon és Heller:* Naunyn—Schmiedebergs: Arch. 166. 265—275. 1932. — *6. Hoff:* Verhandlungen der Dtsch. Gesellsch. f. inn. Med. 45. Kongress Wiesbaden.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem III. belklinikájának közleménye (igazgató: báró Korányi Sándor ny. r. tanár.)

A transsudatio szerepe az álló véroszlop elvén alapuló vérnyomásmérésben.

Irták: *Razgha András dr.* és *Maio Mario dr.*

Zárday és Razgha[1]) szerint a felkarra alkalmazott Riva-Rocci manchetta nyomása által teljesen elzárt venák és csak megszűkített arteria brachialis között felszaporodó vér mennyisége addig nő, míg az ennek folytán fokozódó venanyomás a manchettában létrehozottat el nem éri. Akkor a venák megnyilásával ezekben a manometerrel mért nyomás növekedése megszünik. A manchettanyomást egyre fokozva, végre olyan nyomáshoz érünk, amely mellett a venás nyomást mérő manometer higanyoszlopa hirtelen süllyedni kezd. *Zárday* és *Razgha* szerint ez akkor következik be, mikor a Riva-Rocci manchetta az arteria brachialist teljesen elzárja. Az arteriás vérutánpótlás megszüntével ugyanis olyan tényezők hatása érvényesül a pangás következtében felduzzasztott érterületen, melyek ennek magasra növelt nyomását csökkentik. Azonban mielőtt az arteria elzárására került volna a sor, a manchettában átmenetileg olyan nyomásnak is kellett létesülnie, amely a venákat teljesen elzárta, az erősebb falú arteria brachialist azonban még nem. Az így megállásra kényszerített véroszlopnak *Rusznyák* és *Gönczy*[2]), stb. piezometer szerepet tulajdonítottak, amelynek physikai hiányait *Bonsdorff*[3]) alapos physikai ellenőrzés és kritika tárgyává tette. E kritika nem változtat azon a tényen, hogy mint *Zárday és Zilahy*[4]) kutyán kimutatták, a teljesen leszorított, de az arteria utján a nagy erekkel még nyiltan közlekedő vena femoralis vérének nyomása a carotiséval egyezik. Hasonló eredményre jutottak később *Duffield* és *Harris*[5]), akik a kutya megfelelő módon leszorított végtagján mért venás nyomás és a másik oldali arteria nyomása közt kielégítő egyezést találtak. Mindez a módszer alkalmazhatósága mellet szól az arteriás vérnyomás mérésére, *Bonsdorff* kétségtelenül helytálló kritikája mégis arra indít, hogy az általa „*az álló véroszlop elvének*" nevezett feltevésen alapuló módszer problemájának néhány pontját újabb megfontolás tárgyává tegyük.

Az álló véroszlop elvére alapított kísérleti berendezésben a vena brachialisban uralkodó nyomás több tényezőtől függ. Ezek közül egyik az arteria felől ható, amely a végtag érrendszerének vértartalmát mindaddig fokozza, amíg az teljesen elzárva nincs. Ezzel szemben a nyomást csökkenti a venák megnyilása után a Riva-Rocci manchetta alatt a végtagból távozó vér, mihelyt mögötte a nyomás a manchettában létrehozottat elérve, az addig elzárt venákat megnyitotta. A mai ismereteink szerint számbavehető tényezők közt továbbiak a következők. Az elzárt érterület vértartalma nemcsak ennek az arteria felől történő telődése és a venás úton folyó ürülése közti viszonytól, hanem a capillaris falakon át folyó transsudatio és resorptio közötti viszonytól is függ. *Morawitz* és *Denecke*[6]) kimutatta, hogy a felső végtag vére mesterségesen előidézett pangás alatt besűrűsödik, tehát a transsudatio és a resorptio közti viszony az előbbinek javára billen. Természetes, hogy ebben az esetben az álló véroszlopban uralkodó nyomásnak süllyednie kell. Míg e tényező szereplése a vér besűrűsödésének megfigyelése révén felismerhető, teljesen ellenőrizhetetlen az érfalak physikai állapotának, azon tulajdonságaik összességének befolyása fokozódó teltségű érterületen emelkedő nyomásra, amelyektől az érfalak nyujhatósága függ és amelyekre azok contractilis elemeinek változó és sok mindenféle körülménytől befolyásolt functionalis állapota is hat. A kérdés annyira bonyolult, hogy némileg kielégítő megoldására talán csak akkor volna kilátás, ha kitűnnék, hogy a szereplő tényezők közt vannak kis jelentőségűek és ezért elhanyagolhatók és ha a feladat megoldását az a körülmény is egyszerűsítené, hogy éppen ez elhanyagolható tényezők azok, amelyeket mérés vagy becslés tárgyává tenni nem tudunk.

Figyelmünket elsősorban a pangó vér fokozott transsudatio okozta besűrűsödése kötötte le. Eljárásunkat illetőleg a következőket kell megjegyeznünk:

1. Álló véroszlop mellett a vérnek transsudatio következtében történő besűrűsödése ott a legnagyobb, ahol a folyadékkilépés végbemegy, vagyis a capillarisokban, a venák vére tehát nem adja hű képét a capillarisokban létrejövő concentrationváltozásoknak. Ezen *Morawitz* és *Denecke* úgy igyekeztek segíteni, hogy nagyobb mennyiségű vért bocsátottak le a venákból, remélve, hogy így a a capillarisok vérének hozzákeveredése folytán a kapott eredmény többé-kevésbbé a capillarisokban történő folyadékkicserélődés kifejezőjének lehet tekinteni. Hogy valóban mely érszakaszok tartalma mily mértékben van képviselve a vizsgált vérben, azt ilyen módon soha nem lehet biztosan tudni. Mi az ujjbegy vérét vizsgáltuk, ami *Krogh*[7]) szerint hű képét adja a capillaris vér összetételének. A szövetnedvek hozzákeveredéséből származó hibaforrást úgy igyekeztünk kikerülni, hogy az ujjbegy közepén erélyes szúrás után kibuggyanó első vércseppet használtuk fel, amelyről feltehető, hogy túlnyomóan

az erősen tágult erek nagy nyomás alatt ürülő tartalmát foglalja magában és aránylag kevés szövetnedv keveredik hozzá, mert annak kisajtolásához több idő szükséges. Hogy ilyen módon legalább is közelebb férkőztünk a tényleges viszonyok felderítéséhez, azt összehasonlító vizsgálataink mutatták, midőn is az elváltozásokat mindig határozottabbnak láttuk az ujjbegy vérében, mint az ugyanakkor vett venapunctatumban. (Lásd. 1. táblázat.)

1. táblázat.

	Vörösvérsejtszám ujjbegyből Lesz. előtt,	után.	%	Vörösvérsejtszám venából Lesz. előtt.	után.	%
1.	4,130.000	4,640.000	12.3	4,300.000	4,710.000	9.5
2.	4,100.000	4,930.000	20.2	4,170.000	4,480.000	7.4
3.	4,720.000	5,430.000	15.0	4,740.000	5,000.000	7.2

Vörösvérsejtszám az ujjbegyből és venából egyidejüleg vett vérpróbákban a kar leszorítása előtt és a leszorítás végén. A vérsejtszám emelkedése (%-ban) sokkal nagyobb az ujjbegyből vett vérben, mint a venás vérben.

2. A serum refractiójának vizsgálata nem enged meg biztos következtetést a vér folyadékveszteségére vagy felhígulására. Magasabb capillaris nyomáson az ép endothel is átengedi a fehérjét (*Landis* és munkatársai szerint[8]) 80 mm higanynyomáson a capillaris-filtratum átlag 1.5% fehérjét tartalmaz.) Természetes, hogy folyadékkilépés mértékéül nem használhatjuk fel olyan anyag concentrationváltozását, amely maga is átjut az érfalon. A refractometriás eredmények alapulvétele esetén még egy hibaforrással kell számolnunk. A kísérlet folyamán beálló helyi asphyxia ugyanis a vörösvérsejtek megduzzadását eredményezi, ami a plasmafehérjék besűrűsödésével jár és így hibás következtetésre adhat alkalmat. Mindkét irányú tévedés elkerülhető, ha a vérpályából történő folyadékkilépés mértékéül a vörösvérsejtszám, illetőleg a haemoglobintartalom változását fogadjuk el. Mivel a haemoglobinmeghatározáshoz nem elegendő a spontán előbuggyanó első csepp, vizsgálatainkban a kevesebb vérrel keresztülvihető vörösvérsejtszámolást végeztük.

Eljárásunkban a felkar leszorítását pontosan úgy végeztük, ahogy az álló véroszlop módszerének alkalmazásakor történik. Megmértük a vérnyomást Riva-Rocci szerint. Vért vettünk, majd lassan felfújtattuk a felkarmanchettát, 10 higany mm-ként növelve a nyomást, eleinte rövidebb, majd hosszabb időközökben (hogy időt engedjünk a vena feltöltődéséhez), úgyhogy két perc alatt értük el az előzőleg meghatározott RR nyomást. A nyomást jelentékenyen e fölé emeltük, hogy az arteriát biztosan elzártnak tekinthessük. Meghatároztuk a vörösvérsejtszámot 3—4 perces elzárás után, eseteink felében az elzárás után nyomban és egy perc mulva is. Mind a 10 esetünkben teljesen egyértelműen a vér besűrűsödését észleltük a leszorítás folyamán vett próbákban. Táblázatunkban az esetek a systolés nyomás nagysága szerint vannak felsorakoztatva (2. táblázat).

A vörösvérsejtek száma 7.2—35.5%-os emelkedést mutatott a leszorítás végéig. A vér besűrűsödése már az arteria elzáródása előtt megindul, amint a pangás fokozásával a capillaris-nyomás növekedni kezd. Két perces pangás után (az arteria elzárásának pillanatában) a vörösvérsejtek száma már 2.9—11.0%-os szaporodást mutat. *Yamaguchi*[9]) kísérleti berendezésében a kar 10 perces lelógatásával elért lényegesen kisebb pangáskor 2—6%-os haemoglobinemelkedést talált. Ha ekkor a felkart gummipólyával gyorsan leszorítva az arteriát is elzárta, a transsudatio nem folytatódott, sőt felhigult az erek tartalma. Ezek szerint *Yamaguchi, Morawitz* és *Denecke* eredményeivel ellentétben álló észleleteket tett és az eltérést azok hiányos methodikájának tulajdonította. Ámbár az eltérő észleletek oka minden bizonnyal az alkalmazott pangás különböző fokában rejlik, *Yamaguchi* mégis pusztán a saját eredményei alapján kétségbevonta, hogy egyáltalán lehet-e venás pangással a capillarisoknak olyan telődését elérni, amely az arteria elzáródása után is fenntartja a folyadék kifelé áramlását. Kisérleteink erre azonban egész határozott positiv választ adnak. A vér besűrűsödése az arteria elzáródása után is folytatódik, annak ellenére, hogy most már süllyedni kezd a keringésből kirekesztett érterület vérének nyomása.

2. táblázat.

Syst ny. Hg. mm RR	Lesz. előtt	Vörösvérsejtszám és annak %-os növekedése. art. elzárásakor		1 perccel utána		3—4 perccel után	
120	4,130	4,490	(8.7%)	4.500	(0.24%)	4,640	(12.3%)
145	5,370	5,750	(7.0%)			5,760	(7.2%)
175	3,020					3,600	(19.2%)
180	5,090	5,240	(2.9%)	5,330	(1.7%)	6,020	(18.2%)
196	4,100					4,760	(16.0%)
210	4,100			4,910		4,930	(20.2%)
225	4,720	4,860	(2.9%)	4,990	(2.6%)	5,430	(15.0%)
230	5,080	5,280	(3.9%)	5,450	(3.2%)	5,590	(10.0%)
230	4,630	5,140	(11.0%)	5,480	(6.6%)	5,720	(23.5%)
260	3,630			4,000		4,920	(35.5%)

A vörösvérsejtszám változása a karleszorítás folyamán ezrekben, 10 betegen. A vérsejtszám %-os növekedése a kiindulási értékhez viszonyitva értendő, kivéve az arteria elzárása után egy perccel nyert értékét, amely az arteria elzárása után egy perc alatt bekövetkezett emelkedést jelenti.

További kérdés, hogy az észlelt nyomássüllyedés és a kimutatott transsudatio milyen mennyiségi viszonyban van egymással, nevezetesen, hogy a transsudatio olyan fokú-e, hogy mellette a venás nyomássüllyedés egyéb okai elhanyagolhatók. Mennyiségi összehasonlítás alapjául felhasználjuk *Zárday* és *Razgha* nem közölt adatait a venanyomás egy perc alatti süllyedéséről az arteriaelzáródás után. Ezt 19 esetben meghatározva a kiindulási érték 10.4—41.4%-ának találták (3. táblázat).

Az álló véroszlop nyomása mmHg	Venanyomás az art. elz. köv. percben mmHg	Nyomássüllyedés %-ban
82	48	41.4
98	80	18.3
100	64	36.0
102	83	18.6
106	80	24.5
106	84	20.7
113	84	25.6
116	78	32.7
116	78	32.7
124	92	25.8
126	105	16.6
126	111	11.9
128	80	37.5
130	98	24.6
170	130	23.5
173	155	10.4
200	157	21.5
212	160	24.5
246	218	11.4

3. táblázat. A venanyomás süllyedése az arteria elzárását követő percben (*Zárday* és *Razgha* összeállítása) 19 eset az álló véroszlop nyomásának nagysága szerinti sorrendben.

Ezzel szemben láttuk, hogy ugyanazon idő alatt az ujjbegy vére 0.24—6.6%-kal lett folyadékban szegényebb és tudjuk, hogy a nagyobb erek vére még a besürüsödés-

nek ezt a fokát sem érte el. Bár vizsgálatainkban némi hibaforrással számolnunk kell, mert nem zárható ki a vér másodlagos felhigulása vérvételkor a szövetnedvek hozzákeveredése folytán,* akkora különbségből mégis arra kell következtetnünk, hogy a fokozott transsudatio nem tekinthető a nyomássüllyedés kizárólagos okának. Ha az erek tartalmának tényleges megkevesbedése nem magyarázza meg teljesen az éren belüli nyomás csökkenését, úgy a fennmaradó különbség erejéig az érfalak ellazulását kel feltételeznünk. Az utóbbiak fokát közvetlenül nem mérhetjük meg, értékét csak az észlelt nyomássüllyedés és a transsudatióval indokolt nyomáscsökkenés különbsége alapján becsülhetnénk meg. Ehhez azonban ismereteink elégtelenek és csak azt mondhatjuk, hogy az egybevetett két érték (transsudatio és nyomáscsökkenés) nagy eltérése valószínűvé teszi, hogy még más, közelebbről meg nem határozható tényezőktől is függ az a manchetanyomás, amelyen a venás nyomás csökkenése megindul.

Az elmondottak alapján világos, hogy az „álló véroszlop" elvére alapított módszer egyik hibaforrása a venás nyomás növekedésével járó fokozott transsudatio lehet, amelynél fogva, ha számbavehető módon érvényesül, a mérés eredményének a keresett nyomásnál kisebbnek kell lennie. Ehhez másik ugyanezen irányban ható tényező gyanánt az érfalak ellazulása is járulhat. *Zárday* és *Zilahy*, majd *Duffield* és *Harris* e cikk elején említett kísérletei azonban amellett szólnak, hogy e hibaforrások jelentősége nagy aligha lehet..

Irodalom: *1. Zárday—Razgha:* Z. exp. Med. 1931. 77, 124. *2. Rusznyák, Gönczy:* Klin. Wschr. 1924, 1813. — *3. Bonsdorff:* Zur Methodik der Blutdruckmessung, Helsingfors, 1932. — 4. *Zárday, Zilahy:* Z. exper. Med. 1931. 77, 529. — 5. *Duffield, Harris:* J. of. Physiol. 1934. 81, 283. — 6. *Morawitz, Denecke:* Münch. med. Wschr. 1921. 659. — 7. *Krogh:* Die Anatomie und Physiologie der Capillaren, 1929. — 8. *Landis, Jonas, Angerine, Erb:* J. clin. Invest. 1932. 11, 717. — 9. *Yamaguchi:* Tohoku journ. of. exp. med. 1927. VIII. 449. — 10. *Carusi:* Cuore 1930, 14, 249. Ref.: Kongrzbl. f. die ges. Inn. Med. 59, 805.

A Tisza István Tud.-Egyetem női klinikájának közleménye. (igazgató: Kovács Ferenc ny. r. tanár)

A chorionepithelioma és a mola hydatidosa a mennyileges hormonmeghatározás szempontjából.

(Folytatás.)

Irta: *Ruzicska Gyula dr.* tanársegéd.

Feltünő az állandó igen erős terhességi reactio. A koponya besugárzás után a mennyileges H.E.L. hormonmeghatározás alacsonyabb (10.000 Ee. H.E.L.) de még erősen positiv, majd a besugárzás után 2 héttel ujra magasabb hormon-értéket mutatott (30.000 Ee. H.E.L.) A hormonmennyiségnek ez a gyors szaporodása valószínűvé tette az újabb áttételek keletkezését, amit a bonclelet is igazolt.

4. 176/1935. fjlsz. 35 é. két rendes szülés (1930—1932). I. 7-én 2 hónapos vetélése magától fejeződött be otthon. Ezidő óta vérzése rendetlen. Alhasi fájdalmai vannak. A vetélés után vérzése február elején és közepén jött meg, azóta állandóan vérzik. Orvosa tökéletlen vetélésre gondolva küldi be a klinikára. Kp. nagyságú méh, rendes állásban, mozgatható, a környezet szabad. Feltáráskor a portio sima, a hüvelyfalak erős szederjessége mellett a hátsó hüvelyboltozatban szilvanagyságú livid vörös ch.-epitheliomás csomó, mely feltünően puha tapintatú. Felette elvékonyodott, ép hüvely nyálkahártya.

5. ábra. 176—1935. Az elhurcolt chorionbolyhokból kiinduló chorionepitheliomás burjánzás a hüvelynyálkahártya alatt.

Z.A.R. erősen positiv (H.E.L. hormon 10.000 Ee. pro liter.) II. 19. A daganatot a hátsó hüvelyboltozatból kimetszük és méhkaparást végzünk.

A hátsó hüvelyboltozatról kiirtott daganatcsomó felszínét ép, többrétegü laphám fedi. A csomó központját véralvadék alkotja, amelyben górcsövel néhány elágazó, hosszan elnyult, hydropikusan duzzadt stromájú chorionboholy található. *(5. ábra.)* A chorionbolyhokon a hám egyenetlen, különösen az alapszövet felé néző csúcsokon a chorion hám kiterjedt szabálytalan burjánzásba megy át. A syntitium sejtek tömegével, amelyek között felismerhetők a Langhans sejtek is. A hüvelyfal kötőszövetes vázában mindenütt mély kimaródások jöttek létre, az előretörő chorion hám hystolytikus hatására. *(6. ábra.)* Egy helyen található egy tágult ér kereszt-

6. ábra. 176—1935. A hüvelyfal chorionepitheliomás góca. A boholystromával még összefüggő chorionhám malignus burjánzás.

* Hasonló értelmű tévedéshez vezethetne az is, ha a folyadékkal együtt vérsejtek is távoznának a vérpályából. A leszorítás folyamán petechiákat csak egy esetben észleltünk, e hibaforrás lehetősége mégis megvan,mert *Carusi* és mások[10]) capillaroskopiával vérzéseket akkor is ki tudtak mutatni a kar leszorítása után, ha ezek makroskoposan nem voltak észlelhetők.

metszete, melyben még az intravasalisan terjedő deportálódott chorionbolyhok is megtalálhatók. Az előretörő burjánzás közvetlenül a hüvelyhám alatt foglal helyet, sőt azt már egy ponton át is törte. Itt tehát *deportált chorionbolyhokból kiinduló ektopiás hüvely ch.-epitheliomáról van szó.*

A kaparékban vérzéses méhnyálkahártya mellett *syncitiumsejtekkel közrefogott Langhans-féle chorionsejt burjánás is volt található.* A méhkaparás után hüvelyi teljes méhkiirtást végeztünk a függelékekkel együtt. Ekkor látjuk, hogy a folyamat a hátsó parametriumra is ráterjedt, sőt a Douglasba csaknem áttört. Sima gyógyulás. A mütét után a 7. napon (III. 6.) a Z.A.R. csupán a nyul ovarium fokozott tüszőérést mutatja. (I. fokú reactio.) A mütét után 14. napon a Z.A.R. negativ. A 16. napon a beteg távozik, teljesen záródott hüvelycsonk, szabad mütéti terület. 2 hét mulva a medence Rtg. besugárzása. (Z.A.R. negativ).

Az eltávolított méh rendes nagyságú, sima felszínü. Az uterus ür sima felszinü, üres. A fundusba bedomborodó kis babszemnyi puha csomócska található, egyébként a nyakcsatorna és hüvelyirész eltérést nem mutat. A függelékek épek. —

A fal keresztmetszetén a nyálkahártya legnagyobbrészt hiányzik, a belfelszint rostonyás réteg borítja. A rostonyába ágyazva szigetszerüleg jó magfestődésü syncitialis chorionhámsejtek, melyek helyenként az izomrostok közé is beterjednek és elég terjedelmes beszürődést alkotnak. A méhizomzat legbelsőbb rétegeiben még összefüggő, kifejezetten daganatos burjánzás nincs, mégis a feltünően polimorph magvú magzati hámproliferatiót atypusos burjánzásnak kell minősiteni.

Negyedik betegünkben önként lezajló kéthónapos vetélés után keletkezett a ch-epithelioma, hol a *deportált chorionbolyhok* hámja képezett chorionepitheliomás burjánzást. *A vasalis deportatióval elsodort chorionbolyhok kimutatása a ch. epitheliomás burjánzás mellett igen ritka és feltünően érdekes.*

A ch. epithelioma gyakorisága mola és vetélés után a chorialis hám erősebb fejlődéséből érthető, ami fiatal terhességben fokozottan megvan. A nidatio ott következik be, ahol a syntitium épen megjelenik. Extragenitalisan ch. epitheliomával épen ott találkozunk, ahová megrekedt embrionalis csirok jutnak el, vagy ahová chorion bolyhokat sodor a keringés. Az elsőleges hüvely ch. epitheliomák viszonylagos gyakorisága a chorionsejt vagy boholyrész retrograd endovasalis (venosus) útjából érthető. A méhösszehúzódások által összeszorított venákba ellenkező irányú áramlökések keletkeznek, mely alkalmas a chorionelemek továbbitására és igy áttételképződésre. *A chorionhám burjánzása által előidézett lutein sejtburjánzás az ovariumban, a nemiszervek rendkivüli bővérüségét idézi elő, s igy a tágult cavernosus venosus hálózat ad magyarázatot a leggyakoribbnak mondható hüvelyáttételek kifejlődésére is.*

Emboliásan elhurcolt chorionbolyhokat először *Schmorl* irt le (boholydeportatio) és *Pick* egy esetben ch. epithelioma hüvely metastasisában mutatta ki. Utóbb *Philip* közölt egy esetet, hol szülés után a parametrium ektopiás ch. epitheliomájában talált molásjellegű, nyákosan elfajult stromájú chorionbolyhokat; a typikus boholystroma mellett az erősen burjánzó trophoblast alkotott rosszindulatú burjánzást. Rendkivül feltünő betegünkön a nagy boholyrészeknek tömeges embolikus elhurcolása.

Jellemző volt a műtét után a Z. A. R.-nek a gyors eltünése is. Már a 14. napon a Z. A. R. teljesen negativ, igy ez is bizonyitja a nagy hormontermelésnek a chorialis szövetekkel összefüggését és a hormonnak a hypophysis elülső lebenyéből származása ellen szól. *(Philip).* Világosan mutatták e tényt klinikánkról *Arvay* vizsgálatai is, ki a különböző idejű vetélések szöveti vizsgálatainak eredményeit hasonlította össze az egyidejüleg végzett Z. A. R.-val. S a szövetileg kimutatható élő, jó magfestődésü chorionbolyhok, illetőleg chorionhám esetében mindig positiv, elhalt bolyhok mellett pedig negativ Z. A. R.-t talált.

5. 356/1935. fjlsz. 30 éves, két rendes szülés. Utolsó szülése 1934. III. 11-én volt. 1935. I. 15-én orvosa II—III. hónapos vetélést fejez be nála ujjal. A vetélés után 2 hétig jól volt. Ezután azonban állandóan voltak kisebb pecsételő, majd később állandó barnás törmelékes vérzései. III. hó 11-én orvosa rendetlen vérzései miatt méhkaparást cs nál, placentaszerü bő kaparékot kap (szövettanilag nem vizsgálja!). III. hó 25-én újabb vérzések. A méhszájból szilványi „placentaris polyp"-szerü képletet csavar le orvosa és ezt a klinikánkra küldi szövettani vizsgálatra. Szövettani leletünk: ch. epithelioma. A szövettani lelet alapján jelentkezik a beteg nálunk IV. 9-én.

7. ábra. 356—1935. A felnyitott méh; a tágult nyakcsatorna falába betörő chorionepitheliomás burjánzás.

A beteg december óta (három-négy hónapja) kb. 10 kg-ot fogyott. Sok vért vesztett, gyengének érzi magát, feje fáj, szédül. Pár hete alhasában is fájdalmakat érez.

Erősen kivérzett, vérszegény beteg, pulsusa 110. Mellkasi szervei physikalisan épek. A böven 3 újjnyira tágult méhszájon keresztül jókora tojásnyi, kétosztatú, enyhén dudorzatos, szennyes-vörhenyes színü, helyenként palaszürke lepedékes felszinü, feltünően puha málékony és igen vérzékeny képlet domborodik a hüvelybe. A méhtest rendesnél alig nagyobb, kiegyenesedett helyzetü s a méh nyaki része a tágult nyakcsatornában ülő puha ch. epitheliomás tömeg által a méhtestnél lényegesen tömegesebb. A méhtest puhább tapintatú, jól mozgatható, a környezetben kóros tömeg nem tapintható. A hüvelybe bedomborodó daganat igen vérzékeny. Előzetes 500 ccm vértransfusio után (op. *Kovács* prof.) (7. és 8. ábra) hüvelyi teljes méhkiirtást végzünk. Függelékek épek.

8. ábra. 356—1935. A méh nyaki része; a nyakcsatorna nyálkahártyája alá beterjedő chorionepithelioma. (Kisnagyitásos felvétel.)

A Z. A. R. felvételkor erősen positiv. A mennyileges hormonmeghatározás a vizelet literjében 50.000 Ee. gonadotrop hormont talál. A vörösvérsejtszám 2,120.000, Hgl. 35%. A mellkas röntgenátvilágításakor áttételes góc a tüdőben nem volt kimutatható (IV. 11.).

Mütét után 5 napig lázas (már műtét előtt is lázas volt). Mütét utáni 10. napon Z. A. R. positiv. Roborálás. 12. naptól újra lázas, oldalszúrásokról panaszkodik. 15. napon röntgen, mellkasátvilágítás: mindkét hilus rendkivül dús, mindkét tüdőmezőben egészen kicsiny kölesnyi, lencsényi, golyó alakú árnyékok találhatók, a bal hilustól oldalfelé egy pengő nagyságú golyóalakú árnyék van, az árnyékok daganatos áttételnek felelnek meg. A rekeszek éles szélüek, jól kitérnek, a szív ép. 16.- és 17.-ik napon therapiás tüdő és medence mély besugárzás. 19. nap láztalanná válik. 25. nap is csak időnként subfebrilis, jól van, fent jár. Kibocsátásakor Z. A. R. erősen positiv. Ellenőrzésre rendeljük be, azonban utána érdeklődésünkre megtudjuk, hogy a beteg otthonában daganatos áttételek tünetei közt, végtagbénulások után meghal. Nem boncolták.

Ezen betegünkön ujjal befejezett vetélés után *a méh nyakcsatornájában keletkezett a ch. epitheliomás burjánzás.* A méhnyak (endocervicalis) ch.-epithelioma szintén az aránylag ritkább változatok közé tartozik. Számos szerző megfigyelte, hogy ezekben az esetekben ismételt vérzések miatt eredménytelen méhkaparásokat végeznek, a befejezetlennek vélt vetélés miatt a tágult nyakcsatornába a cervixfalból kiinduló daganat placentaris polypus látszatát kelti.

Négy, gyökeres műtéttel kezelt betegünk közül 3 néhány hónap mulva meghalt, áttétel miatt. Ez utóbbi betegünk esetében különösen feltűnő volt a tüdőáttételek igen gyors kifejlődése, a műtét előtt ellenőrzött tüdőkben még daganatáttételek nem látszottak, s így nem kerülhető el, hogy ne gondoljuk a műtétkor a daganatsejteknek nagyon könnyen előforduló, a véráram útján lehetséges tovavitelére.

Klinikai anyagunkban 4 év alatt (1931. IX. 1-től, 1935. IX. 1-ig) 11.477, részben szülészeti, részben nőgyógyászati betegen 5 ch. epithelioma fordult elő, ami 0.4 $^0/_{00}$-nek felel meg. E beteganyagból a 7012 terhességre ugyancsak 5 mola hydatidosa esett, ami 0.7$^0/_{00}$-nek felel meg és 1400 terhességre jutott egy mola vetélés. *Szathmáry* hosszabb időtartamot átölelő anyagában 1347 szülésre jutott 1 mola.

Két molás betegünk különösebb érdekesség nélkül gyógyult. Vizsgálatokkal (Z. A. R.) ellenőriztük a teljes gyógyulást. Három molás betegünk kórtörténete azonban a hormonvizsgálatok szempontjából igen tanulságos.

2008/1934. fejlsz. 25 é. 3 rendes szülés, utolsó szülés 1933-ban. Utolsó vérzés 1934. X. 10. Felvétel XII. 29. A vérzés kéthónapos kimaradása után kb. egy hete vérezget. Az utóbbi hetekben észrevette, hogy hasa hirtelen nagyon megnövekedett, ezért és a vérezgetések miatt keresi fel orvosát, ki a klinikára küldi megindult vetéléssel. Felvételkor V—VI. hónapos terhességnek megfelelő nagyságú és consistentiájú szabad környezetű méh. Kevés véres folyás. Üszög vetélésére gondolunk. A Z. A. R. ekkor (XII. 31.) erősen positiv, a vizelet literjében 50.000 Ee. gonadotrop hormon. A méhről készült röntgenfelvételen magzati csontárnyék nem látható. A mola terhesség kórisméje igy biztos és ezért a terhességet megszakitjuk. Méhszájtágitásra hólyagos boholyrészek ürülnek. Metreurintherrel végzett méhszájtágitás után a méhet kézzel ürítjük ki, kb. 3 liternyi molás boholytömeget távolitunk el. A hólyagos elfajulás az egész chorion területére kiterjedt és sem tömöttebb lepényrészletet, sem ébrényt még elhalt, vagy csökevényes formában sem találunk. A kiürités után a méh belfelszine sima, a méh jól összehúzódott, vérzés nincs. Sima gyógyulás. A 15. napon (I. 21.) és a 24. napon (I. 30.) a Z. A. R. kifejezetten positiv. (I. 21, a kiürités után 2 héttel, a vizelet literje 12.500 Ee. gonadotrop hormont tartalmazott. Minthogy a Z. A. R. a méh kiürítése után ismételten positiv volt, sőt a kiürités utáni 21. napon is; ch. epithelioma gyanúja miatt curettage (II. 6.). Rendes nagyságú méh mellett közepes mennyiségü kaparék. Szövettanilag magzati syntitialis elemek találhatók, rostonyás elhalásos környezetben kis decidualis szigetekbe ágyazva. A rosszindulatú burjánzás nem állapitható meg. Egy hét mulva még mindig positiv a Z. A. R. A beteget fiatal kora miatt nem akarván méhétől megfosztani, egyelőre kibocsátjuk, négy hét mulva ellenőrző vizsgálatra berendeljük. Kibocsátáskor a rendes méh mellett baloldalt kistojásnyi sima resistentiát állapitunk meg, melyet kisebb retentiós tömlőnek tartunk. Kb. egy hónap mulva ellenőrző vizsgálat és felvétel (III. 12.). A beteg jól van, vérzés nincs. A Z. A. R. vizelettel I. fokú reactiót ad, csak folliculus érések a nyúl ovariumon. Mindkétoldalt a petefészkeknek megfelelően azonban ökölnyi tömlős daganat tapintható. A baloldali részben a méh előtt helyezkedik el, a méh valamivel nagyobb, elég feszesen összefügg a kétoldalt elhelyezkedő, alig mozdítható tömlős tapintatú daganattal. Mivel a tapintási lelet alapján nem tudjuk egészen kizárni az áttételképződés lehetőségét, újabb méhkaparást végzünk. Meglepő, hogy számos kaparékdarabkában az izomrostok közé is beterjedő rostonyás elhalástól kisérve számos szétszórtan elhelyezkedő, még teljesen jó festődésü, hatalmas magvú, magzati eredetü chorionhámsejteket találtunk. Összefüggő burjánzás nem volt kimutatható.

A kaparékban található sok jó festődésü chorionhámsejt és a tapintási lelet mellett nem tudjuk az áttételképződés lehetőségét kizárni, bár elsősorban a petefészkek lutein tömlős átalakulására gondolunk. Hasmetszést végzünk, mindkét ovarium jókora ökölnyi, sokrekeszü, tömlős átalakulását találjuk, sima, dudoros felszinnel. A petefészkek diónyi tömlőkből álló fürtös szerkezetüek. Mindkettőt resecáljuk, kevés ép ovariumszövetet visszahagyva. A méh, a petevezetők, a parametrium teljesen ép, azokat meghagyva a hasat zárjuk. A beteg zavartalan gyógyulás után távozik. (III. 20.) Z. A. R. negativ.

A petefészek resecált részei számos kisebb-nagyobb luteinszegéllyel bélelt tömlőt tartalmaznak. Mindkét petefészekben egyidejüleg számos folliculus indult rohamos fejlődésnek s a nagy retentiós folliculusok belfelszínének fokozott luteinizálódása jött létre. A tömlők híg cukorszirup sűrűségű sárgás, a kisebb tömlőkben még véresen tingált, lehülés közben részben megkocsonyásodó tartalommal birtak; a tömlőfolyadék hormonalis vizsgálata: Patkányra és egérre oltva positiv Z. A. R.-t ad; a cystafolyadék literjében kb. 5.000 Ee. gonadotrop hormon tartalommal. A cystafolyadék corpus luteum hormontartalmát infantilis 600 gr súlyú nyulakon mértük ki, melyek méhnyálkahártyáját előzőleg folliculus hormon adagolással proliferatiós phasisba hoztunk. 4×2 ccm cystafolyadék hatására a szövettanilag feldolgozott nyúlméhek nyálkahártyája secretiós phasist mutatott, ami corpus luteum hatóanyag jelenléte mellett szól.

A molás eseteink közül ez utóbbi a szemünk előtt kifejlődő nagy lutein tömlős ovariumok miatt érdekes. A mola csaknem 3000 gr-nyi tömegü, a vetélés után kétoldali petefészektömlő fejlődött ki a szemeink előtt, hetek alatt. E tömlők a Z. A. R.-nak kéthónapon át állandó positivitását tartották fenn a tömlőfolyadékban felhalmozott gonadotrop hormon által anélkül, hogy nagyobb tömegü chorionhámot sikerült volna kimutatni. A második hónap végén kb. 8 hétre a Z. A. R. negativ lett. A petefészkek tömlős elfajulása az üszögvetélés után igen gyors növekedésükkel ch. epitheliomás áttétel kifejlődésének gyanuját keltette.

A kórkép elemzésekor elsősorban hangsúlyozni kell, *hogy méhkaparás alapján a mola terhességek után kifejlődő ch. epithelioma korai kórismézését csak igen ritkán lehet elérni* s így ilyen esetekben a méhkaparás diagnostikus értéke csekély. Esetünkben is még a második méhkaparáskor is — a mola vetélés után 8. héten — ki lehetett mutatni a kaparékban, jóllehet rostonyás, elhalásos környezetben igen gyér számban magzati syntitium sejteket. A kórisme felállításában sokkal lényegesebb a Z. A. R. Az ezt előidéző H. E. L. hormon (gonadotrop hormon) forrása az élő chorionhám, amely rendes terhesség után 3 hétnél, mola terhesség után 6—8 hétnél általában tovább nem marad meg. A kiválasztott hormon

mennyisége arányos a jelenlévő rendellenes chorionhám mennyiségével és így a H. E. L. hormon termelésében beálló fokozatos növekedés méhvérzésekkel kisérve, rendes vagy mola terhesség után az embryonalis hám proliferativ folyamataira, molára, illetve ch. epitheliomára utal. A reactio fennmaradása, a méh eltávolítása után áttétel képződés mellett szól.

A luteinizáló hormon képződésére vonatkozólag *Philip* nézete mellé csatlakozunk, amikor annak termelési helyéül a choriont és a placentát tekintjük; bár kétségtelennek tartjuk, hogy a luteinisatio kezdete és így a luteinizáló hormon keletkezése nemcsak a chorionhám működése, hanem valószinűleg a hypophysis elülső lebenyéis. *(Zondek)*. A luteinizáló hormon tömeges termelődésére utal a mola után elég gyakran észlelt luteintömlős petefészekelfajulás, ahol számtalan kisebb-nagyobb retentiós folliculusban egyszerre indul meg a granulosa hám tömeges luteinizálódása. Érdekes itt megemlíteni *Probstner* megfigyelését, ki mola után kifejlődő petefészek sárgatest tömlőben igen bőven tudott kimutatni prolan B.-t. Esetünkben a tömlőfolyadékban felhalmozódó gonadotrop hormonmennyiség magyarázza a kéthónapon át positiv Z. A. R.-t, mivel a tömlőfolyadék elsősorban gonadotrop-hormont tartalmazott. Többen mutatták ki a molás bolyhok hatalmas hormontermelő képességét, így *Tevfik* infantilis egerekbe ültetett moladarabokat, illetőleg molafolyadékot fecskendezett be a H. E. L. reactio erősen positiv volt. Elhalt molás beteg hypophysisének darabkáit fejletlen egerekbe ültetve azok nem adták a reactiót. Esetünkhöz hasonló észlelése volt *Antons*nak: ökölnyi molavetéléssel kapcsolatban kifejlődött a petefészek luteintömlős elfajulása. Szöveti vizsgálatkor úgy találta, hogy a mola hydatidosa erősen proliferáló, részben atypikus jellegű boholyhámmal bírt, ch. epithelioma jelenléte nélkül. Mivel a vérzés tovább tartott és mindkétoldalt resistentia kialakulását észlelték, hasmetszés: mindkét petefészek ökölnyi többrekeszű, vékonyfalú, áttetsző, dudoros felszínű átalakulását találták. A méhet csonkolták és a függelékeket eltávolították (32 éves nő). Ch. epithelioma nem volt kimutatható, a tömlők falán mindenütt felismerhető luteinszegély. A vérzés valószinű oka a méh nyálkahártya túlképződése és decidualis átalakulása.

De Maria kisérletesen foglalkozott a mola terhességekben előforduló luteintömlős petefészek elfajulással. Nőstény tengerimalacoknak rendes lepényszövet és hólyagos mola kivonatát adagolta. Hólyagos molakivonat befecskendezése után néhány nap alatt tömeges folliculusképződést tapasztalt, a tengerimalac petefészkén. A petefészek és méh az állat hosszabb injectiózására megduzzadtak, illetve erősen luteinizálódtak, majd a petefészkekben a csirahám elpusztulásával vékonyfalú tömlők keletkeztek. Két esetében különösen erős volt a hatás a tengerimalac petefészekre. Ezen esetekben az iniciált anyag oly asszonyoktól származott, kikben jól tapintható tömlős, ovariummegnagyobbodás volt jelen az üszögterhességgel, így a hólyagos molák között a hormontermelést illetőleg mennyileges különbségek is lehetnek. A petefészek tömlős elfajulásának oka hólyagos üszögben sokféle: pangás a petefészkekben, a megváltozott hormonalis viszony, a rendellenes belső elválasztás mellett a terhesség ingere is.

2. 441/1935. fjlsz. 32 é. 4 rendes szülés, utolsó vérzés XI. 25. Terhesnek érezte magát, II. 20-tól pecsételő vérzések kezdődtek, majd utóbb bő darabos vérzés. Orvosa vetéléssel küldi klinikánkra. Felvételkor IV. hónapos vérzéskimaradásnak meg nem felelő VI. hónapos terhességre utaló méh. Felvételkor (III. 19.) a Z. A. R. erősen positiv. Az ekkor magától meginduló üszögvetélést kézzel fejezzük be vérzés miatt (tapadó molarészek). Utána néhány napig subfebrilis, egyébként rendes gyermekágy. A Z. A. R. kifejlett nyulon végezve 2×10 ccm i. v. adott vizelettel 48 óra mulva III. 25-én, IV. 3-án és 10-én határozott positiv reactiót ad. Ekkor kibocsátjuk rendes, szabad környezetű méhvel. A kiürités után 25 nap mulva még positiv a Z. A. R. Ellenőrzés a méh kiüritése után 35 nappal: rendes lelet, a Z. A. R. negativ. Két hét mulva hasonló lelet.

Ezen esetünkben tehát a szövődmény nélkül lefolyó üszögvetélés után a Z. A. R. 4 hétig még határozott positiv volt s csak 6 hét mulva vált negativvá; holott rendes terhesség után 8—14 napra a reactio legtöbbször megszünik.

3. 340/1935. fjlsz. 34 é. 2 rendes szülés (1931. és 1932.) Utolsó vérzése 1934. XI. 28. 1935. II. elejétől pepecselő vérzések. Orvosa fenyegető vetélés miatt küldi klinikánkra. IV. 7. bő vérzés mellett a méhet ujjal kitakarítjuk s két öblös maroknyi molás szövetet távolítunk el. Rendes gyermekágy. A gyermekágy első napján Z. A. R. positiv. A 10. napon szintén positiv. (IV. 17.) Jól visszafejlődött méh, szabad környezet, hazabocsátjuk. Ellenőrzés három hét mulva (V. 8.) Z. A. R. positiv. Kb. 2 hete hogy pecsételő vérzése van, mely utóbbi napokban fokozódott, ezért méhkaparás. Valamivel nagyobb méh, szabad környezet. A kaparékban az egyébként visszafejlődőben lévő corpus nyálkahártyán kivül kis, részben rostonyásan elhalt deciduaszigetek, ezen területeken még elég jó magfestődésű magzati eredetü syntitium sejtek találhatók gyér számban. A syntitium sejtek környezete mindenütt élénk szövetalvadást mutat. Az ép nyálkahártyában előretörő s ott elhelyezkedő, vagy egymással összefüggő syntitium sejtcsoportok nem találhatók. A méhkaparás után a vérzés megszünt, panaszmentes. Hazabocsátáskor (V. 25.) Z. A. R. positiv. Ezért újabb ellenőrzés (VI. 25.); a beteg panaszmetes, jól van, a Z. A. R. negativ.

Ezen molás esetünkben különösen figyelemreméltó, hogy a méhkaparás eredménye nem volt teljes biztonsággal értékelhető a kórisme szempontjából és a Z. A. R. nyujtott elsősorban tájékoztatást a beteg állapotáról.

Összefoglalás: 1. Mind a ch. epithelioma, mind mola terhesség esetében a Zondek-Ascheim-reactio, különösen annak kifejlett nyulakra alkalmazott formája igen jó útmutatóul szolgál, mind a kórisme felállításában, mind a reactio negativvá válásával a gyógyulás idejének meghatározásában.

2. A gonadotrop (H. E. L.) hormon mennyileges meghatározásában meglepő volt, hogy az összehasonlító és ellenőrző eljárások ellenére (nyúl, infantilis patkány és egér) a hormonmennyiségek az irodalomban közölt értékeknél lényegesen alacsonyabbak voltak, s átlag 30—35 ezer Ee.-nél nem voltak magasabbak.

3. Különösen fontos a Z. A. R. azért is, mivel ch. epithelioma és hólyagos üszög után fejlődő ch. epithelioma gyanujakor már jelenlévő daganatos burjánzás mellett is a méhkaparék gyakran negativ eredményt ad és nem tartalmaz mást, csak decidua részeket, vagy több-kevesebb syntitialis szerkezetű chorionhámot. Ilyenkor a kaparék értékelése nem nyujt feltétlen bizonyosságot a kórismét illetőleg, *ezért ch. epithelioma gyanujakor feltétlenül el kell végezni a Z. A. R.-t a kórisme megállapítása céljából.*

4. Rendes terhesség (szülés vagy vetélés után) a Z. A. R. 2—3 hét mulva mindig negativvá lesz, míg mola után gyakran csak 4—6 hét mulva tünik el teljesen a hormon a keringésből. *Ezen időn túl a positiv terhességi reactio mindig alapos gyanut kelt a burjánzóképes chorionhám visszamaradására.*

5. Öt ch. epitheliomás betegünk közül 3, akin gyökeres műtétet végeztünk, röviddel a műtét után kiterjedt áttételek következtében elpusztult. Egy, kinek csupán a hüvely daganat csomóit metszettük ki s egyébként a sugárkezelésre (röntgen) szoritkoztunk, gyógyul; egy betegünk esetében a gyökeres műtét és utóbesugárzás eredményezett tartós gyógyulást.

6. A petefészkek hatalmas sokrekeszű sárgatesttöm-

lős elfojulását két esetben észleltük, egyikben intrauterin chorionepitheliomával együtt, a másikban mola vetélés után fordult elő. A kórosan fokozott gonadotrop-hormonhatásra keletkező sokszoros tüszőfejlődés s a ki nem ért tüsző tökéletlen luteinisálódása folytán kifejlődő jelentékeny nagyságú petefészektömlőre a chorionhám kóros burjánzásaiban mindig gondolnunk kell.

7. A chorionepitheliomás betegeken a mellkas, illetve a tüdő erélyes megelőző röntgen-besugárzása mindig elvégzendő a helyi besugárzással egyidőben; tehát olyankor is, amikor a tüdőáttételre még gyanu nincs. Ezt az óvatosságot indokolja a tüdő későbbi daganatáttételeinek a gyakorisága.

8. Öt molás betegünk gyógyult. Ezekkel kapcsolatban a hormonkiválasztás folyamatát, illetve a Zondek-Aschheim r.-nak negativvá válásának időpontját igyekeztünk pontosan megállapitani. A mola vetélés esetében a méhür kézzel végzett kitakaritását ajánljuk, mivel a curett az elvékonyodott méhfal miatt a perforatio veszélyével jár.

Irodalom: *Antons:* Berichte über d. Ges. Gyn. u. Geb. 25. — *Aravy:* M. Nögyógyászat 1934. 6. — *De Maria:* Rass. Obst. 1933. — *Grundzew, Russiy:* Zbl. f. Gyn. 1933. 44. — *E. M. Koplun:* Zbl. f. Gyn. 1934. 31. — *Mazer:* Americ, Journ, of Obst. and Gyn. 1933. — *R. Meyer:* Haenke-Lubarsch Hb. VII. — *Nabuco de Gowea:* Gyn. si obst. (La Gyn) 1934. — *Tefwik Remzi:* Zbl. f. Gyn. 1934. 34. — *Philipp:* Zbl. f. Gyn. 1935. 1. — *Probstner:* M. Nögyógy. 1934. 1. — *Savignoni:* Berichte ü. d. Ges. Gyn. u. Geb. 26. — *Szathmáry:* O. H. 1926. és 1931.

A Pázmány Péter Tud.-Egytem gyermekklinikájának közleménye (igazgató: Hainiss Elemér ny. r. tanár).

Adatok a meningitis tuberculosa kórtanához.

II. Szövetchemiai vizsgálatok.

Irta: *Móritz Dénes dr.* és *Kulcsár Margit dr.*

Előző közleményünkben egyikünk *(Móritz)* beszámolt azokról a sav-basisegyensúlyi vizsgálatokról, amelyeket miningitis tbc.-ás csecsemők és gyermekek serumában végzett és felhívta a figyelmet arra, hogy a savóban a chlornak és fix basisoknak csökkenése következtében hyposalaemia van, ami az osmoregulatio zavarára, hyposmoisra vezet és ennek folytán gümős agyhártyagyulladásban a sóanyagcsere súlyosan meg van zavarva. A vizsgálatokból arra lehet következtetni, hogy a hypochloraemia nem egyszerű anion-eltolódás folytán jön létre, hanem ténylegesen chloropenia következménye. Anion-vándorlás esetén a chlorcsökkenést a serumban egyéb savi gyökök emelkedése compensálná, még pedig változatlan fix basisok mellett. A mi eseteinkben pedig azt látjuk, hogy a fix basisok csökkenése nagyjában párhuzamosan halad a chlorcsökkenéssel, tehát valódi sóveszteség jön létre. Míg az anion-vándorlás következtében előállott hypochloraemiában a szövetek chlortartalma emelkedett is lehet, amint azt *Ambard, Schmid* és *Bricka* pneumoniával kapcsolatosan megfigyelték, addig chloropriv hypochloraemiában a szervezetnek chlorban való általános elszegényedése folytán a szövetekben is kimutatható a chlorcsökkenés; általános demineralisatio jön létre, amely a szövetek physikalis-chemiai milieujének zavarára vezet és a szövetek életképességét is súlyosan illetheti. Minthogy meningitisben főként agyi tünetek uralkodnak, világos, hogy elsősorban az agyszövetben, különösen pedig a cortexben létrejövő biochemiai elváltozásokat vizsgáljuk.

Összesen 10 esetben volt alkalmunk elvégezni vizsgálatainkat. A feldolgozásban nagy súlyt vetettünk arra, hogy a boncolás a halál után minél korábban, de legkésőbb 24 óra mulva megtörténjen, hogy a postmortalis elváltozások minél kevésbbé zavarják vizsgálataink eredményeit; a szövetek chemiai feldolgozása közvetlenül a tetembontás után történt. Minden esetben meghatároztuk az agy fagyáspontcsökkenését; a chlor, maradéknitrogen és szárazanyagtartalom meghatározása külön történt a szürke és fehér állományban. A fagyáspontcsökkenés meghatározását direct kryoskopiával *Sabbatani* szerint, a chlor és maradék-nitrogen meghatározását pedig *Kerpel* és *Leövey* szerint végeztük. A fagyáspontcsökkenést C fokban, a chlor és maradék-nitrogen értékét mg%-ban, a szárazanyagtartalmat %-ban fejeztük ki.

Kiindulási pontul szolgáljanak a normalértékek. Szövet-chemiai vizsgálatokra vonatkozó adatok meglehetősen szórványosak az irodalomban, különösen hiányosak az egyes szövetek rendes értékeire vonatkozó adatok és nem is egészen egybevágók mindig, ami érthető is az ily célú vizsgálatok nehézsége miatt. Az agy chlortartalmára vonatkozó legrégibb adatok *Langlois*-tól és *Richet*-től származnak, akik physiologiás körülmények között azt 168—227 mg% között találták. *Blum* értékei a következők:

szürkeállomány chlortartalma	149 mg%
fehérállomány chlortartalma	143 mg%

Blum megjegyzi, hogy kivérzett egyénen végezték a meghatározást és rendes körülmények között a szervek több vért tartalmazván, a talált értékek a rendesnél valószínűleg valamivel alacsonyabbak. *Móritz* és *Kerpel* csecsemőkön végzett szövetchemiai vizsgálatok alkalmával az agyra vonatkozóan a következő értékeket találta megközelítően physiologiásnak:

△	—0.70 C
Cl	200 mg%
R. N.	149 mg%
száraz anyag	13.4 %

Minthogy azonban a vizsgált, legtöbbször atrophiás csecsemők legnagyobb része (következményes) bronchopneumoniában pusztult el, a normalis chlorérték ennél valószínüleg alacsonyabb. Mi egy esetben a következő megközelítő normalis értékeket találtuk:

szürke állomány	Cl 153 mg% R. N. 151 mg%	szárazanyag 16.7%
fehér állomány	Cl 151 mg% R. N. 143 mg%	szárazanyag 29.5%
az egész agy △	—0.69 C	

A fenti értékek nem térnek el lényegesen a kisérleti állatokon talált normalis értékektől, így *Kerpel* és *Leövey* tengerimalacon a következő értékeket találta:

szürke állomány Cl 175 mg%	fehér állomány Cl 170 mg%
R. N. 163 mg%	R. N. 146 mg%

A szárazanyagtartalomra vonatkozóan ismeretes az, hogy a korral változik; a víztartalom a legfiatalabb kortól az öregkorig állandóan csökken. 20 év körül az agy szürke állománya 17%, fehér állománya 31% szárazanyagot tartalmaz. Fiatalabb korban a szárazanyagtartalom még ennél is kisebb.

Vizsgálataink eredményét a következő táblázat tünteti fel:

Sorszám	Kor	△	Sürke állomány			Fehér állomány			Serum	
			száraz-anyag	Cl.	R. N.	szárazanyag	Cl.	R. N.	Cl.	R. N.
1.	2½	—0.66	14.5	120	—	27.5	149	—	—	—
2.	9 é	—0.62	17	118	247	21	158	98	308	42
3.	8 é	—0.60	17.3	113	152	27	159	84	309	—
4.	10 h	—0.68	14.6	166	118	26	132	95	269	22
5.	4 é	—0.60	15	117	178	17	162	98	322	23
6.	3 é	—0.62	14.3	120	105	21	150	80	—	—
7.	11 é	—0.60	17	123	136	23	159	124	—	—
8.	5 é	—0.64	15.3	107	143	30	129	107	305	32
9.	12 é	—0.72	17.2	133	162	24	115	162	262	—
10.	8 é	—0.67	16.5	135	165	27.1	154	115	—	—

Elemezve a táblázatot, mindenekelőtt feltűnik a *chlor* csökkenése. A chlornak a csökkenése azonban nem egyenletes a szürke és a fehér állományban, mert amíg ezen utóbbiban a chlor mennyisége vagy a rendes érték alsó határán mozog, vagy legfeljebb csak kisebb mértékben csökkent, addig a szürke állományban jelentékeny 25—30%-ot is kitevő a chlorveszteség. Ezen körülménynek általános kórtani szempontból is jelentősége van. *Kerpel* és *Leövey* kisérleti uraemiában ennek a tükörképét találták, só-megterhelésre a chlorfelhalmozódás jelentékenyen nagyobb volt a szürke, mint a fehér állományban. Ez a két megfigyelés azt mutatja, hogy a szürke állományban sokkal könnyebben és nagyobb fokban jöhet létre eltolódás a sótöménységben akár positiv, akár pedig negativ irányban; a cortex ganglion-sejtjei pedig különösen érzékenyek a biochemiai folyamatokkal szemben. Ha a szövetchlor töménységét összehasonlítjuk a serumchloréval, azt figyelhetjük meg, hogy a serumchlornak csak jelentékenyebb csökkenése mellett következik be a chlor csökkenése a szövetekben és a két érték nagyjában párhuzamosan halad egymással. Ami a *maradék-nitrogen* értékét illeti, a legtöbb esetben rendes vagy határozottan alacsony értékeket találunk. Csak az 1. esetben találunk emelkedett maradék-nitrogént, de itt is csak a szürke állományban. Az agy *fagyáspontcsökkenése* egy eset kivételével emelkedett, tehát hyposmosis van, amely a csökkent chlor és alacsony maradék-nitrogen következménye. Tehát demineralisatio jön létre az agyszövetben, amely az osmoregulatio zavarára, hyposmosisra vezet. A szárazanyagtartalom lényegesen nem tér el a rendestől.

Az osmotikus viszonyok állandó jellege az állati és emberi szervezetnek egyik alapelve. *Höber* összehasonlítja ezt a hőszabályozással és homothermia mellett homoiosmosisról beszél. A homoiosmosis nemcsak a vérre, hanem érvényes a szövetekre is. Állatkisérletekben ép körülmények között az agy fagyáspontja majdnem teljesen egyforma. A szövetek homoiosmosisa 2 irányban lehet zavart: létrejöhet hyperosmosis, mint pl. az uraemiában, exsiccosisban és a csecsemőkori intoxicatio bizonyos alakjaiban. Ennek ellenkezőjét, hyposmosist találunk a vízmérgezésben. A szövetek osmotikus zavarainak kórtani jelentőségét mutatják az állatkisérletek és a klinikai vizsgálatok is. *Kerpel* és *Leövey* kisérletes exsiccosisban azt találták, hogy az osmoregulatio teljesen felmondja a szolgálatot, olyan hatalmas concentratio-eltolódások jönnek létre, amelyek jelentékenyen csorbítják a szövetek életképességét. *Gömöri* és *Molnár* pedig ugyancsak állatkisérletekben nagymennyiségű víznek gyors bevitele után (water intoxication Rowntree) a szövetek osmotikus concentratiójának nagyfokú csökkenését, erős hyposmosist talált és a kifejlődött komát az agy osmotikus concentratiójának gyors csökkenésével hozta oki összefüggésbe. Ugyanezen szerzők az agy fagyáspontjára vonatkozólag —0.58 C° mint az életlehetőség alsó határát jelölik meg. A vízmérgezéshez nagyon hasonló demineralisatiós állapotok jöhetnek létre a csecsemőszervezetben is különféle betegségek kapcsán *(Móritz* és *Kerpel)*, amelyek azt mutatják, hogy a csecsemő és gyermek kórtanában is számolni kell az osmoregulatio zavaraival.

Eseteinkben előfordultak olyan magas delta-értékek (—0.60° C), amelyek már nincsenek távol attól az értéktől, amelyet az életfeltételek alsó határának tekinthetünk. A szövetek osmosisos környezete ilyen körülmények között jelentékeny változást szenved; különösen érzékenyek a ganglionsejtek — az osmotikus töménység változása egyébként is itt a legnagyobbfokú — és a hyposmosis bizonyos kóros jelenségek, így a koma létrejöttében bizonyos szerepet játszhat. A hypochloraemiás koma mellett szóba jöhet a hyposmosisos koma is.

Összefoglalás: 1. 10 meningitis tbc.-ban elhalt csecsemő és gyermek agyszövetében meghatározták a szárazanyagtartalmat, chlort, maradék-nitrogent és a fagyáspontcsökkenést.

2. A fagyáspont emelkedett, a chlor csökkent, a maradék-nitrogen rendes vagy alacsonyértékű; az agyszövetben jelentékeny demineralisatio van.

3. A chlorcsökkenés a szürkeállományban jóval nagyobb, mint a fehérben.

4. A hypochloraemia és hyposmosis súlyosbithatja a fennálló centralis tüneteket.

Irodalom: *Ambard, Schmid* és *Bricka:* idézve Ambard: Physiol, norm. et path. des reins. — *Blum:* idézve M. Rudolf: L'hypochlorémie után. — *Gömöri* és *Molnár:* Arch. f. exp. Pathol. 1933. 167. — *Kerpel* és *Leövey:* Arch. f. erp. Path. u. Phar. 1929. 144. — *Ugyanazok:* Arch. f. Khlk. 1931. 94 — *Langlois* és *Richet:* idézve Rudolf: L'hypochlorémie után. — *Móritz:* Mschr. f. Khlk. 1935. 63. — *Móritz* és *Kerpel:* Mschr. f. Khlk. 1932. 54.

A Bethesda Diakonissza-Kórház közleménye. (Igazgató főorvos: Szentpétery Gyula.)

Az akne sexualis hormonális gyógyitása.

Irta: *Varga Aladár dr.* rendelő főorvos.

Leszczynski és *Liebhardt* beosztásában megkülönböztetett akne sexualis kardinalis tünetei a főként arcra lokalisálódó makacs akneeruptiók, semmi vagy aránylag enyhe seborrhoea, dermographia alba. Tiszta esetekben a hát, mell bőre szabad. Gyakran kombinálódnak az akne intestinalis, máskor az akne thyreogenes vagy seborrhoeica alakjaival.

W. Pick mutatott rá először az akne menstruatiós-phasissal fennálló összefüggésére s jó eredményeket is ért el a hormonális kezeléssel. Természetesen különös gonddal kivizsgálandó, hogy vajjon a havivérzés milyen

rendellenességével állunk szemközt, mert csak ebben az esetben lehetséges igazi kausalis therapiáról beszélnünk. A menstruatio rendellenességeinél 3 csoportot különböztetünk meg: 1. petefészekeredetű, 2. méheredetű zavarokat és a 3. fájdalmas havibajt (dysmenorrhoea). Az elsőhöz tartoznak a m. praecox, m. tarda, climax praecox, cl. tarda, amenorrhoeák, tempoanomáliák (raro-polymenorrhoea), metropathia haemorrhagica. A másodikhoz a hypo- és hypermenorrhoea. Mindezek a m. zavarok természetesen egymással szövődnek s csak ritkán fordulnak elő az egyes typusoknak megfelelően. Nem soroljuk ide a daganat, polypusok s gyulladásos eredetű rendetlen vérzéseket.

A panaszolt m. zavar kórisméjéhez az anamnesisen kivül szükséges a pontos kikérdezés úgy a cyklus, mint a vérzés bőségének szempontjából. Ezenkivül szükség van nőgyógyászati, belgyógyászati vizsgálatra (hosszabb idő óta tartó vérzések anaemiára vezetnek) stb.

Azok az esetek, melyekről jelen közleményben beszámolok, a menstruatio (pubertas) tarda csoportjába tartoznak. Okai lehetnek anaemiás állapotok, akár betegség (lues, tbc. stb.) akár az elégtelen táplálkozás miatt, valamint az endokrin-rendszer zavarai (ovarium, thymus, thyreoidea, hypophysis vagy polyglanduláris zavar), illetőleg a központi idegrendszer hiányos fejlődése vagy megbetegedése. Voltaképpen m. tardaról akkor beszélhetünk, amikor a vérzés a 20-ik életév után jelentkezik, de azt látjuk, hogy némelykor jóval előbb (14—16 éves korban) annak a késése súlyos kiesési tüneteket okozhat. Minket itt elsősorban a bőr részéről észlelhető kóros jelenségek és éppen az akne sexualisra vonatkozólag érdekelnek. Három, egymáshoz hasonló esetben volt alkalmam az addig még meg nem jelent vérzést hormonális készítménnyel kiváltani, illetőleg a cyklust normalissá tenni s a cyklikus vérzés megindulásával a bőrtünetek gyógyulását észlelhetni.

1. R. S. 18 éves tanuló. Kp. fejlett és táplált, kissé anaemiás. Gyakori fejfájások, szédülések. Gyomorpanaszai nincsenek. 14 é. kora óta rendetlenül jelentkező, görcsös vérzések. Praemenstruationalisan az arcon: állon, száj körül, homlokon fellépő indurált aknek, melyek az intermenstruumban is állandóan fennállanak, bár javulnak. *Anteovin* tabletták (Richter) szedésére pár hónap alatt a cyklus normalissá válik, a görcsök enyhülnek s az aknék minden külső kezelés nélkül gyógyulnak. A tabletták szedését 6 hónap után elhagyja s ekkor panaszai ismét jelentkeznek. Anaemiája miatt az *anteovin* mellett roborálást (arsen-vas) és hygiénikus életmódot ajánlunk.

2. L. M. 16 éves mindenes. Kp. fejlett és táplált. Gyomorpanaszai nincsenek. Vérzése még nem volt. 2 év óta arcbőre erősen zsíros, telve aknékkal. Gyakori fejfájás, szédülés. *Anteovin* adagolásra (két héten át 3×1 szemet naponta, majd két hét szünet után újólag folytatólagosan) 3 hónap mulva görcsök kiséretében kevés vérzés, a bőrtünetek feltünően javulnak. A következő félévben a menstruatio s cyklus normalissá lesz s az akne is csaknem teljesen gyógyult.

3. P. I. 13 éves tanuló. Gyengén fejlett és táplált. Gyomorpanaszai nincsenek. Vérzése még nem volt. Egy év óta arcán mindinkább szaporodó aknék, hajas fejbőrön nagymérvü korpádzó hámlás, ugyanitt nyakra, fülekre ráterjedő nedvedző, pörkös seborrhoeás ekzema. Lakóhelyén kezdettől fogva orvos kezelése alatt állott (kenőcsök), de állapota ezen idő alatt annyira rosszabbodott, hogy csaknem lehetetlenné tette az iskolába járását. Enyhe kén + salicyl kenőcs alkalmazása mellett naponta két szem *anteovint* adagolunk. A bőrtünetek napról-napra feltünően javulnak s két hét mulva már csak enyhe pir jelzi az aknék helyét, míg a seborrhoeás ekzema, korpádzás teljesen megszünt. A harmadik héten csekély mennyiségü vérzés jelentkezik, a bőrtünetek teljes mértékben gyógyultak. Utasitottuk, hogy amíg a m. cyklus normalissá nem válik, két hetes megszakitásokkal folytassa az *anteovin* tabletták szedését.

Belgyógyászatilag mindhárom beteget pontosan átvizsgálva, náluk lényeges eltérést nem találunk, kivéve a második esetet, akin az akne thyreogén-typussal történt szövődését észlelhetjük s igy emiatt külön therapiás eljáráshoz kellett folyamodnunk.

Az anteovin a hypophysis elülső lebenyének izolált hormonját (Glanduantin) és follicularis hormont (Glandubolin) tartalmaz. *Zondek* és *Ascheim* kisérletei derítették ki, hogy a hypophysis elülső lebenyének kivonata az ovariumokat a follicularis és corpus luteum-hormon képzésére bírja. Továbbá, hogy e hormon A) faktora az ovariumban a tüszők növekedését és a follicularis hormon képzését indítja meg, míg a B) faktor a megrepedt folliculusoknak sárga testté átalakulását idézi elő s ezt a corpus luteum-hormon képzésére bírja. A hypophysis elülső lebenyének hormonja biztosítja tehát a normalis menstruatiós cyklust, de egyben az egész női szervezet hormonális egyensúlyát is. A follicularis hormon az uterus nyálkahártyáján a m. cyklus proliferatiós fázisát teremti meg, stimulálja a petefészket, megindítja a pubertást s kifejleszti a nő másodlagos nemi jellemvonásait.

Eseteinkben a petefészek működésének gyöngesége, amely részben cyklus-zavarokban, részben a menstruatio meg nem jelenésében nyilvánult, tette indokolttá, hogy e kombinált készítményt alkalmazzuk, éspedig a hypophysis elülső lebenyének hormonját, hogy a menstruatiós folyamatot megindítsa s a follicularis hormont, hogy azt fentartsa s a physiologiás állapot bekövetkeztéig a szervezet hormonális egyensúlyát biztositsa.

Kétségtelen, hogy az anteovin injectiós adagolásával erőteljesebb hatást tudtunk volna elérni, de mivel a tabletták a m. zavart igen jól befolyásolták s mert a fiatal beteg legtöbb esetben az injectiós kezeléstől idegenkedik — azok alkalmazásától elállottunk.

Mindezek bizonyítják, hogy ha a bőrgyógyászati vizsgálatot a szervezet egészére vonatkozólag a bel-nőgyógyászati stb. vizsgálatokkal kiegészítjük, úgy nemcsak az egyébként makacs bőrjelenségeket, mint tüneteket, gyógyithatjuk, de oki kezelésünkkel az egész szervezet egészséges kifejlődését biztosítjuk.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A koponyaüri megbetegedések röntgenkezelése. *Sgalitzer.* (Wien. Klin. Wschr. 1935. 48.)

A röntgenbesugárzás szempontjából az agyvelő egészen különálló helyzetet foglal el. Csontos tokba lévén bezárva, a besugárzás utáni térfogatváltozása az agyvelőnek súlyos tüneteket okozhat, söt az életet is veszélyezteti. Éppen ezért kellő óvatossággal kell a besugárzást elvégezni, a fractionált többirányú besugárzás hive. Egyik leghálásabb területe a koponyaüri besugárzásnak a hydrokephalus esetében ártalmasan felszaporodott liquormennyiség csökkentése akár túlproductio, akár gátolt elvezetés folytán jön az létre. Daganatok esetében a besugárzás eredményessége a daganatsejt sugárérzékenységétől függ. A gyulladásos folyamatok közül a besugárzásra különösen jól reagálnak az acut polioenkephalitisek, kevésbbé a chronikus enkephalitisek és a sklerosis multiplex. Daganatok esetében a therapiás röntgen-besugárzásnak, részben mint mütétet kiegészitő beavatkozásnak, részben pedig a fenyegető agynyomás csökkentése révén, mint ideiglenesen életet meghosszabbító eljárásnak is jelentősége van.

Radnai Pál dr.

A sigmoiditis röntgentünetei. *Zdansky.* (Wien. Klin. Wschr. 1935. 52.)

A sigmoiditis diagnosisának felállitásában a röntgenvizsgálatnak nincs nagy szerepe, mert a diagnosis a belorvosi diagnostika egyéb eszközeivel is felállitható. Jelentősége van azonban a röntgenvizsgálatnak a folyamat kiterjedésének és súlyosságának megállapitásában, valamint a sigmacarcinomától elkülönitésében. Röntgenvizsgálat alkalmával a contrast beöntés alatt a colitises sigmán vagy feltünően gyorsan szalad át a contrast-pép, vagy pedig erős spasmusok

miatt a végbélben pang és azt erősen kitágítja. A contrastpép lebocsájtása után a barium márványszerűen vonja be a nyálkahártyát, amikor is a polypus megvastagodása a nyálkahártyának kerek árnyékokat okoz. Jól megismerhető a sigmoiditis kiséretében lévő diverticulosis is, amikor is a contrastpép lebocsájtása után a tasakokban borsónyi, cseresznyényi maradékot látunk. Gyakran észlelhető invaginatio is ártalmas sigma eseteiben. Az invaginatio úgy jön létre, hogy a spastikusan összehúzódott sigmarészlet a tágan maradóba benyomul. Ilyenkor az invaginatio széle concav árnyékot ad. Súlyos fekélyes folyamatok a sigma csőszerű szűkületét és megrövidülését hozzák létre; ez a kép nagyon hasonlit a carcinomás elváltozásokhoz, megkülönböztethető attól azáltal, hogy a carcinomában még ép nyálkahártyaredőket is lehet találni.

Radnai Pál dr.

Sebészet.

A chronikus perikarditis műtéti kezelése. *Ch. Lenormant.* Paris. (La Presse Médicale 1936. 6.)

A szerző időrendi visszapillantást vet a chronikus perikarditisek esetén végzett műtétekre. *Mérigot* tanulmánya óta Franciaországban csökkent az érdeklődés ez iránt a nehéz, de érdekes műtét iránt, Németországban és Amerikában azonban néhány sebész folytatta ezen eljárást. Szerző ma már nem osztja *Tuffier* egykori nézetét, mely szerint a kardialis összenövések kezelésében a nehézség a diagnosis terén keresendő. Különösen a röntgendiagnostika utóbbi időben elért fejlődése a kórismét kidolgozottá tette.

A chronikus perikarditisekben használatos műtétek közül hármat ismertet behatóbban. A phrenicektomiát csak igen ritka esetekben tartja indikáltnak. A másik kettő közül szerző 1932-ben a Brauer-féle praecordialis thoracektomiát részesítve előnyben a Ren-Schmieden-féle perikardektomiával szemben annak kisebb mortalitása miatt. Utóbbinak viszont gyógyulási eredményei jobbak, ezért irányul a legtöbb sebész figyelme a perikardektomia felé. Sorra veszi ezután az utóbbi években végzett ilyen műtéteknek az irodalomban közölt eseteit s arra a megállapításra jut, hogy ezek eredménye nem sokkal jobb, mint amit 1932-ben megállapított. A perikardektomia nagy jártasságot kiván s így 32 eset közül 4-ben a műtét folyamán következett be a halál elvérzés vagy szívbénulás következtében, 4 további beteg a pleuropulmonalis és perikardialis fertőzés kapcsán halt meg. E mellett ez a műtét nem is mindig hatásos; 4 beteg egy éven belül szívelégtelenségben, vagy általános gümőkórban halt meg, 3 pedig átmeneti javulás után 2 éven belül. De sikerek szintén vannak; nem számítva azt a 6 műtétet, melyektől még csak rövid idő telt el, így is 7 beteg teljesen meggyógyult, sőt sportol is. A legjobb érvnek *Churchill* átlagosnál jobb eredményeit tartja, kinek 11 esetéből 5-ben teljes gyógyulás következett be.

A továbbiakban az irodalom alapján rámutat azokra a módokra, melyekkel a műtét kétségtelen nagy veszélyeit csökkenteni lehet, méltatván a 159 ismertetett eset szerzőinek eljárásait, azok előnyeivel és hátrányaival. Végeredményben pedig a chronikus perikarditis sebészetében, annak veszélyessége mellett bizonyos sikereket is elismer.

Móra Sándor dr.

Szülészet.

A belső elválasztás és a constitutiós gyógykezelés. *Aschner.* (Rev. de Endocrinologie, Gynaecologie si Obstetrica, Kolozsvár, I. évf. 2. sz.)

Az endokrinologia és az alkat közötti összefüggés alapján az emberek osztályozhatók, méretek, tonus, pigmentatio, életkor, nem vagy az uralkodó szervrendszer alapján. Alkat szerint beosztva a piknikus alkat különösen fiatal egyéneken tekintendő kóros elváltozásnak, ahol a nemi mirigyek, az agyfüggelék és a pajzsmirigy elégtelensége az okozó tényező: a piknikus nők hypomenorrhoeája nem mindig befolyásolható mirigykivonatok adagolásával, de igen jótékonyan hat ilyen esetekben a szerző által ajánlott constitutiós gyógykezelés (diaeta, hashajtók és pajzsmirigykivonat combinatiója), mely a hiányos mirigyműködést pótolja és a nem tökéletes kiválasztás által visszatartott mérges bomlástermékek kiürítését segiti elő. Ugyanezzel a gyógykezeléssel igen jó eredményeket érhetünk el klimaxos zavarok eseteiben is. A szervezet tonusa is a belső elválasztású mirigyrendszertől függ. A tonus megváltoztatását célzó gyógymódok is az endokrin kezelés és a constitutiós-kezelés közötti szoros összefüggést veszik tekintetbe (diaeta, hashajtók, pajzsmirigy, érvágás stb.) Az életkor és pigmentatio szerinti alkati megkülönböztetések is ilyen értelemben történnek. A terhességben nemcsak az eklampsiát, hanem a többi autointoxicatiós kórképet is kedvezően befolyásolhatjuk az alterantiák és discrasiák csoportjába tartozó gyógytényezők által. A klimakterium, glaukoma, hallási zavarok. Meniére-kór és az acne rosacea az eddigi klinikai és endokrin kezelésen kivül igen sikeresen gyógykezelhetők a constitutiós kezelés elvei szerint. Ugy az endokrin-, valamint a constitutiós therapia is a petefészekmüködés helyrehozására törekszik és a menstruatiós váladékok teljes kiürülését kell, hogy elösegitse; még a nagyon erős menstruatio esetében sem szabad azt megszüntetni, legfeljebb annak normalis mértékre csökkentéséről lehet szó. (constitutiós therapia, intrauterin chlor-zink). A myoma kezelésében is helyesli a conservativ kezelést. Psychosisok eseteiben, ahol az endocrin-kezelés az utóbbi időben igen nagy teret hódított, a constitutiós-therapia kiváló segitőtársul szegődött.

Boér László dr.

Fénydiagnostika a nőgyógyászatban. (Recto és kolpodiaphanoskopia.) *Klaften.* (Zbl. f. Gyn. 1936. 3,)

A testben lévő folyadékgyülemek és tumorok megfelelő megvilágításra észlelhetőkké válnak, melyet azt tesz lehetővé, hogy az egyes szövetek a fényt különböző mértékben bocsátják át. A hólyagba vezetett Edison-lámpa a hasüri szerveket annyira megvilágitja, hogy ascites, myoma, kystoma könnyen felismerhetőkké válnak. Ez az eljárás a cystodiaphanoskopia. *Klaften* két új vizsgáló eljárásról számol be: a hüvelyen, illetve a végbélen át történő megvilágitásról, mely célra megfelelő eszközöket construált. Kedvező esetben, vékony hasfal alkalmával megvilágosodik a küldöktől egészen az inguinalis regiókig az egész has. A cysták erős fényükkel és a széli rész megvilágosodásával jól feltünnek. Az ascitest a hasfalnak tányér alakú megvilágosodása jelzi. Uterus ruptura már kevés vérzés mellett is felismerhető. Használható diagnostikus eljárás férfiakon is és nem olyan körülményes és kellemeten, mint a hólyagon át végzett vizsgálat. Az egyes daganatfajták differentiáldiagnosisa azok különböző fényátbocsátó képessége folytán válik lehetségessé.

Bäder Andor dr.

Szemészet.

Az arteria centralis retinae vérnyomása és viszonya az általános vérnyomáshoz. *S. Suganuma.* (Acta soc. opth. japon 1935. Különszám.)

Saját eszközével vizsgálta a szemfenéki arteriás nyomást, melyet 59—38 Hgmm-nek talált 120 Hgmm általános vérnyomás eseteiben. Az arteria centralis retinae systolés nyomása fele az arteria brachialis systolés nyomásának. A korral arányosan nő a szemfenéki vérnyomás. A két szem között több-kevesebb különbség lehet a vérnyomást illetően. A normalis szemfeszülés nem áll párhuzamban a szemfenéki vérnyomással.

Weinstein Pál dr.

A trachoma elterjedése kisebb japán szigeteken. *Oguchi* és *Mayima.* (Acta soc. Ophth. Japon 39. köt. XI. sz.)

Nagoya várostól nem messze fekvő szigeten (Shino-jima) végezték a vizsgálatokat; 2500 lakosa van, kik főleg halászattal foglalkoznak. A népiskolában 73% volt trachomás, a lakosság fertőzöttsége 84%. A nők nagyobb számban szerepelnek, mint a férfiak. A 2—3 éves gyermekek már elérik a gyakoriság maximumát. A familiaris jellegü bántalmat az anyák közvetitik a gyermekekre. A vérrokonság és vizhiány kedvező factorok a trachoma elterjedése szempontjából. Lymphaticus gyermekeken több a folliculus; ezek a korral csökkennek. A kezeletlen gyermeken korai hegképződést találtak, de a complicatiók ritkák. Vegyes fertőzést Morax Axenfeld bacillus, pneumococcus és Gram-negativ bacillusok okoznak; ilyenkor több a váladék, melyben sok a neutrophil sejt. A diagnosist — főleg egy éven alul — a testvérek állapotán kivül a cytologiai lelet biztositja.

Grósz István dr.

Gyermekgyógyászat.

Adat a gyermekkori tüdőlymphogranulomatosishoz. *H. G. Huber.* (Mschr. f. Khlk. 1936. 64. 2.)

3 éves gyermeken lesoványodás, magas láz, nagy anaemia, kisfokú leukocytosis mellett röntgenátvilágitáskor majdnem az egész jobb tüdőmezőre kiterjedő foltos árnyékoltságot észleltek. Miután az intracutan tuberkulinpróba negativ volt, anergiás stadiumban lévő disseminált tüdőtuberculosisra gondoltak.

Csak később, a lázmenet, a vérkép, majd a kórházban tartózkodás 4-ik hetében a nyakon megnagyobbodott nyirokcsomó excisiója alapján sikerült a lymphogranulomatosis diagnosisát felállitani. Az esetet, mint a gyermekkorban ritkán előforduló tüdőlymphogranulomatosist, közlésre érdemesnek tartja.

Martyn Róbert dr.

Az ascorbinsav enyhítő hatása a diphtheriaintoxicatióban tengerimalacokon. *Jeney, Gagyi, Baranyai.* (D. Med. Wschr. 1936. 2.)

A szerzők azt tették vizsgálat tárgyává, hogy mi módon befolyásolja az ascorbinsav a diphtheriatoxint. Hét kisérletsorozatot állítottak be. A kisérlet kiviteléhez scorbut-diaetán tartott tengerimalacokat használtak.

Kisérleteik eredményeképen arról győződtek meg, hogy az ascorbinsavval kezelt tengerimalacok resistentiája diphtheriatoxinnal szemben jelentősen nagyobb, mint a scorbut-diaetán tartottaké. További következtetésük az, hogy az ascorbinsav hatása annak azon szerepével van összefüggésben, amelyet a biologiai oxydatióban játszik. A per os végzett kisérletek eredménye azt mutatja, hogy itt nem egyszerű savhatásról van szó.

Következésképen ajánlatos a diphtheriás garatelváltozásokat ascorbinsavval és magát a betegséget is fokozott C-vitamin-bevitellel kezelni.

Meszner Tivadar dr.

Bőrgyógyászat.

Menstruatiós intoxicatiók esetén végzett desensibilisálási kisérletek. *Géber.* (Med. Kl. 1935. 37. sz.)

Egészséges genitaliákkal rendelkező nőkön is gyakran találkozunk bőrelváltozásokkal, amik részben a follicululsok körül elhelyezkedő papulákban, részben herpesszerű hólyagocskákban, különböző configuratiót mutató erythemában és az egész kültakarót boritó urticariákban nyilvánulnak. Ezekhez gyakran általános rosszullét, csillapíthatatlan fejfájás, görcsök, végtagfájdalmak, stb. társulhatnak, vagy pedig az utóbbiak önállóan is előállhatnak. Szerző az elváltozásokat allergiás természetüeknek tartja és desensibilisatio útján igyekszik gyógyulást elérni. E célra a beteg panaszának tetőfokán vett serumot használja fel. A beteg két menstruatiója közti időben naponta kétszer két helyre 0.2—0.4 ccm-t kap a menstruatio alatt levett saját vérserumából intracutan. Gyakran sikerül 12—14 injectio után desensibilisatiót elérni. Az eljárás csak saját vérsavóval ad positív eredményt.

Gödény Sándor dr.

Keratosis nigricans. Tinea nigra. *Flaviano Silva.* (Annales de dermatologie et de syphiligraphie 1935. 10.)

Keratomykosis nigricans palmaris néven 1891-ben *Cerquiera*, tinea nigra néven pedig 1905-ben *Castellani* írt le egy kórképet. A betegség Ceylonban, Hindostanban, Dél-Chinában, Jáván, Sumatrán, Borneóban és Braziliában fordult elő. Kezdetben lassan növekedő, fekete pont, majd különböző nagyságú, kissé hámló, nem viszkető fekete folttá változott. Szokásos előfordulási helyei: a nyak, a mellkas felső része, tenyér, az ujjak tenyéri és oldalsó felszíne, valamint az ujjak közti terület. A fertözés emberről-emberre terjed, családi fertözések előfordultak. Kisérletileg sikerült a betegséget emberre és tengerimalacra átvinni, ha a bört dörzspapírral felsértették. Az elváltozásból kitenyésztett gombák a cladosporium-nemhez tartoznak. Differentialdiagnostikai szempontból szóba jönnek: a pityriasis versicolor, chryptococcus és blastomyceták által okozott elváltozások, a trichophyton Ceylonense által létrehozott tinea nigra circinnata, a pigment naevusok, továbbá a Addison-kór melanodermái és a Freund-féle dermatitis. Az elváltozás prognosisa jó. Kezelésére a szerző 1%-os jódos, 2—3%' salicylsavas alhoholt, továbbá 10—20%-os benzoe-savat, kénes kenőcsöt ajánl.

Arokháty Vilmos dr.

Elméleti tudományok.

A spontan vérzéscsillapodás módja. *Karl Langgenhager.* (Münch. Med. Wschr. 1935. XII. 27. 25.)

Haemophiliában, thrombopeniás, thrombastheniás, ikterikus és daganati vérzések esetén a vérzésidő és alvadási idő között eltéréseket találunk. Szerző kimutatja, hogy csökkent alvadási képesség mellett a normalis vérzéscsillapodás nem következik be és elveti azt a felfogást, amely a capillarisok és a praecapillarisok hiányos működésével próbálja ezeket a zavarokat megmagyarázni. Kisérleteileg kimutatja, hogy a vér thrombinja nemcsak a véralvadást vezeti be, hanem mint katalysator a thrombin további utánpótlását is elősegíti. Egész kismennyiségü thrombin esetében megtörténik, hogy az alvadás csak a vérlemezkék agglutinatiójáig jut el és a thrombin utánpótlása elmarad. Ez magyarázza egy vörös vérrög korlátozott növekedését. Kis sebek mellett a sérült sebfelület vezeti be az alvadást a thrombokinase kiválasztása által. A vérlemezkék (melyek a thrombokinase thrombin és fibrin iránt egy kifejezett adsorptiós erővel birnak) telitve lesznek a kinaseval. Kb. ½—1 percen belül thrombin képződik. A sebsarkokban ragacsos agglutinatumok rakódnak le vérlemezkékből és rostonyából. A jelenlévő thrombin katalytikus úton újabb thrombinmennyiségeket von magához az áramló vérből és a sebfelületből mindig újabb kinase secernálódik. Tehát a kis sebek vérzéscsillapitása a véralvadás útján jön létre, még pedig úgy, hogy egy fehér, tehát nem vörös vérrög keletkezik. Haemophilia esetén ép úgy, mint a thrombastheniában az esetek egy részében a thrombocyták csökkent agglutinatiós képességét találjuk a rostonya csökkent retractiójával szemben. Az esetek nagyobb részében azonban a thrombin csökkent katalytikus hatása mutatkozik az ellenállóbb prokinasera úgy, hogy a sebből kiinduló vérzéscsillapitó folyamat csak lassan halad előre. Ha azonban egy ilyen sebbe nagymennyiségü thrombokinaset juttatunk, akkor gyors vérzéscsillapodás jön létre. Állatkisérlet bizonyítja, hogy a vér alvadási képességének egy azonnali fokozásával gyorsabb vérzéscsillapodás nem érhető el. Prophylaktikusan azonban, ha egy-két nappal a mütéti beavatkozás előtt pl. fehérjét, sajátvért vagy serumot fecskendezünk be (thrombocyta és globulinszaporodás) a vérzésidőt ¼—⅓-ával csökkenthetjük. Thrombokinase (főtt-préselt golyvanedv physiologiás oldatban) bedörzsölése által, a seb rövid compressiója után, megbizható vérzéscsillapitást érhetünk el, ha nincs nagyobb véredénysérülés.

Szafir Pál dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Lehrbuch der Geburtshilfe. IV. kiadás. *Rud. Th. v. Jaschke.* (J. Springer, Berlin, 1935.)

A Jaschke-Pankow „Lehrbuch der Geburtshilfe", mely régi kiadásban is egyike volt a legjobb szülészeti tankönyveknek, új IV. kiadásban jelent meg.

Az új kiadásban lényeges változások vannak. Nevezetesen főleg azokat a részeket, melyekben az utolsó évek tudományos buvárkodása újabb megismeréseket eredményezett, igy különösen a terhesség biologiájának és pathologiájának a fejezeteit dolgozta fel a szerző részletesen a többi fejezet mellett. Különösen ügyelt arra, hogy a kiforrott, gyakorló orvos számára fontos és szükséges tényekkel foglalkozzon behatóan. Emellett azonban a különböző hypothesiseket is megemlíti.

Az új kiadásban azokat a fejezeteket, melyeket az előző kiadásokban *Pankow* irt, nevezetesen a szülés physiologiája és pathologiája, úgyszintén a gyermekágy pathologiájáról szólókat *Jaschke* újonnan irta. Ugyanis mint az előszóban mondja, elhalt barátjának és munkatársának legszemélyesebb felfogását visszatükröző és rá oly jellemzően megírt részeket, nem akarta átdolgozással csorbitani. Tagadhatatlan, hogy ezáltal ez a IV. kiadás egységesebb, egyöntetübb lett.

Az új kiadás megirásánál nagy súlyt helyezett *Jaschke* arra is, hogy annak minden részében az orvosi felelősségérzés és ethika rendkivüli fontosságát, mint amelyek az egész szülészeti működésnek mondhatnók alapkövei, kidomboritsa.

Most, hogy a régi Jaschke-Pankow szülészeti tankönyv — mely előző formájában is kiváló munka volt — minden szempontból átdolgozva az új megismerések tanulságait leszürve, minden modern követelményt kielégitően fekszik előttünk, azt mondhatjuk, hogy minden szempontból ideális munka, melyet az orvostanhallgató és gyakorló orvos haszonnal forgathat, de a szakorvos is megtalálja benne az őt érdeklő részeket.

Az új kiadás, melyet 573, részben szines, nagyszerű ábra tesz szemléltetővé, lényegesen bővebb az előzőknél. Kiállítása méltó a német könyvpiachoz.

Frigyesi prof.

Gicht, Rheuma, Aufbrauchskrankheiten (Brambacher Internationale Ärztliche Forbildungskurse. I. k. Ára: 8.50 márka).

E kötet a Brambach radiumos-fürdőben 1935. október 5—7 tartott nemzetközi tanfolyamon elhangzott előadásokat tartalmazza. Az előadók, mint a könyv címe is mutatja, főleg oly belső bántalmakról beszélnek, melyek kezelésében a radium és radiumemanatio értékkel bir. A rövid bevezető előadásban *Rössle* prof. (Berlin) hangsúlyozza, hogy úgyszólván napról-napra általánosabb a szakorvosok ama fölfogása, hogy nemcsak a köszvény, hanem a specifikus rheuma is az allergiás bántalmak közé tartozik. Ugyanazt hangoztatja a tanfolyam záró előadásában *Fr. Gudzent* (Berlin) is, aki ezen allergiás bántalmaknak nemcsak a mozgószervekre, hanem belső szervekre, főkép szívre, érrendszerre és bélre ártalmas hatásait is kiemeli.

A többi, nagyrészt igen érdekes előadást három csoportba osztható. Az 1. csoport előadásaiban *Van Breemen* (Hollandia), *Kahlmeter* (Svédország), *Holsti* és *Rantasalo* (Finnország) számol be a hazájukban végzett, a „rheumás" betegekre vonatkozó adatgyüjtésekről és arról, mily intézmények (specialis kórházak, tanácsadó állomások) létesítettek országaikban. Érdekes, hogy a különböző északi országokban és különböző években végzett statistikai adatai mennyire egyezők. Az összinvaliditás oka átlag 12%-ban mozgószervi betegség (főleg idült izületi baj). Az összlakosság átlag 1%-a szenved „rheumás" bántalomban. Mindegyik iró kiemeli a valódi, typusos köszvény aránylag ritka voltát. A rheumás bántalmak gyógyítása terén az északi kisebb államok közül Svédország vezet. Jelenleg 6 egyenként kb. 60 ágyas specialisan „rheumás" kórosztálya van és legalább még 6 újat terveznek. Ezek közül 3 osztály a három egyetemmel kapcsolatos.

Az előadások II. csoportja klinikai tárgyú. *Gramer* (Berlin) egyes röntgenologiai szempontból érdekes mozgószervi bántalom röntgenképéről szól és kiemeli a röntgentherapia fontosságát egyes rheumás betegségek kezelésére. *Hochrein* (Leipzig) rheuma okozta endo-, peri- és myokarditisekről szól elektrokardiogrammos vizsgálatok alapján. *Auler* (Berlin) allergia és tumorképződésről tart mélyen szántó előadást. *W. v. Noorden* (Krummhübel) a férfiklimakterium kérdését tárgyalja. Tagadja ily kóros állapot létezését. Az ezen név alá sorozott tünetek részben idegesek, részben a kezdődő öregkor egyszerű tünetei. *K. v. Stuckrad* (Berlin) a női klimakteriumról szól áttekinthető és tanulságos módon, főkép a tüneti therapiát emelve ki.

Az előadások III. csoportja physikotherapiás balneologiai hydrologiai themákkal foglalkozik. *E. Flach* (Bad Elster) fürdőhelye levegöviszonyairól szól a modern levegö-iontheoria alapján és általában ezirányú legújabb vizsgálatokról számol be. *G. Aeckerlein* (Freiberg i. S.) az erősen radiumos brambachi gyógyviz hydro-geologiáját tárgyalja. *W. Friedrich* (Berlin) a radiumemanatiós therapia physikai alapjáról (mérések, egységek, stb.), *P. Happel* (Hamburg) pedig a radiumemanatiós fürdők, ivó-, belégzési- és kenőkúrainak technikájáról és e kúrák biologiai hatásairól tart áttekinthető, régebbi ismereteinket megújító előadásokat. Végül *Holthusen* (Hamburg) a radiumsugárzás (Starkstrahlentherapie) módjairól és eredményeiről beszélve helyesen hangsúlyozva, hogy ezen sugártherapia bármily értékes a rosszindulatú daganatok kezelésében, mégis nemcsak ezen súlyos bántalmak gyógyításával bir értékkel, hanem a belső betegségek egész során is eredményesen alkalmazható.

A 15, a brambachi nemzetközi orvosi továbbképző kurzuson elhangzott előadás gyüjteménye minden belorvos, de elsősorban a rheumatologus és a physiko-, balneotherapeuta-orvosnak érdekes és tanulságos olvasmány.

Benczur prof.

Theorie und Praxis der Pockenschutzimpfung. *F. Hagen, H. A. Gins, W. Lehmann, M. Kaiser, J. Breger.* (Sonderband V. Sammlung Immunität, Allergie und Infektionskrankheiten, Verlag der Aerztlichen Rundschau, Otto Gmelin, München. 162 oldal. Ára: füzve 7.80)

A könyv felöleli a variola kóroktanát, járványtanát, a védhimlőoltás immunitástanát, klinikai lefolyását és szövődményeit, végül az egyes államokban érvényben lévő, az oltás keresztülvitelét szabályozó törvényes rendelkezéseket. Minden egyes fejezet kiváló szakember munkája. Az aetiologiai részben meggyőzően látjuk bizonyítva a Paschen-féle testecskék kórokozó mivoltát, részletesen le van irva ezek biologiája és alaktana. Az oltással foglalkozó gyakorlóorvos számára kiváló fontossággal bir az oltás helyes technikájának és az oltás szövődményeinek ismertetése. Az előforduló szövődményeket számos sikerült ábra illustrálja. Részletesen tárgyalja a complicatiók prophylaxisát és fel vannak sorolva az oltás keresztülvitelét ellenjavaló körülmények. Statistikai és klinikai szempontokból feldolgozást nyert a postvaccinatiós enkephalitis kérdése is, kimutatható az első oltás korai keresztülvitelének fontossága az enkephalitis prophylaxisa szempontjából. A törvényes rendelkezésekkel foglalkozó fejezetekhez is nagy statistikai anyag van csatolva, mely világosan mutatja azon államok kiváló prophylactikus eredményeit, melyekben a védhimlőoltást kellő szigorral szabályozza és hajtja végre a törvény. A könyv előszavát *E. Paschen* irta.

Kerpel-Fronius Ödön dr.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület április 4-i ülésének jegyzőkönyvét a jövő heti 16. számban közöljük.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Orthopaediai szakosztályának február 27-i ülése.

Bemutatás:

Dollinger B.: *Osteopsathyrosis idiopathica súlyos esete.* 6 éves gyermek, akinek osteopsathyrosis idiopathica következtében csekély traumára kb. 70 csonttörés keletkezett legnagyobb részben a bordákon és az alsó végtagokon. Az alsó végtagok törései folytán súlyos deformitások fejlődtek ki. A betegség végokát jelen esetben a belső elválasztású mirigyek működési zavarában keresi és e felfogásból kiindulva parathyreoidea tabletták adagolását javallja. Ezenkívül megfelelő orthopaediai kezeléssel corrigálja a deformitásokat. A szerzők legnagyobb része a bajt azonosítja az osteogenesis imperfectával.

Horváth Gy.: A Verebélÿ-klinikán a fenti eseten kívül még kettőt említ, hol kék sclera mint feltünő melléktünet volt kimutatható. *Steiner* betegei egyikén cukoranyagcserevizsgálatokat is végzett és kimutatta, hogy csonttörékenység esetén nemcsak a calcium anyagcserezavara áll fenn, hanem ez maga után vonja a cukoranyagcsere zavarát is. *Bauer* szövettani vizsgálatai alapján a csonttörékenységet azonosnak tartja az osteogenesis imperfectával. Azon az alapon, hogy calcaiumanyagcsere irányításában a parathyreoideáknak nagy szerepük van, megpróbálták nagymennyiségü calcium adagolása mellett ily tabletták nyujtását, amely annyira bevált, hogy a fentemlített két esete kb. másfél éve tünetmentes.

Kopits I.: Helyesebbnek tartja az osteogenesis imperfecta tarda elnezevést, mely a kóros elváltozás lényegét, a csontszövet fejletlenségét fejezi ki, míg az osteopsathyrosis név csak a kórkép egyik tünetét jelöli meg. Olyan esetet észlelt, melynek kórelőzményében csak egy törés szerepelt. A főtünet a lábszárak O-alakú elhajlása volt. A röntgenfelvételen az epiphysis vonalak angolkóros elváltozást nem mutattak, Wa-reactio negatív volt. A sipcsontok egyenletesen mészszegények voltak, a csontkéreg nem is volt külön felismerhető. Ékkivéséssel egyenlítették ki a görbületeket és az eltávolított csontot megvizsgálva, az osteogenesis imperfecta jellegzetes képét találta. A műtét után hosszabb ideig tartó rögzítéssel a sipcsontok teljesen egyenesen gyógyultak és egy évvel a műtét után teljesen ép szerkezetet mutattak.

Niederecker G.: *Belső térdizületi sérülés több ízben operált és érdekesebb esete.* 40 éves beteg két évvel ezelőtt térdére esett úgy, hogy behajlított térd mellett az alszár a comb alá került. 8 hónapig kezelték, borogatásokkal, míg a kórházi felvétel alkalmával az elülső keresztszalag sérülését, valamint a félholdalakú porc ficamát állapították meg. A műtét a porc eltávolításából és a keresztszalag plastikájából állott. Műtét után igen jó működés volt, mely azonban hónapok multán újból rosszabbodott, amiért is egy évvel később újból izületi megnyitást kellett végezni. Több szabad testet távolított el, melyek közül az egyik a felső recessusban feküdt és féltérdkalácsnyi volt. A beteg a második műtét után teljesen jól működő térdizülettel rendelkezik. A bemutatott eset érdekessége abban rejlik, hogy már az első műtét után nagyfokú újraképződés indult meg, amely másodlagos térdkalács és az izület belső oldalán csonttal össze nem függő csontlécet termelt.

Rojkó A.: Hasonló, de még súlyosabb esetet mutat be, melynek keresztszalaga teljesen eltünt és műtéttel selyem segítségével pótolták.

Kopits I.: *Műtéttel gyógyított súlyos iveltláb.* 17 éves fiú súlyos kétoldali iveltlábba 5 éves kora óta fokozatosan rosszabbodik. Mindkét oldalán csak a láb elejére tud támaszkodni, a hosszanti boltozat igen magas, a sarkok 4 cm-re állnak el a talajtól. A röntgenfölvétel nem mutat lólábállást a bokaizületben. A súlyos deformálódás miatt először csak az egyik lábat operálta meg, még pedig a lábtőcsonton végzett ékkivéséssel. Haránt bőrmetszéssel a lábháton a feszítő és hajlító izmok sértetlensége mellett eltávolította a sajkacsontot, az ép csontok hátsó részét, a köbcsont hátulsó felét, az ugrócsont fejét és a sarokcsont elülső felszínét. A hatalmas csonték eltávolítása után a láb elülső része fölhajlíthatóvá vált. 8 heti gipszkötés után a beteg egy évig szandálos gépet hord 90°-os ütközővel. A beteg operált lábán teljes talppal érinti a talajt, a hosszanti boltozat normalis nagyságra redukálódott. A műtét előtti és utáni talplenyomatot összehasonlítva kitünik, hogy műtét előtt a lábmegterhelés felülete 49 négyzetcm volt, műtét után pedig 96 négyzet cm-re növekedett.

Farkas A.: A csontműtéttel szemben az élettani transplantatiós methodust ajánlja.

Niederecker G.: Hasonló eseteket mutat be, melyeken ékkivésést és transplantatiót egyesített.

Kopits I.: Kiemeli, hogy nem szabad magunkat egyetlen mütéti eljárásra korlátozni. Középsúlyos esetekben esetleg a transplantatiós mütét is jó eredménnyel jár, de a súlyos esetekben az ékkivésés el nem kerülhető.

Előadás:

Zinner N.: *Csontdaganatok orthopaediai vonatkozásai.* A csontdaganatok jelentős szerepet játszanak az orthopaediai diagnostikában, mivel javarészt a csontok izületi végeihez közel, vagy a gerincben fejlődnek és localisatiójuknál fogva összetévesztésre adnak alkalmat a legtöbb izületi megbetegedéssel.

Jellemző képeken demonstrálja mindazon daganatféleségeket, amelyek ebben a kérdésben szerepet játszhatnak. Osteomák, chondromák, cystofibromák, myelomák, myelosarkomák, periostalis sarkomák és carcinoma metastasisok. Különösen fontos a spondylitis, coxitis és gonitis differentiáldiagnostikájában a daganat lehetőségét is figyelembe venni, mert ezek a fenti betegségek legtöbb tünetét utánozni tudják. A daganatok gyógykezelésében is kifejezett orthopaediai fogalmakkal találkozunk, miután azok a csontok ellágyulását, elferdülését, törését okozhatják, valamint a szomszédos izületekben contracturát, félficamot, ficamodást, lötyögést, ankylosist okozhatnak és ezeknek rendbehozása kifejezetten orhtopaediai feladat. Gipszágy, redressálás, medicomechanikai kezelés, osteotomia szükségesek a csontdaganatok kezelésében is.

Mindezen okok szükségessé teszik, hogy az orthopaediában intensivebben foglalkozzunk a csontdaganatok kérdésével, melyet tankönyveinkben is külön fejezet illetne meg.

Niederecker G.: Betegén lórúgás következtében myositis-periostitis ossificans keletkezett. Az elváltozást sarkomának kórismézték és röntgenbesugárzásokkal kezelték. A besugárzások következtében fekélyek keletkeztek, amelyek miatt végül csonkolásra került sor. Idejekorán történő megfelelő kórisme elkerülhetővé tette volna az amputatiót.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Otologiai Szakosztályának február 28-i ülése.

Láng A.: *A füleredetű rosszindulatú daganatok rádiumgyógyítása.* Rámutat a *fülkagyló* és a *hangvezeték* rákjának radiumgyógyitásakor jelentkező nehézségekre. 11 fülkagylórák közül 4 tünt el radiumra recidivamentesen. Tárgyalja azt a methodikát, melyet az anatomiai viszonyok miatt nehezen hozzáférhető *dobüregrák* esetén követett. 4 dobüregi rákbeteg közül daganatmentesen él kettő, egy a gyógyulás útján van. Epipharynx-rákok feltűnő rádiósensibilisek és négy közül 3 esetben tüntek el radiumra. Hangoztatja, hogy csak a szem ellenőrzése mellett szabad az epipharynxba radiumot elhelyezni; ha másként nem lehet, a lágyszájpad átmetszése után. A *belsőfül* rosszindulatú daganata miatt a daganat feltárása után egy ízben a mütétileg ki nem irtható maradékdarabokhoz juttatott radiumot anélkül, hogy akár a nyult., kisagy, azoknak burkai, belső fejveröér, vagy a sinusok radium sérülése bekövetkezett volna. A mikroskopi vizsgálat a fibrosarkomának bizonyult daganatsejtjein igazolta a radiumhatást. Végül a *nyirokmirigyek* gyógykezelésére vonatkozólag teszi meg javaslatait és megjegyzéseit. Hangsúlyozza, hogy csak megbetegedett nyirokmirigyeket távolítsunk el.

Forst F.: A radiumgyógyeljárások közül a párisinál gazdaságosabbnak és humánusabbnak tartja a stockholmi eljárást, amellyel a radiumkezelések egy kisebb részét ambulanter is elvégezheti, a többi módszer mellett pedig a kezelés csak 2—3 napi kórházi ápolást igényel. A stockholmi eljárás eredményei jók, ezt igazolják az irodalomból vett adatok és az OTI radiumosztályán szerzett tapasztalatai is.

v. Fialovszky B.: Megjegyzi, hogy a fülkagylón előforduló epithelioma az előadónak a véleménye szerint is nem alkalmas radiumkezelésre. Felemlíti a hallószervben jelentkező különféle daganaféleségeket.

Kisfaludy P.: Az esetek megbirálásához fontos a szövettani lelet is, mert amennyiben laphámrákról van szó, akkor a szigorú értelemben vett rákos részeknek azonnali eltávolítása és radiumozása ajánlatos. Ezt kövesse a környéki nyirokmirigyrészeknek röngenbesugárzása. A basalsejtes rákok esetében, mivel áttételképződés veszélyétől alig kell tartani, mindenkor kíséreljük meg először a conservativ sugárkezelést, amely kozmetikai szempontból is nagy előnyt biztosit. Ami pedig a különböző eljárásokat illeti, arra vonatkozólag az a megjegyzése, hogy mindkét módszer egyformán jó eredményt fog nyujtani abban az esetben, ha ezeknek képviselői megfelelő felszereléssel és ezirányú tapasztalattal rendelkeznek.

Láng A.: Eredményei és kórbonctani megfigyelései arra a meggyőződésre vezették, hogy ahol lehet, a párisi iskolához csatlakozzék. Az első hozzászólóval ellentétben hangsúlyozza, hogy ambulans kezelésre csak a kiskiterjedésü epitheliomák valók; óva int attól, hogy nyelvdaganatos betegeket járóbetegként kezeljenek. A többezer radium-implantatio után sohasem látott phlegmonét létrejönni, ha a tüket fekélymentes területen szúrjuk be s a fekélyt közben nem érintjük. *Fialovszky*-nak válaszolva megjegyzi, hogy az acustikus környezetében malignus daganatok közül glioma és sarkoma fordul elő. *Kisfaludy*-nak igazat ad, a radiumgyógyítás beható tanulmány és évek tapasztalatát követeli. A porcnekrosis súlyos complicatio, de ha számolunk annak lehetőségével, minden rendszabályt betartunk és előre gondoskodunk a kisérő veszélyek elhárításáról (váladék levezetéséről, a sequesterek idejében eltávolításáról), a gégerák radiumgyógyítása kellő indicatio mellett gyönyörü eredménnyel jár. Hivatkozik 3—5 éve teljesen egészségesen élő 4 gégerák esetére, megtartott gégével. A nyirokmirigyek megóvásának szükségességét már *Herczel* és *Pólya* hangoztatták. Előadó ismételten figyelmeztet, hogy csak a megnagyobbodott és consistentiájukban megváltozott mirigyeket szabad eltávolítani, többit fractionált-protrahált röntgenbesugárzással kell kezelni.

Magyar Orvosok Röntgen Egyesülete febr. 26-i ülése.

Kovács A.: *Képek a koponya-röntgendiagnostika köréből.* Öt esetet mutat be. 1. 52 éves férfi otitis med. supp. miatt kerül röntgenvizsgálatra. A Schüller szerint készített felvétel csekély pneumatisatiót, tömött állományú csúcsi részt és babnyi beolvadást mutat. A beteg gyorsan javul, a csúcsi rész érzékenysége megszünik, a fehérvérsejtszám 9000-röl 6000-re megy vissza, a fülfolyás majdnem teljesen megszünik. Mindezek ellenére, egy hét után készült controllfelvétel három, babnyira nagyobbodott csonttályogot mutat. Mütét: *(Rejtő* prof.): A röntgenfelvételnek megfelelő gennyel telt üreg, melyben a sinus szabadon fekszik. Gyógyult esetek után is ajánlja a controllfelvételek elvégeztetését a röntgendiagnostika minden területén. 2. 14 éves fiú, két hét óta 39 fokos láz, fejfájás. Ventriculographia segitségével diagnostizált agytályoggal kapcsolatban az eljárás technikájáról és értékelhetőségéről beszél. 3. Az orrüregben elhelyezkedő mogyorónyi meszes árnyékokról készült felvételeket mutat be, ami a serologiai vizsgálat alapján harmadlagos siphilises elváltozásnak tekinthető. 4. Hetven éves napszámos, két-három hónap óta vérzik az orra. A röntgenfelvételen az orrüreg bemenete közel kétszeresére tágult, sem septum, sem kagylók nem láthatók és egy-két elülső sejt kivételével elpusztultak, az összes rostasejtek. Mütét: *(Safranek* prof.) Bogyós szerkezetü daganat, szövettanilag fibroanginoma. 5. 63 éves nő, 4 év óta szédül, szédülése jobbra húzza, orvosa állitólagos magasabb vérnyomásának tulajdonitja. Az idegrendszeri vizsgálat balranézéskor jelentkező nystagmuson kivül más eltérést nem mutat. A röntgenvizsgálat alkalmával a jobboldali sziklacsont pyramisának csúcsi része a meatus acusticus internustól a függőleges ivjáratig terjedőleg hiányzik. Az ép rész felé a csont egyenetlenül határolódik el. Ha évekkel ezelőtt történt volna röntgenvizsgálat az acusticus tumor kétségtelenül már akkor is megállapítható lett volna.

Füssl E.: *Intrakardialis el nem meszesedett fali thrombus esete.* Az auriculából kiindulva a thrombus bal pitvart részben kitöltötte. Maga a thrombus a röntgenfelvételen nem látható, csupán indirect tüneteket okozott, de ezek a szív configuratióját annyira megváltoztatták, hogy a kép helyes magyarázata, csak az autopsiás észlelés után sikerült. Ezen tünetek között a legfontosabb a bal pitvar és főleg a fülcse extrém tágulása a szív relative kisebb megnagyobbodása mellett. E tünet ismerete azért fontos, mert a thrombusnak egyéb röntgenologiai tünete nincs, s adandó alkalommal talán lehetővé teszi az intrakardialis thrombusok intra vitam felismerését.

Forfota E.: *Adatok a röntgensugarak általános hatásának kérdéséhez. Lymphoid leukaemia röntgenkezelése kapcsán keletkezett acut panmyelophtisis.* 33 éves nőbeteg, chronikus lymphás leukaemia. A beteg egy nyaki és egy lágyékhajlati nyirokcsomómezőre, továbbá egy lépmezőre kapott $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{3}$ H. E. D.-t kitevő sugármennyiséget, összesen tehát 550.-t. A beteg 8 nap alatt súlyos általános toxikus tünetek között el-

pusztult, a vérkép az ú. n. panmyelophtisisre jellegzetes elváltozásokat mutatta. Boncolás alkalmával a chronikus lymphás leukaemiára jellegzetes elváltozásokat találták, de míg a direct röntgenhatásnak kitett nyirokcsomókban és lépben elhalást kimutatni nem lehetett, kéregelhalást találtak mindkét vesében és kiterjedt elhalásokat a vörös csontvelőben. Másik esete 63 éves, typikus lymphás leukaemiában szenvedő beteg, kinek csak a lépét sugározták meg 3 mezőben, mezőnként 25% H. E. D.-t kitevő sugármennyiséggel A beteg intercurrens pneumoniában pusztult el. Boncolás alkalmával elhalásokat találtak a lépben, de ezenkívül a májban lévő lymphocytomákban, mesenterialis és nyaki nyirokmirigyekben is; olyan helyeken tehát, melyek direct röntgenhatásnak nem voltak kitéve.

Első esetében a röntgensugarakkal szemben fennálló constitutionalis túlérzékenységgel állunk szemben, mely az alkalmazott sugárdosis nagyságával arányban nem álló súlyos általános intoxicatióban nyilvánult. A meglepő bonctani elváltozások mindkét esetben azt igazolják, hogy aránylag kis röntgensugármennyiségek a behatás helyétől távol eső szervekben néha súlyos, irreversibilis elváltozást okozhatnak, s evvel rámutatnak a therapiás nagyságú sugárdosisok alkalmazása után jelentkező általános, vagy távoli, indirect röntgenhatások fontosságára.

Gaál A.: Évekre visszamenő megfigyelésein alapuló véleménye szerint a leukaemia gyógyulása az egész szervezetet és ezen belül a vérképző rendszert ért általános hatásnak az eredménye; nevezetesen a röntgensugár által elpusztított sejtekből származó különböző szétesési termékek (a vérképző apparatus kórosan elváltozott sejtjeiből származó toxikus anyagok?) hatásának Nem valószínű, hogy csupán ép véralakelemek és általában ép sejtekből származó szétesési termékek hatására javuljon a leukaemia. A mondottak bizonyítására felhozza több lymphatikus leukaemiában szenvedő beteg röntgenkezelése közben tett azon észleletét, hogy pl. kiterjedt nyaki, vagy akár axillaris nyirokmirigy-megnagyobbodások besugárzása után (tehát oly esetekben, amikor a vérbő és sejtdús szerveket nem ért röntgenbesugárzás) nem csupán a sugárhatás alatt állott nyirokmirigyek kisebbednek meg, hanem a szervezet egyéb helyein lévők is.

Hrabovszky Z.: A röntgenhatás mindig direct és indirect hatások complexuma. Az esetek egyik részében főleg a helyi, másik részében a távolhatás viszi a főszerepet a hatásmechanismusban. A vérképnek röntgensugárzásra beálló elváltozása túlnyomóan indirect sugárhatás, a vérképző helyek nagy sugárérzékenységének következménye. A fehérvérsejteknek in vitro sugárresistens volta igazolja, hogy a fehérvérkép nagy sugárérzékenysége nem direct hatás. A sugárhatás okozta leukopenia akkor is bekövetkezik, ha isolált börterületet sugárzunk be s ezt csak a besugárzás után szabadítjuk fel Tehát a direct hatásnak kitett érzékeny sejtekből felszabaduló nekrohormonok hatnak myelotoxikus méregként. A vérképző szövetek elváltozását találjuk oly helyeken is, amelyek direct sugárhatásnak nem voltak kitéve. Röntgensugárzásra aplastikus anaemia tünetei közt exitált beteg esetét ismerteti. Végzetes reactión kívül többször figyelt meg aránylag kis dosisú besugárzás után súlyos anaemiát, oly esetekben is, ahol a vérképzőrendszernek elenyésző részét érhette csak direct hatás. Ezekkel szemben nagy dosisú kezelések alkalmával a vérkép rendesen csak kisebbfokú és hamar regenerálódó elváltozást szenved. Az eltérő reactiókat az egyéni, constitutionalis és szerzett érzékenységi különbségek okozzák. Szükségesnek tartja elhúzódó kezelésekben a vérkép rendszeres controllálását.

Ratkóczy N.: A röntgentherapia általános reactiói mindenkor szem előtt tartandók Hasonló baleset csak úgy hárítható el, ha a röntgenosztályok részére betegágyas osztály áll rendelkezésre. Az ismertetett kivételes esetek nem változtatják meg a leukaemia röntgenkezeléséről vallott felfogását. Methodikája szerint először csupán 1—2 mezőre ad mérsékelt sugáradagot s megvárja a reactio teljes lezajlását, a fehérvérsejtszám stabilizálódását. Céltalan lenne és nem is kívánatos a fehérvérsejtszámot 20.000 alá lenyomni. Elismerését és köszönetét fejezi ki az előadónak értékes tanulmányáért.

A Magyar Urologiai Társaság február 24-i ülése

Elnök: kegyeletes szavakban megemlékezik *Meisels Vilmos* főorvos elhunytáról és értékes munkálkodásáról.

Schmidt A.: *Egyoldali patkóalakú vese tömlős elfajulása.* 56 éves nőn a bal hasfélben gyermekfőnyi daganat. A pyelogrammon a jobb ureter a gerincoszlopot keresztezve a baloldalt elhelyezkedett veséhez megy. Mütétkor a rendes bal vese alatt gyermekfőnyi tömlő, melyből ureterszerű köteg megy a hólyag felé. A kép olyan, mintha a has bal felébe áttolódott patkóvese bal fele tömlővé alakult volna. *b) Fertőzött nagy zsákvese:* 61 é. férfi hasának jobbfelében 17 év előtti sérülés után hatalmas daganat fejlődött ki, amely a has j. felét elfoglalja és a középvonalon is túlterjed. J. uk. 28 cm.nyire elakad és pengőnyi szabálytalan meszes árnyékra mutat. Mütétkor 15 l. folyadékot tartalmazó zsákvesét találnak, melynek aljában az ureterbe ékelt oxalatkő ült. *c) Sympathektomiával gyógyult zsugorhólyag.* 31 éves nőn szülés után 7 év óta a kezeléssel dacoló hólyaghurut következtében zsugorhólyag fejlődött. Praesacralis sympathektomiát végeznek, mely után a fájdalom megszünik, a hólyag befogadó képessége 300 ccm. A praesacralis sympathektomiát általában gümös zsugorsipoly, hólyagrák esetében alkalmazzák a fájdalmak megszüntetésére. A gyulladásos zsugorhólyag, melyben az eljárás végleges gyógyulást hozhat, aránylag ritka.

Minder Gy.: Az urologiai klinikán nemrég 4 l.-t tartalmazó inficiált hydronephrosist operált, a betegen a panaszok alig 10 napja állottak fenn. Felvételkor magas láz és resistentia. A kismedence bemenetelénél az ujjnyi vastag ureter hirtelen beszükült; talán gyermekkori trauma játszott szerepet. A praesacralis sympathektomiára az urol. klinikán még nem került a sor, mert az anat. tanulmányok, melyeket *Kiss* professor végzett, bebizonyították, hogy az egyszerű mütéti technika mellett bizonytalan, hogy a praesacralis zsírtömeg kimetszésével egyidőben milyen idegeket irtunk ki. Könyéki ganglion vagy a nerv. pelvicus átmetszése retentióhoz vagy incontinentiához vezethet, amikor a helyzet még rosszabb, mint volt azelőtt. A hólyag beidegzése, főként az érző pályák lefutása tekintetében, még sok részlet tisztázására szorul.

Minder Gy.: *Vesetumor és vesekő.* 1. 33 éves beteg, egy hetes haematuria: az első veseüreget kitöltő elágazó kő. Rossz vesefunctio; nephrektomia. A kő körül zölddiónyi zsírszövet, melyben gombostűfejnyi sárgás pontocskák láthatók, melyekről kitünik, hogy az cc. planocellulare keratoides. 2. 70 é. beteg. 1928-ban követ nem találtak, csupán a vesemedence volt a rendesnél tágabb. 2 év mulva két babnyi követ pyelotomiával eltávolítottak. Félév mulva ismét vérzés és fájdalom. 2 évvel később a bal ureterben 1 cm-nyire a beszájadzástól lencsényi kő. 4 évvel később megnagyobbodott vese, 1 cm-nyire átjárhatatlan akadály, hiányzó functio. Nephrektomia. A vesemedencében a régi kő helyének megfelelően diónyi bolyhos daganat, mely cc. papillare-nak bizonyul. 3. 57 é. beteg balold. vesetáji fájdalmakkal és időnkénti vérzésekkel kerül felvételre. Lelet köre negativ, a pyelographia tumorgyanus ugyan, de a mütéti feltárásra elegendő alapot nem nyújt. 1½ év mulva újból jelentkezik: az i. v. pylographia árnyékkiesést mutatott, mely tumor jelenlétét gyanitja (3 lencsényi kő távozott). A tüdők átvilágitásakor kitünik, hogy a sinus phrenicocostalis felett diónyi, a jobb tüdőmezőben pedig borsónyi compact árnyék (metastasis) ül. Az első 2 esetben kétségtelennek tartja, hogy a daganatok keletkezésében a köveknek aetiologiai szerepe volt, a harmadik esetben a tumor jelentkezése volt a primaer.

Szold E.: *A húgyutak köveinek finom szerkezetéről.* A phosphat, carbonat, oxalat, cystin és urat kövek röntgen-interferometrikus képeit készítette el és azokat analysálta. A röntgenogrammok alapján következtet a kövek finom szerkezetére. Az egyes kőfajták finom szerkezeti szempontból 2 csoportba oszthatók: 1. conglomeratumokra, ide tartozik a phosphat, carbonat, oxalatkő, 2. a valódi, szabályos kristályos alakú, hová az uratkő sorolható.

Herman J.: *Worschitz dr.* társaságában végzett röntgenstructuranalysisek alapján a szervezetben képződő kövek 2 teljesen eltérő jellegű csoportba sorolhatók. Egyrészük valódi kristály, másrészük kristályos conglomeratum. Ezek az eredmények fénytvetnek a köképződés lefolyására. A valódi kristályok anyagukból válnak ki, mint a kandiszcukor és nem kívánnak kötőanyagot. Éleik és csúcsaik a befogadó üreg falának nyomása alatt legömbölyödnek; a molekulák között emiatt keletkező feszültséget a diagramm jól mutatja. Ezek anyaga olyan molekulákból áll, amelyek kizárólag a testben képződnek (urat, cystin, cholesterin). A kristályos conglomeratumok ezzel szemben csapadékszerűen keletkeznek, miként azt a konyhasó és ezüstnitrat találkozásában látjuk. A rögök (mikrokristályok) összetapadásához idegen ragasztóanyag szükséges. A rendelkezésre álló teret passive töltik ki. Anyaguk exogen jellegű (phosphat, oxalat, carbonat). A röntgenstructuranalysis itt először ismertetett eredményei a betegúgynál is hasznosíthatók lesznek.

A Magyar Röntgentársaság márc. 2-i ülése.

Révész V. elnök: napirend előtt megemlékezik *Béclère* tanárnak, a röntgenologia első nagy kutatói egyikének 80. születésnapjáról; közli továbbá a bécsi congressus elhalasztását.

Koppenstein E.: *Beszámoló az 1935. októberi prágai német röntgencongressusról.* A beszámoló kapcsán néhány tomographiás tüdőfelvételt vetít s képekben ismerteti a brünni Masaryk-daganatkórház beosztását és sugárgyógyító berendezését.

Leopold M.: *Pankreascsirból kiinduló adenomyoma.* Az elkülönítés jó- és rosszindulatú gyomordaganat közt sokszor nehéz. A bemutatott esetben — előzetes rákdiagnosis mellett — biztonsággal állították fel a röntgenvizsgálat alapján a jóindulatú gyomordaganat diagnosisát, amit a műtét és a szövettani vizsgálat is igazolt. Az irodalomban a legtöbb szerző műtétet ajánl gyógyításukra malignus degeneratio veszélye miatt. Bemutató hangsúlyozza, hogy több esetet észlelnek évek óta malignus degeneratio és egyéb tünetek nélkül. Felülvizsgálatra szorul annak megállapítása, hogy milyen gyakori a jóindulatú gyomordaganatok rosszindulatú elfajulása.

Holitsch R.: A polypus elnevezés csak makroskopos jelentőségü: lehet benignus és malignus is. Csak a szövettani vizsgálat döntheti el, tehát lehetőleg műtét végzendő. Egy esetében műtéttel makroskoposan és szövettanilag is cc.-mentesnek talált polypust távolítottak el. 2 év mulva fejlődött recidivát a szövettani vizsgálat carcinomának menősitette.

Schiffer E.: Egy esetben 8 év előtt polypus-excisio történt. A szövettani vizsgálatkor cc.-nek bizonyult. Most 8 év után véletlen leletként klinikai panaszok nélkül tumoros elváltozás látható a pyloruson. Célszerü volna a szövettani vizsgálatot műtét közben elvégezni, hogy a polypus-műtét malignitas esetében radicalisan végeztessék el.

Wald B.: *Bulbusba luxálódó antrum-polypus.* Az első esetben hosszú nyeles antrumpolypust nyomással sikerült a duodenum bulbusába luxálni. Bár az 1 cm átmérőjü nyél kitöltötte a pyloruscsatornát, mégsem okozott zavart a gyomor ürülésében A másik esetben a puha, formálható polypus egy részét lehetett a bulbusba átnyomni. A gyomorürülés itt is zavartalan volt. A polypus egyik esetben sem okozott panaszokat, mellékleletként találták a gyomor röntgenvizsgálatakor.

Schiffer E.: Panaszmentes betegében talált véletlen leletként a duodenumba áttolható, mozgékony polypust.

Bársony T.: Leopold-esetében műtét után is változatlanul fennálltak a beteg panaszai. Epilepsiás betegről lévén szó valószínünek tartja, hogy a gyomorpanaszokat nem a jóindulatú daganat okozta, hanem az epilepsiára elég jellegzetes gyomordyspepsia. *Schiffer* esetében valószínünek tartja, hogy a műtéti csonk betüremkedése okozza az árnyékkiesést, ami ugyanolyan képet adhat tapasztala szerint, mint a carcinoma. Emellett szól a beteg panaszmentessége. *Wald* egyik betege 11 év óta áll észlelés alatt. Ha nő a kiesés, akkor carcinoma a diagnosis s nagy műtét végzendő. Ha nem nő és jóindulatú daganatnak látszik, inkább vár a műtéttel. Nem szükséges minden kis polypusra műtéti indicatiót felállítani. A gyomorresectio eredménye sokkal rosszabb, mint a statistikák mutatják. A kis polypus-eseteknek csak igen kis százaléka fajul el, viszont a resectiók igen nagy százalékában hal meg a beteg. Nagyobb a műtét risikója, mint a polypusok benthagyásáé.

Bársony T. és Winkler K.: *Calcinosis circumscripta nuchae. Fabella nuchae.* Idősebb egyének nyaki profil röntgenképén gyakori lelet körülírt meszes, illetőleg csontos árnyék a tövisek mögötti lágyrészek vetületében. Ezeknek a körülírt árnyékoknak van egy gyakoribb, craniálisabban az V. nyaki tövis magasságában ülő és egy ritkábban előforduló, caudálisabban a VI—VII. nyaki és I. háti tövis magasságában ülő alakja. A két typus alak, nagyság és tengelyállás szempontjából különböző. A röntgenképek és egy kórbonctanilag igazolt eset alapján az árnyék a tarkószalag hátsó kötegére localisálható. Keletkezésére vonatkozólag két hypothesis lehetséges: vagy sarkantyúval analog képződmény, vagy egy sesamcsont, mely a tarkószalag caudalis túlterhelt részébe van beiktatva. Panaszok kiváltásában szerepe még nem tisztázott. Differential diagnostikai szempontból: proc. spin.-törések, daganatok projectiók okozta kérdések jöhetnek számításba. A további kórbonctani vizsgálatok vannak hivatva a calcinosis ligam. nuchae keletkezését és pathologiai lényegét tisztázni.

Holitsch R.: 30 évnél idősebb emberek igen nagy részén meg lehet találni a spondylosisnak mondott elváltozásokat a nyaki gerincen. Nem tartja kóros jelentőségünek még akkor sem, ha nyaki panaszok vannak. Ezért nem tartja valószínünek, hogy okozati összefüggés volna a csigolya-spondylosis s a leírt meszesedések között.

Bársony T.: Szintén tapasztalta, hogy igen gyakori a spondylosis 40 éven felül panaszmentes emberekben is. Még sem tudja elvitatni ezek pathologiai jelentőségét. Csak azt nem tudjuk még, hogy mitől függ: mikor okoznak panaszt, s mikor nem.

A Pesti Izr. Hitközség Kórházai Orvosi Karának februári ülése.

Stern A.: *Gyertya a hólyagban.* 21 éves férfi termékenyítés megelőzése végett gyertyát dugott húgycsövébe, amely a hólyagba csúszott. Cystoskoppal a gyertyát jól lehetett látni. Kezelés: 100 ccm benzin befecskendezése. Két és félóra mulva történt vizelettel az oldódott stearin anyaga, valamint a 4 cm hosszú kanóc távozott.

Hoffmann I.: *Wilson-féle betegség 14 éves leánygyermeken.* (Kézirat nem érkezett.)

Feldheim I.: *Histidin therapia alkalmazása gyomor- és doudenum fekélyes megbetegedésben.* 32 röntgennel kimutatott gyomor-, illetve duodenalis ulcusban szenvedő beteget kezelt histidin-injectiókkal. A betegek pár nap alatt teljesen panaszmentesek lettek, ulcusuk azonban nem gyógyult meg. Ulcus kúrával combinálva hathatós segítségül szolgálhat a fekélyek gyógyításában.

Kalocsay G.: *Broncho- és oesophagoskopia belgyógyászati vonatkozása.* Amerikában és Franciaországban már vannak bronchoskopiás osztályok, a betegek endobronchialis therapiás kezelésére. Statistikák igazolják, hogy nyelési panaszokkal jelentkezett betegeknek mily nagy százaléka szenved csak oesophagoskopiával kimutatható betegségekben (diverticulum, oesophagitis, fekélyes tumorok). A tracheobronchialis systema gyógyszerek felszívódásának biztos útja. A diagnostikában nagy előrehaladást jelent a bronchographia. Igy végzett röntgenfelvételek legalkalmasabbak anatomiai tanulmányokra, vagy elváltozások felismerésére. Bronchus carcinoma korai felismerése, üregképződéssel járó kórfolyamatok, stenosisok, árnyékot nem adó idegen testek kimutatása a legjobban igy történhet. Bronchoskopia végzendő minden bronchus-szükület okozta atelektasia, vagy emphysema esetén, tisztázatlan eredetü tüdővérzés, tartós, ha nem is heveny köhögés, minden, nem biztosan magyarázható röntgenárnyékoltság esetében. A bronchoskopos kezelés feladata a légutak szabályos müködésének helyreállítása és megtartása. Leginkább akkor van rá szükség, ha túlbő váladékot a legyengült beteg nem képes kiköhögni. Tüdőtályogok és bronchiektasiák endobronchialis kezelésekor kb. 70%-os eredményt érnek el, a jó eredményeket különösen a friss esetek adják. (A bronchoskopia néha életmentő segítséget nyújt a belgyógyásznak.) A beavatkozással ártani nem lehet és a súlyos beteg szívesen elviseli azonnal észrevehető eredményessége miatt.

A Szegedi Egyetem Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának március 4-i ülése.

Bemutatás:

Benedek A.: *Gerincvelői sorvadás érdekes esete.* Az Aran—Duchene-typusú progressiv spinalis izomsorvadásban szenvedő 46 éves férfi betegen 8 hónap óta testszerte fibrillaris és fascularis rángások viharzó tömege, majd általános de főként a kis kézizmokra localisálódó progressiv izomsorvadás jelentkezett, néhány hónap óta bulbaris tünetekkel. Ephedrinnel subjectiv és objectiv javulást értek el.

Flieg F.: *A Giardia Lamblia érdekes esetéről számol be,* melyet duodenalis bennékből mutatott ki. A betegnek négy héten át hetente kétszer a duodenumba 0.30 g neosalvarsant adtak 200 ccm vízben felodva, amely beavatkozásra a duodenalis bennékben és a székben a Giardia-flaggelatumok eltüntek és a betegségi tünetek visszafejlödtek.

Előadás:

Rejtő K.: *A basalioma cutis superficiale planum és az erythroplasia Queyrat együttes előfordulása.* Egyugyanazon

betegen két ritka kórkép az erythroplasia Queyrat és a basalioma cutis superficiale planum szövődött egymással. Documentumokat tud felsorolni a két kórkép pathogenesisére vonatkozólag. Az általa észlelt eset területén, illetve közvetlen szomszédságában megtalált senilis verrucák és naevus pigmentosumok alapján, ezeket a basalioma cutis superficiale planum kiindulási pontjainak tekinthetjük. Megemliti azt a tényt, hogy a kisebb-nagyobb gócok széli hyperaemiás részén lévő gombostűfejnyi papulák mind basalsejtes rákfészkeknek feleltek meg szöveti vizsgálat alkalmával. Végül leszögezi, hogy az extra mamillaris Paget, a Morbus Bowen és basalioma cutis superficiale planum klinikai képe annyira hasonló, hogy őket klinikailag nagyon nehezen, csupán a pontos histologiai vizsgálat alapján lehet megkülönböztetni.

Wlassics T.: *Cytologiai vizsgálatok praecarcinosisok esetén.* Basalioma cutis superficiale planum és Kraurosis vulvae kapcsán ismerteti azokat a cytologiai elváltozásokat, melyek a rákos gócok közelében lévő ép epidermisben voltak láthatók. Igy a kilépett nucleusokat, a plastin-reactiót és a sejtek szabálytalan elrendeződését, stb. Ezek közül az előadó különben teljesen épnek látszó epidermisben az egyes epithel sejtek szabálytalan elrendeződését tartja egyedül jellegzetesnek.

Purjesz B. és Mészáros G.: *A B-vitamin therapiás alkalmazása diabetes mellitusban.* Vizsgálataikat szárított és friss élesztővel, zablisztte1, búza- és rozskorpával végezték. 50 egyénen, köztük 16 cukorbajoson ellenőrizték több anyag hatását. Megállapitják, hogy rozskorpa alkalmazása csökkenti legkifejezetebben a vércukrot s emeli a szénhydrat-tolerantiát. Enyhe cukorbajosoknak mint kisegitő szer használható. Súlyos alakok esetén nem.

A Debreceni Orvosegyesület febr. 24-i ülése.

Bemutatások:

Cseh I.: *Angina Ludoviciben szenvedő beteg bolushalála.* A bolushalál lényegének vázolása után egy 33 éves nő nyaki szerveit mutatja be, aki angina Ludoviciben szenvedett. A gyulladásos vizenyő beszükitette a garat lumenét, minek következtében a rosszul megrágott narancsgerezd nem tudott lecsúszni a nyelőcsőbe, hanem ráfeküdve a gégebemenetre — mint a klinikai tünetekből is kitünik — reflectorikus szivbénulás révén a beteg halálát idézte elő.

Lang M. *Erythroplasia glandis.* 66 éves napszámos. Első izben hét évvel ezelőtt láttuk, akkor typikus erythroplasia forgott fenn. Jelenleg a húgycsőnyílás körül, a makk jobboldalán és a fityma bellemezén epithelioma mixtum áll fenn. Az eset főleg azért tarthat érdeklődésre számot, mert alkalmunk van az erythroplasiának nevezett rákelőző állapotnak carcinomába átmenetét megfigyelni.

Előadások:

Ujsághy P.: *A gyermekkori liquor fehérjefractióiról.* 500 egészséges és beteg gyermekből származó liquorban határozta meg az összfehérjét, továbbá az albumin, összes globulin, pseudoglobulin, euglobulin és fibrinogen fractiókat (ammoniumsulfátos fractionálás után nephelometerrel, ill. stufenphotometerrel). Normal érték összfeh.: 17—25 mg%, albumin: 14—19%, globulin: 3—6%, glob.—alb. quotiens 0.500 alatt, euglobulin és fibrinogen hiányzik. Ujszülötteken és koraszülötteken kezdetben fehérjeszaporulat található relativ globulinszaporulattal és az euglobulin, főleg pedig a fibrinogen határozott megszaporodásával. A fehérjeszaporulat ujszülöttekben a 3., koraszülöttekben a 6. hónapig megszünik, ezen időn belül eltünik a normalisan hiányzó euglobulin és fibrinogen is. Erős fehérjeszaporulat található meningitisek esetében, melyek kezdeti stadiumában az albuminok, később a globulinok szaporodnak meg erősebben. Majdnem minden esetben fennáll igen jelentős euglobulin, de főleg fibrinogenszaporulat. A fibrinháló kiválása után is marad bizonyos mennyiségü fibrinogen oldatban, megfelelően a vérben az alvadás után oldatba maradó ú. n. fibrin-globulinnak. Kevésbbé intensiv, de határozott fehérjeszaporulat található még sporadicus- és morbilli enkephalitisek, Little-kór és a fertőző betegségek súlyosabb, főleg toxikus alakjaiban, mikor is euglobulin és fibrinogen szaporulat is rendszerint kimutatható. Normalisnál alacsonyabb fehérjeértékek vannak grippeenkephalitisek, enkephalitis utáni állapotok, idiotia, inbecillitas, továbbá acut meningismusok kapcsán, mely utóbbi esetekben a liquor erős felhigulása okozhatja az alacsony értékeket. Globulinszaporulat lueses megbetegedéseken kivül előfordulhat epilepsiában, közvetlenül erős görcsök után, agytumorokban, typhus későbbi szakában stb.

Jendrassik L.: Ezen alapos vizsgálatokban különösen az euglobulin- és fibrinogenfractiók kóros elkülönítését tartja figyelemreméltónak. A testnedvekről kapott eredményeket, különösen betegségekben, a leghelyesebb tünetként felfogni, mint kisózhatóságot. Ennek módositásában ugyanis humoralis tényezők, a testnedvek összetételében mutatkozó egyéb változások is közrejátszhatnak.

Február 27-i ülés.

A legújabb börgyógyászati szakirodalom alapján a Neuber-klinika tagjai két nagyobb tárgykörről nyujtottak referatumaikban beszámoló képet. *Preininger T.* és *Fülöp Gy.*, főkép *F. Kurschmann* és *Vargha* közleményei alapján a foglalkozási, vagyis ipari börbetegségekről és a hyacint olajoktól feltételezett ekzemáról szólottak. A második tárgykör a syphilis gyógykezelésére vonatkozott. *Dóczy G., Schlammadinger J., Preininger T., Skutta A. és Árokháty V.* a syphilis continualis kezeléséről, a syphilis II. sikertelen korai kezeléséről, a salvarsan-adagolás contraindicatiójáról, a májanyagcsere forgalmi zavarairól, arsenobensol ártalmak eseteiben és más e tárgykörhöz tartozó közleményekről számoltak be referatumaikban. Az első tárgykörhöz az O. T. I.-nál előforduló foglalkozási és ipari börbetegségek esetei alapján *Pauchly G.* szólott hozzá. A syphilis gyógyekezelésére vonatkozó referatumok után a vitamegjegyzésekben *Bókay, Neuber* és *Thurzó* vettek részt.

Az ember, az ismeretlen.*

(Carrel Alexis könyve.)

Carrel a francia származású, világhirű amerikai biológus a szerv- és érátültetés páratlan mestere, az orvostudományban általánosan érvényesülő, ingeniozus kisérleti és sebészi módszerek Nobel-dijas felfedezője. Első sorban az ő érdeme, hogy *Harrison* felfedezésének, a szövettenyésztésnek jelentősége és értéke a biologiában és az orvostudományban általános elismerést nyert, az ő magas általános biologiai műveltségének és fejlett tudományos érzékének tulajdonitható, hogy ezen módszer alkalmazásának lehetőségeit felismerte és kiterjesztette oly mértékben, hogy a kisérleti sejttan az élettudomány vezető, mintegy központi tudományává lett, amely a biologia minden ágával, különönsen az elméleti orvostudományban, szoros vonatkozásba került. Midőn azt hittük, hogy *Carrel* teljesen kisérleti kutatásainak él, azzal lepett meg, hogy az ember megismerésének, az emberiség meggyógyitásának mély problemáiról, világraszóló irodalmi esemény erejével ható könyvet irt. Laboratoriumi munkájában közvetlenül ki nem elégülő orvosi hivatásának mély átérzésével az emberiség sorsán aggódik és parancsoló lelki szükséget, elhivatottságot, küldetést érez magában arra, hogy az emberekre nehezedő társadalmi bajok orvoslását keresse.

Carrel könyvében francia szellem és eredetiség párosul amerikai arányokkal — a tudás és gondolkozás távlataiban. Nem biologiai, nem szociologiai, nem is sajátosan orvosi munka a könyv. Mindenkihez szól. Orvosok számára különösen érdekes olvasmány, mert az orvosi hivatás szelleme hatja át, az orvos emberszeretetének ereje lendíti benne a tudós gondolatait az általános emberi problemák magasságaiba. Az orvos szíve dobog a New-York zajában irt könyv mélyen járó gondolataiban, érdekesen, izgalmasan rohanó soraiban. A tudós mint orvos beszél belőle az emberek lelkére.

A vérbeli biologus átfogó gondolkozásával, a szakszerűség szintjén felülemelkedve *Carrel* az élet problemáit az ismeretlenig követi, a természettudományos megismerés határait felismeri és meglátja, hogy a tudomány magában nem érheti fel az életet, nem töltheti be az ér-

*) Alexis Carrel: „L'Homme cet Inconnu" Paris Plon 1935. — „Man, the Unknown" London, Hamlish Hamilton 1935.

telmet és nem boldogíthatja az embert. Nem philosophusnak, csak természettudósnak vallja magát, aki laboratoriumában az élő lényeket vizsgálja, a szerves jelenségek mechanizmusának játékát figyeli a szövetekben, az ó- és új világban egyaránt otthonos. Gyakran találkozott kis és nagy emberekkel, tudósokkal, tudatlanokkal, őrültekkel, gonosztevőkkel és olykor lángeszűekkel, hősökkel és szentekkel is.

Midőn megkisérli, hogy egy kis kötetbe szorítsa az emberre vonatkozó ismereteket, tudatában van vállalkozása kezdetlegességének, vázlatosságának, de korszerű szükségességének is.

Carrel szerint az emberiség történetének legtragikusabb jelensége a biologia késedelmes fejlődése az anyag tudományával szemben; az élő lények, különösen az emberi természet, az emberi egyén megismerésének hátramaradása, kirívó aránytalansága az élettelen dolgokra vonatkozó ismeretek óriási haladásához képest. Elkápráztatva az élettelen anyag tudományától, az ember, „az ismeretlen", alig ébred tudatára annak, hogy testében és lelkében más, nehezebben kifürkészhető, de épp oly kérlelhetetlen törvények uralkodnak, mint az égitestek világában. A pyhsika és chemia fejlődésével az anyag összetételének és tulajdonságainak megismerése bitosította az ember uralmát minden fölött a földön — kivéve önmaga fölött. A modern életmilieu, amelyet az emberi értelem az anyag tudományával teremtett, nincs az emberre szabva, nem kedvező számára, nem képes hozzá alkalmazkodni, elfajul benne. Az ember képtelen követni a civilizációt, amelynek haladását az emberi természettel nem számolva, a tudományos felfedezések szeszélye szabja meg. A megváltozott modern életmód és táplálkozás általában nem felel meg az ember természetének. Az elgépiesedett foglalkozások nem elégitik ki a munkás természetes szépérzékét, művészi kedvtelését, midőn a gyárak tömegmunkájában az eredeti alkotás értelmétől, örömétől fosztják meg. A társadalmi élet szükebb közösségei, a család, a céh felbomlottak, az üzemekbe, gyárakba özönlő emberek tömegekben élnek, amelyekből az anyag tudományának értelme az individualitás és a hagyományosság szellemét, az erkölcsöt, a vallásos hitet kiűzte és ezzel megrendítette a családi és társadalmi élet alapjait. A modern társadalom emberének öntudata a környezet lelki befolyásaival szemben még védtelenebb, mint szervezete az anyagi behatásokkal szemben. Teljesen ki van szolgáltatva a politikai és kereskedelmi propagandának. A legtöbb ember egyéni lelkiismeret, felelősségérzés és gondolkozás nélkül él, értelmiségét banális szórakozásai, az újság, a rádió és mozi, a tömeg lelkiségének és értelmiségének alacsony színvonalán egyenlitették ki. A modern hygiene és tesnevelés nem oly előnyös, mint amilyennek látszik. Az idegrendszer gyengébb lett, az ellenállóképesség csökkent mellette. Az orvostudomány pedig megakadályozza a természetes selectio játékát.

Az egyoldalú intellektuális nevelés a modern embert az erkölcsi korlátok alól felszabadította. Legnagyobb részük lelkiismeret nélkül termel, fogyaszt, könnyen elégíti ki physiologiai vágyait s minden eszközzel meggazdagodni igyekszik, miközben az aesthetika, a morál és a vallás tilalmai alig korlátozzák és csak a kevésbbé értelmes gonosztevők töltik meg a börtönöket, legnagyobb tömegük azonban teljes szabadságát élvezi.

A társadalom a demokratikus egyenlőség fogalomzavarában a jogegyenlőség és a nemek egyenlőségének illuziójában él. A biologiai tudatlanság következménye, hogy a két nem nevelése, életmódja, ideálja, foglalkozása azonossá válik, egyenlő képességeik, egyenlő felelősségük feltételezésével, a nők sajátos természetének és szerepének félreismerésével, amely szerepből, ha kiesnek és önkéntes meddőségre kárhoztatják magukat, a fajok és nemzetek végzetét siettetik beteljesedése felé.

Beláthatatlanok az emberi természettel ellentétes életkörülmények kárhozatos következményei, de máris egyes aggasztó tünetekben jelentkeznek. A modern civilizáció súlyos hibáira, az emberek lelki athmosphaerájának káros voltára vall az elme- és idegbetegségek ijesztő szaporodása, az emberek lelki egyensúlyának felbillenése, mely nagyobb veszéllyel fenyeget, mint a fertőző betegségek összessége.

A modern élet káros következményei éppen azon országokban jelentkeznek leginkább, amelyekben az ipari civilizáció legnagyobb fokát érte el. Tanui vagyunk az emberi egyéniség, értelmiség és erkölcsiség fokoztatos süllyedésének.

Csak önmagunk természetének mélyebb megismerése által orvosolhatjuk és előzhetjük meg az emberiség romlását, felismerésével annak, hogy miben rejlik a civilizációnak az ember testére és lelkére kiható ártalma és hogyan védekezzünk a morális és intellektuális betegségek ellen.

Az ember megismerése a legszükségesebb tudomány; az emberiség figyelmét a gépekről és az anyagi világról az ember testére és lelkére kell terelni, különösen azoknak, akiknek a gyermeknevelés és az egyének irányítása a feladatuk — papoknak, tanítóknak, orvosoknak. Hiszen a civilizáció célja mindenek előtt nem a tudomány és a gépek fejlődése, hanem az ember boldogulása.

Az élő lények, különösen az emberi egyén és önmagunk megismerésében még hátra vagyunk. Nincs olyan módszerünk, amellyel az embert egészében, részeiben és a külvilággal fennálló vonatkozásaiban egységesen felfoghatnánk. Az emberek társadalmi vonatkozásainak törvényei ismeretlenek. Az embert az élőlényekkel foglalkozó tudományok csak töredékesen, egyoldalúan ismerik meg, az emberi életre vonatkozó ismeretek és adatok tömege rendezetlen, zűrzavaros. A különböző tudományok elvont szakismereteinek összességén felül túl sok az ismeretlen. Az emberben az anatomus a felboncolt, a histologus az apróra felmetszett, rögzítéssel, festéssel elváltoztatott holttestet, mint az emberi lény irreális sémáját ismeri meg, amelyben a szövetek és szervek működésüktől és természetes környezetüktől megfosztva jelennek meg. A psychologus az ember lelkiségét, egyben személyiségét kutatja, mely öntudatunkra jut. A physiologus szemében az ember vegyi anyagok összetétele és működései mechanizmusának gépezete. Az embernek mint „homo oeconomicus"-nak állandóan fogyasztania kell, hogy a gépek, amelyeknek rabszolgája, működhessenek. Érzelmeink és hiedelmeink szerint is különböző az élő lényekről és az emberről alkotott fogalmunk. Mennyire más az élőlény ahogyan Jaques *Loeb* és Hans *Driesch* elképzelik. Tudjuk, hogy szövetekből, szervekből, nedvekből és öntudatból vagyunk összetéve, de az öntudat és az agysejtek vonatkozásai teljesen rejtélyesek. Az elmebajok anatomiai tanulmányozása alig vetett világot természetünkre. Az elmekórtan kulcsa a psychologiában van, amint a szervek pathologiájáé a physiologiában. Lélektani jelenségek értelmezése physiologiai fogalmakkal, csak játék a szavakkal.

A XIX. század physiologusai az egész embert physikai és chemiai jelenségekre akarták visszavezetni az anyag tudományának jogtalan általánosításával. A tudomány veszedelmessé válik, ha értelmünket az élettelen anyagba zárja. *Loeb* és *Bayliss* korában, amikor a physiologiát a physikával és chemiával azonosították, a szellemi jelenségeket és a fontos tényeket, amelyek a kor tudományos hiedelmeibe és előítéleteibe nem illettek be, elhanyagolták, így nem foglalkoztak az elmebajokkal sem.

Nem fontosságuk, hanem technikai lehetőségük szerint vizsgálták a problemákat.

A fejlődésben, a szervezet kialakulásában egészen más, teljesen eredeti módszerek érvényesülnek, mint a gépek constructiójában, a házak épitésében. A sejt egyáltalán nem felel meg a chemikusok abstractiójának, semipermeabilis hártyával körülvett nyákcseppnek. A protoplasma fogalmának sincs tárgyilagos értelme, a mitochondriumok, chromosomák, genek, a különböző sejtfajták és typusok térben és időben változó sajátos egyéni és faji jellegei nem jutnak benne kifejezésre. A kisérleti biologia új módszerei segítségével, a szövettenyésztés és a mikrokinematographia együttesével az elő szövetnek mozgásban, működésben, a környezettel kölcsönhatásban levő sejtjeiről sokkal teljesebb fogalmat alkothatunk magunknak.

Nem kell csodálkoznunk azon, hogy önmagunkban a physika és chemia ugyanazon törvényszerűségeit találjuk, mint a külvilágban. Hihetelen volna, hogy ne találnánk. Nem szabad azonban elhanyagolnunk az élet mérhető, a mathematika nyelvén kifejezhető vonatkozásai mellett annak megmérhetetlen qualitásait, amelyek nem kevésbbé igazak és reálisak.

A munkamegosztás a tudományban, s a tudósok specializálódása szükséges, de veszélyes. Ennek túlhajtása, a részletkutatók favorizálása, a tudományos munkások számának szaporitása és csoportosítása kis problemák vizsgálatára, az értelmiség korlátozásához vezetett. A tudományos kutatás közönéges foglalkozássá süllyedt. Sok a tudományos munkás, de igen kevés az igazi tudós. A tudósok értelmiségének fokozása céljából számukat kellene apasztani. Az orvosok specializálódása még károsabb. Az élő szervezet elavult anatómiai felfogása alapján csinálták az orvosok minden betegségből specialitást, a betegségekben is egységes emberi lényt kis tájékokra osztották fel, melyek mindegyikének van szakorvosa. Az elvont általánosságok realitásának tévhite alapján a betegekben az orvosi könyvekben leírt betgeségeket keresik, holott valóságban annyi különböző betegség van, ahány beteg. Az orvosi siker titka éppen a betegség egyéni jellegeinek felismerésében rejlik.

A specialisták megszünnének veszélyesek lenni, ha a részek jelentőségét az egész egységes constructiójában jobban értékelnék, ha elismernék az átfogó szemléletre képes synthetikus elmék felsőbbrendűségét, kedveznének kifejlődésének és belátnák, hogy azok épp oly nélkülözhetetlenek a tudományban, mint a részjelenségek elemzésében elmerülő analytikusok. A tudományos analysis szétszórt adatainak synthezise nem specialisták gyülekezetében jön létre, mint ahogy műalkotás vagy tudományos felfedezés soha sem születhetett meg művészek vagy tudósok bizottságából, hanem egyes emberek egyéni erőfeszítéséből. A specialisták csak a synthetikus elmék eszközei legyenek.

Az ismeretlen ember tudománya sem elszakszerűsödött tudósokra vár, hanem nagy szellemmel megálldott, magasabbrendű egyénekre, akiket magas ideál lelkesít és ihlet meg a hatalmas értelmi erőfeszítésre. Az új tudomány az emberi lény igazi, sajátos tudománya kell, hogy legyen, mely a legmagasabb szellemi és erkölcsi igényeket támasztja művelőivel szemben. Ki kell szélesiteni az ember megismerésének a biologiában és az orvostudományban megadott alapjait. Át kell hidalni a materializmus és a spiritualizmus dualismusának, a mechanizmus és a vitalizmus, az anyag és az élet tudományának fejlődési egyenetlenségeiből származó ellentétet. Az embert a test és a lélek, a quantitások és a qualitások, a struktura és a functio egységében kell felfognia, a physiologia és a psychologia konvergens fényében szemlélnie az anyag és a szellem elválaszthatatlan, s a szervezet és az öntudat megoszthatatlan egységében, értelmi, erkölcsi, vallásos jellegének physiologiai jellegével fennálló sokszerű combinatióiban és kölcsönhatásaiban.

Carrel könyvének egyik különleges érdekessége az a mesteri leírás, amelyet a szervezet működéseinek, biologiai vonatkozásainak sokszerűségéről nyujt. A sejtek elemi tulajdonságainak, a táplálkozásukkal és bomlástermékeik kiküszöbölésével kapcsolatos változásoknak vonatkozásai, a vérkeringéssel és az idegműködéssel, a physiologiai és szellemi jelenségek kölcsönhatásai, a szervezet részeinek bonyolultsága és egységének egyszerűsége közötti ellentét újszerű megvilágítása rendkivül érdekes. Uj meglátások, eszmetársítások teszik szinessé a leírást, amely az alkalmazkodás, szerves correlációk, reparatiós folyamatok jelenségeinek, a szervezet összműködésében megnyilvánuló célszerűségnek nem csak átfogó, de a biologia kutatás egyéni átélésében meg is elevenedett szemléletén alapul. A reparatiós folyamatok megismeréséből született meg a sebészet is a biologia legtisztább diadala gyanánt. A biologiai műveltség magas iskolája a szervezet életének rövid leírása, amelyből megtisztult fogalmakban világlik ki szellemi és physiologiai működéseinek összefüggése, a megismerés, hogy az ember nemcsak agyvelejével, de minden szervével gondolkozik, öntudatával épp úgy küzd a létért, mint testével.

Az egyéniség fogalma és jelentősége biologiai, szellemi és serologiai megvilágításban tárul elénk, mint az ember alapvető tulajdonsága, amely által az egyes ember a világtörténet egyedülálló eseménye. A modern társadalom nem ismeri el az egyént, standardizálja, beolvasztja a tömegbe, noha az emberiség semmi értéket sem nyerhet a tömegből, s csak az egyes kimagasló egyének ideálokon lelkesülő szenvedélye viszi előre.

Az értelem csak érzelmekkel párosulva termékeny, a tudomány csak az erkölcsiség szilárd alapján mozdithatja elő az ember boldogulását. Nem a mechanikai, physikai, chemiai tudományokra alapozott világnézet adhatja meg az ember egészséges lelki egyensúlyát, az élet biztonságát és békéjét, nem a tudományból leszűrt biologiai és ipari morál nyujt védelmet az emberben rejlő veszélyes hajlamok ellen, nem az biztosítja vágyaink fegyelmezését, hanem csak az emberiség évezredes tapasztalataiban mélyen gyökerező erkölcsiség.

Carrel könyvében az értelmiség legmagasabb csúcsaira emelkedett tudósnak az erkölcsiség és vallásosság mély átérzésből és közvetlen átélésből fakadó vallomásai felemelő élményként hatnak ránk. Nem az értelemnek, hanem a morális érzéknek kifejlesztését tartja legfontosabbnak, mert ha az kivész egy nemzetből, az egész társadalmi felépítése megrendül. Az egyház is az ember psychologiájának mély ismeretével a morált az értelem fölé helyezte, nem a népek vezéreit, nem a tudósokat, a philosophusokat részesítette a legnagyobb tiszteletben, hanem a szenteket, azaz azokat, akik hősiesen erényesek voltak. A modern társadalomban alig találunk egyéneket, akiknek tetteit moralis ideál inspirálná. Mégis léteznek még ilyenek és a morális szépség megindítóbb, mint a természet szépsége vagy a tudományé. Különös, megmagyarázhatatlan hatalommal ruházza fel az embert, értelme erejét megnöveli. Békét teremt az emberek között, szilárdabb alapja a civilizációnak, mint a tudomány vagy a művészet.

Az ember megismerésében ki kell terjeszkednünk az egyén és szellemi milieujének mély vonatkozásaira, hogy felfoghassuk az érzelmek hatalmát, a hiuság, a szeretet és a gyűlölet, a szépség, a jóság kihatásait, a tudós és a művész álmainak, a mystikusok vizióinak, az aszkéták önmegtagadásának jelentőségét, hogy megérthessük a vallásos lélek felemelkedését Istenhez az imádság mystikus elevátiójában.

Carrel könyve hivatva van nyomatékosan és hatásosan ellensúlyozni az anyagelvűségnek, istentagadásnak a természettudomány nevében űzött erkölcsi, politikai és társadalmi kihatásaiban vészthozó propagandáját. Nemcsak a tudományos érvek tömegével alapozza meg az ember megismerésének tudományát, hanem példájával, mert *Carrel* az ismert és elismert tudós könyvéből megismerjük *Carrelt* az eddig ismeretlen embert és arra a meggyőződésre jutunk, hogy a tudomány csak olyan egyénekben emelkedik legtágabb látókörű legmagasabb szinvonalára, akikben az értelem, az erkölcs és érzelmek által nemesül, a bölcseség által mélyül el és a hitben nyer lendületet és éltető, boldogító hatalmat nemcsak az anyag, de az élet és az emberiség fölött is.

Huzella Tivadar prof.

Aktualitások.

A tollat ezúttal az a súlyos ellentét adta a kezünkbe, amely az O. H. 1936. 3. számában ismertetett közegészségügyi kormányprogramm helyes és örvendetes célkitűzéseivel szemben a tisztiorvosi szolgálat államositásáról szóló törvényjavaslat betűjében és szellemében, két legnagyobb multú és értékű klinikánk megszüntetésében, az OTI nagyarányú fővárosi szakorvos-elbocsátó terveinek kimondottan orvosellenes jellegében mutatkozik, mert mindez a legnagyobb aggodalommal tölt el bennünket rendünk jövője, anyagi és erkölcsi boldogulása, tekintélye szempontjából, amit a közérdektől, a nemzeti lét vagy nemlét legnagyobb kérdéseitől elválasztani nem lehet.

A napi politika hivatásunk szellemétől mindenkor távol állott és avval azok, akik orvostudományi téren maradandó értéket jelentenek, soha sem foglalkoztak. A közérdek szolgálata azonban elemi joga és kötelessége az orvosi karnak azért, mert az élet és egészség szolgálata az orvosi rend kezébe van letéve, nemcsak az egyén, hanem a faj, társadalom és nemzet szempontjából is. Olyan ismeretek és tapasztalatok vannak birtokunkban az orvosi tudás és gyakorlat folytán, amelyekkel senki más nem rendelkezik és amelyeknek érvényesitésére a köznek feltétlen szüksége van. Rendünk nagyjai ezt a távolabbi és közelebbi multban mindenkor vallották és gyakorolták. Akik sorainkból igazán kiemelkedtek, nem elégedtek meg szűkebbkörű szakmájuk tudományos és gyakorlati, klinikai és irodalmi jellegű, tanító és nevelő munkásságával, hanem mindenkor kerestek és találtak alkalmat arra, hogy közérdekű kérdésekben szót emeljenek, intézkedések és intézmények létesítését ajánlják, szorgalmazzák, a laikus kormányzatot és nagyközönséget felvilágositsák, munkára és áldozatokra buzditsák. Ennek igazolására elég, ha csupán *Balassa* és *Semmelweis, Fodor* és *Markusovszky*, a két *Korányi, Grosz* és *Scholtz*, a *Bókay Jánosok, Tauffer, Nékám* és *Neuber* műveire, az Országos Közegészségügyi Tanácsra, az Igazságügyi Orvosi Tanácsra, az Országos Közegészségügyi Intézetre, illetve azoknak kimagasló orvostagjaira hivatkozunk, akik modern közegészségügyünket megteremtették, nemzetünk kulturális, gazdasági és katonai fejlődésének alapjait ezzel megszilárdították. *Ez közérdek!*

Ma, amikor Európa fenyegető robbanás előtt áll, amikor az a két állam tört az élre, amely a maga jogászait és bürokratáit értéküknek megfelelő helyre szorította vissza és minden szellemi, erkölcsi és anyagi erejét a nemzet elemi létfeltételeinek biztosítására összpontosította, hazánknak is nagy szüksége volna arra, hogy a közegészségügy, amelynek állásától a magyarság szaporodása, munkaképessége, élettartama, lelki épsége, katonai szolgálatra való alkalmassága függ, megszabaduljon attól a bénító gyámkodástól, amelyet az anyagi eszközök hiányával takarnak, holott csupán a megértés hiányának következménye, amely arra merészkedik, hogy a kinyilvánított és helyes közegészségügyi kormányprogrammot belülről elgáncsolja és a tartalom rovására csupán annak megrongált kereteit engedje megvalósulni. A kormányprogrammal szemben nem lehet ezt az eljárást a meg nem értéssel menteni, sőt fel kell ismerni a jogász-bürokrata rendszer hatalmi szempontjait és féltékenységét.

Ha az orvosi tudás érdeméből ismert kolera- és kiütéses hagymáz-járvány esetén az ijedtség megadja a hatósági orvosnak az imperiumot, úgy a politika és diplomácia jóvoltából ismeretlen európai veszedelem által okozott helyzet is elég súlyos arra, hogy a nemzet erőforrásainak felhasználásában azoknak is teret engedjenek, akiknek erre a képességet nem az eljárási formaságok ismerete és az állások birtoklása, hanem egy élet szaktudása és gyakorlati munkája adja meg. Ezek az emberek az orvosokon kivül a gazdák, paedagogusok, mérnökök, közgazdák, kereskedők, iparosok, katonák, akik valamennyien jogászuralom alatt állanak, érdekeik és szempontjaik háttérbeszorítását panaszolják és szenvedik. Általános a panasz a bürokrácia ellen, akár közigazgatásról, akár közjótékonyságról, akár betegségi biztositásról legyen is szó; elismerik azt az összes kormányférfiak, a miniszterelnöktől kezdve. Az az óriási aránytalanság, amely a bürokrácia költsége és haszna között fennáll, az államra, társadalomra és közgazdaságra annál nagyobb súllyal nehezedik, minél kedvezőbbek a viszonyok hazánk katonai és gazdasági elnyomására, ami a jelenlegi válságban közelről fenyeget.

Megvan tehát a szüksége és lehetősége annak, hogy a kormányra is ólomsúllyal nehezedő költséges, improductiv és létérdekeink szolgálatát fenyegető jogász-bürokrata rendszer ellen szavunkat felemeljük és segítőtársakat keressünk azok körében, akiknek sorsa és gondolkodása a mienkhez hasonló.

A tisztiorvosi szolgálat államositásának kérdésében *Vámossy* prof. cikkéhez nem sok a hozzátennivaló. Kétségtelenül súlyos sérelmünk az, hogy állások megszüntetésére kerül sor akkor, amikor a magángyakorlattól való eltiltás oka épen a hatósági orvos munkával való túlterhelése. Súlyos sérelem az, hogy a magángyakorlattól való eltiltás szerzett jogokat sért, a kártalanitás időpontja — az előléptetés — bizonytalan arányban és időpontban fog bekövetkezni, vagyis a károsodás biztos, a kártalanitás bizonytalan. Súlyos sérelem az, hogy elsősorban idősebb, családos orvosokat sujt, akiknek jövő kilátásait, józanul megszabott életszínvonalát lerontja, megingatja*). Damokles kardjaként fog lebegni az államositott tisztiorvos fölött az áthelyezés lehetősége, amely kétélű fegyver, mert büntetés is lehet, nemcsak előléptetés és jutalom.**) Súlyos sérelem az, hogy a tisztiorvosi magánmunkálatok dijainak szétosztásáról későbbi rendelet fog majd intézkedni, mert nincs kétség aziránt, hogy ezen összegek csak egy bizonyos részben fognak a munkát végző tisztiorvosnak kezéhez visszajutni, amire néz-

*) Zökkenés nélkül egy reformot sem lehet keresztülvinni. — Sz.

**) Miért kell mindig rossz szándékot feltételezni? Mert, ha a büntetés indokolt, akkor helyes is. — *Sz.*

Erre eddig is volt eszköz. — *Z.*

ve számos kedvezőtlen előjelet észlelhetünk, mert ha nem így volna, nem kellene ezen összegeket a munka végzőjének való közvetlen folyósításától elvonni.***)

Ami az *I. sz. szemészeti és a III. sz. belgyógyászati klinika megszüntetését* illeti, ez a két intézet nemzetközi hírnevű, mintaszerűen vezetett, orvosképzésünkben és továbbképzésünkben, szakorvosképzésünkben vezető szerepet játszó, a beteg-ápolásban is jelentős, kiváló röntgen és laboratoriumi osztállyal ellátott intézet, amelynek szüksége soha egy pillanatig sem volt vitás. Nehezen érthető, hogy egyszer az orvoskari tanártestülettel szemben új klinikát szerveznek, máskor kettőt bezárnak. A két klinikával jelentősszámú kiváló orvos esik el állásától, a tudományos búvárkodás és előrehaladás lehetőségétől. És ha igaz is az, hogy az urologiai és orr-gége és fülklinika jelenlegi elhelyezésével nem lehetne dicsekedni a művelt külföld orvosi előkelőségei előtt, az is igaz, hogy e két klinika a megfelelő klinikai keretet *korábban és tanszék-csökkentés nélkül is* megérdemelte volna.

Az *OTI 73 szakorvost elbocsátó szándéka* addig a sajtóvitáig nyúlik vissza, amely *Bakács György* és *Weiss István dr.* OTI-vezérigazgató között zajlott le, az OTI részéről kimondott orvos-ellenes éllel, amely a vezérigazgató ellen általános elkeseredést és jogos felháborodást keltett, még az egyébként oly békés orvoskari tanártestület részéről is. Egészségpolitikájára szomorúan jellemző, hogy az az OTI, amelynek egyedül az orvosi munka ad létjogosultságot és erkölcsi alapot, a saját szervezeti hibái által okozott anyagi bajokat az orvosok rovására óhajtja megszüntetni a legilletékesebb kormánykörök által is túlméretezettnek ismert ügyvitele helyett és az egészségügyi kormányzatot a deficit révén kényszeríti arra, hogy az orvos-ellenes eljárásokat meg ne akadályozza. A mai orvosnyomor közepette újabb 73 meglévő, vagy alapítás előtt álló orvoscsalád előtt tárul fel a kenyértelenség és utcárakerülés réme, szerzett jogaik elvesztése minden kárpótlás nélkül, amivel velejár az, hogy ez a munka ellenérték nélküli többletként zúdul a körzeti kezelőorvosok nyakába, az orvosi munka színvonalának kétségtelen hátrányára, a betegek kárára és vezet a tömeggyógyítás fokozódására, ami az elégedetlenségnek épen olyan fontos oka volt, mint a költségek (gyógyszer, kórház, táppénz, perek) fokozódásának. Az a 78.000 P, amely így megtakarítható, 1—2 ezrelékét is alig teszi ki az OTI évi összbevételének és azon felgyülemlett hátralékoknak, melyeket a munkaadók az ügyvitel hibájából tudtak be *nem* fizetni mindaddig, amíg ezen hatalmas összegek jelentős része behajthatatlanná nem vált.

Az eddig felsorolt tünetek igen súlyosnak mutatják az *OTBA ügy 1936. julius 1-én esedékes elintézését*, a betegségi biztositás kiterjesztésének kérdését az önkormányzati tisztviselőkre és a közrendészeti szervek családtagjaira. Kétségbe kell esnünk, ha arra gondolunk, hogy milyen lesz ebben a pénztelen és orvosellenes szellemben a viszonyok kényszerű hatása alatt rövidesen megvalósítandó mezőgazdasági betegségi biztositó intézet orvosainak sorsa. Mivel érdemeltük meg mindezt?

Vajjon várható-e ilyen elgyötört és mellőzött orvosi kartól az, hogy a létesítendő kamarában nyugodt és békés alkotó munkát végezzen az orvosi rend és a közegészügy érdekében? Vajjon lesz-e az orvosi rendnek kedve és ereje ahhoz, hogy a saját kenyérgondjain kivül mással is foglalkozzék, másokkal törődjön, a jobb és gazdaságosabb munkavégzés módjain elmélkedjék, eszméket termeljen, önkéntes áldozatokat hozzon? Vajjon hova lessz az az orvosi tekintély, amely a gyógyító, megelőző és rendészeti munkában egyformán az ügy érdekében áll és nélkülözhetetlen kelléke a sikernek, eredménynek? Vajjon igaza lesz-e annak az új egészségügyi Kollonicsnak, aki az orvosokat először koldusokká, azután bürokratákká akarja tenni?

Nehéz és nyugtalanító kérdések ezek, amelyekre feleletet várunk jövőnk és hivatásunk, családunk és nemzetünk érdekében; amelyeket hangoztatni kell a sajtóban, társadalomban és politikai életben, kitartóan és kellő formában, az igazság, méltányosság, közérdek és a jövő szempontjából.

Hisszük, hogy az a jogász-bürokrata államrend, amely legyöngült anyagi erőnket a maga improductiv és hatalmi céljaira köti le, felrázza és összefogásra birja mindazokat a széles látkörű, bürokrata béklyók nélkül gondolkodó jogászokat is, akik a termelő, alkotó munkát tartják életcéljuknak, hivatásuknak és a köz érdekében állónak, anyagilag és erkölcsileg támogatásra méltónak.

Zemplényi Imre dr.

***) Csak nem képzeli a cikkíró, hogy az állam a tisztiorvosok munkáján nyerészkedni akar? — azt pedig csak helyeselni lehet, hogy tiszteletdijainkat nem a háztulajdonos fogja közvetlen kezünkbe folyósitani, akinek lakhatási engedélyt adtunk vagy nem adtunk. — *Sz.* Miért kell *szétosztásról* intézkedni, ha a díj annak jut, aki azt megszolgálta? — *Z.*

VEGYES HIREK

Dalmady Zoltán emlékére érmet veretett az Orsz. Balneologiai Egyesület, mit a korán elhunyt kitünő orvosnak és balneologusnak, a természet hüséges rajongójának, s a

turisztika lelkes szervezőjének számos barátja bizonyára szivesen szerez meg és soroz majd kegyeletes emlékei közé. Az itt eredeti méretében reproducált nemes bronz-érem *Berán Lajos* finom és előkelő művészetét, kivitele a m. kir. pénzverde tökéletes munkáját dicséri. A korlátozott számban vert érmek az orvosegyesület szolgájánál és kiadóhivatalunkban 6 pengőért kaphatók, szétküldését portómentes ajánlott levélben kiadóhivatalunk vállalta magára Budapesten 6 pengő 50 fill., vidékre vagy külföldre 7 pengő előzetes beküldése ellenében. Őrizzük kegyelettel egy igaz ember emlékét!

Személyi hirek. A „Gesellschaft der Aerzte in Wien" *Huzella Tivadar dr.* egyet. ny. r. tanárt március 20-iki közgyülésén levelező tagjának választotta és az erről szóló díszoklevelet neki megküldötte.

Orvosi Továbbképző Előadások lesznek Hódmezővásárhelyen április 25-én és 26-án a Feketesas-száló nagytermében a következő napirenddel: Előadások április 25-én délután 4 órakor: *Genersich Antal dr.* egyetemi magántanár, kórházi igazgató: Megnyitó. *Johan Béla dr.* államtitkár, egyetemi tanár: Egészségügyi reformok. — Uzsonna szünet. — *Tomcsik József dr.* egyetemi tanár, az Országos Közegészségügyi Intézet igazgatója: A hevenyfertőző betegségek (typhus, diphtheria) megelőzése a vidéki városban és a tanyán. *Rusznyák István dr.* egyetemi tanár: Mit tehet a gyakorló orvos a tüdővészes beteggel. *Czakó Lajos dr.* városi tiszti főorvos: Hódmezővásárhely egészségügyének mai állapota. — április hó 26-án délelőtt 9 órakor: *Kramár Jenő dr.* egyetemi tanár: A gümőkór megelőzése és felismerése a csecsemő- és gyermekkorban. *Ternovszky Jenő dr.* OTI aligazgató: A nemi-

betegségek megelőzése és azok társadalombiztositási vonatkozásai. *Orosz Dezső dr.* egyetemi magántanár: A csecsemő- és kisdedhalandóság és a Stefánia Szövetség célkitüzései.

A 25-én este a Feketesas-szálló éttermében pontosan 8 órakor kezdődő közös vacsorán és 26-án reggelin a hódmező-vásárhelyi Szövetségi Fiók a tanfolyam résztvevőit, hölgy családtagjaikkal együtt vendégül látja.

Az orvosi továbbképzés központi bizottsága a folyó évben ismét orvosi továbbképző tanfolyamokat rendez és azoknak — az összes tudnivalókat tartalmazó — programmját az ország valamennyi orvosának megküldötte.

Az orvosok továbbképzése, ismereteik mélyítése és kiegészítése az orvosi rend, de főleg az ország lakosságának fontos érdeke. Különösen a közszolgálatban álló orvosoknak a fertőző betegségek tanfolyamán, a kórházi orvosoknak pedig a rákbetegségek tanfolyamán részvétele volna kivánatos. Hogy a jelenlegi súlyos gazdasági helyzetben az orvosoknak alkalmuk legyen nagyobb áldozat nélkül is a továbbképzésre, a Központi Bizottság ez évben Budapesten kivül a vidéki központokban is rendes tanfolyamokat.

A IX. Nemzetközi Dermatologiai Congressus szervező bizottsága a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulattal együtt a mult évben lezajlott budapesti congressus emlékére egy nemzetközi borgyógyászati atlaszt: Corpus iconum morborum cutaneorum-ot szándékozik kiadni, hogy az egész világon észlelt legérdekesebb és legtanulságosabb esetek ebben a müben összegyüjthetők legyenek. Ezúton is kérik az érdekelt intézeteket, hogy a gyüjteményeiben levő olyan esetek fényképeit és rövid leirását (5—10 sorban), amelyek ennek az atlasz céljának megfelelnek, a budapesti borgyógyászati klinikára e hó végéig beküldeni sziveskedjenek.

Az Internationalis Orthopaed-sebész Társaság III. congresszusát ez év őszén, szeptember 21—25-ig, Bolognában és Rómában tartja. A congressus tárgya: „A térdizület belső sérülése" és a „Béna végtagok izületeinek az arthrorisise" lesz. Felvilágositással szolgál *Kopits* prof. (VII., Nyár-u.22) a magyarországi bizottság elnöke.

Továbbképző kurzus kül- és belföldi gyakorló orvosok részére Budapesten 1936. máj. 18—31-ig. A budapesti egyetem rendkivüli és magántanárai külföldi gyakorló orvosok részére május 18-tól május 31-ig továbbképző tanfolyamot tartanak magyar, német és francia nyelven. A tanfolyam elméleti és gyakorlati jellegü; a tanfolyamra való jelentkezés határideje május 1.; részvételi dija 60.— pengő, azok részére, akik április 15-e előtt jelentkeznek 50 — pengő. A tanfolyamra jelentkezettek a maguk és családtagjaik számára a magyar határtól és vissza a határig félárú vasuti menetdijkedvezményben és utólagos ingyen visumban részesülnek. A dél-

Kimutatás 1936. március 29—ápr. 4-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) s halálesetekről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphteria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomielitis.		Morbilli.	Influenza.	Malaria.	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mb.	Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.411	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	52	1	1	—	—
3. Baranya	251.620	4	—	—	1	2	—	6	1	—	—	—	—	6	4	3	—	—
4. Békés	335.874	—	—	—	—	8	1	6	1	—	1	—	—	65	—	1	—	—
5. Bihar	180.415	1	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	3	—	—	2	1
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	14	3	1	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	3	—	—	1	1	—	7	—	—	—	—	—	14	3	—	—	—
8. Csongrád	148.353	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	54	—	—	—	—
9. Fejér	231.165	—	—	—	—	4	—	3	—	—	—	—	—	132	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	—	—	1	—	2	—	4	—	—	—	—	—	68	—	—	—	—
11. Hajdu	182.047	1	—	1	—	4	—	4	—	—	—	—	—	16	—	—	—	—
12. Heves	322.207	6	—	—	—	6	—	3	—	—	—	—	—	13	1	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	420.142	4	—	1	—	9	—	3	—	—	—	—	—	45	1	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	2	—	—	—	1	—	37	—	—	—	—	—	20	2	—	—	—
15. Nográd és Hont	227.958	1	1	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	54	2	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,437.226	9	—	1	—	22	1	43	—	1	—	—	—	132	3	—	—	—
17. Somogy	389.792	—	—	—	—	5	—	5	1	—	—	—	—	121	—	4	—	—
18. Sopron	143.128	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	—	2	—	—	5	1	6	1	—	—	1	—	47	—	5	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	2	—	—	—	4	1	3	—	—	—	1	—	17	—	2	—	—
21. Tolna	267.133	1	—	—	—	4	—	22	—	—	—	—	—	54	1	—	—	—
22. Vas	273.776	1	—	1	—	1	—	12	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
23. Veszprém	246.551	6	1	—	—	10	2	6	—	—	—	—	—	67	—	—	—	—
24. Zala	368.371	2	1	—	—	2	—	6	1	—	—	1	—	140	—	2	—	—
25. Zemplén	149.043	3	2	1	—	4	1	8	—	—	—	—	—	—	3	4	—	—
I. Baja	29.791	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1.035766	9	—	5	—	32	—	59	1	1	—	—	—	76	2	—	—	—
III. Debrecen	122.825	2	—	—	—	9	1	8	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—
IV. Győr	50.828	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.659	—	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	38	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.399	—	—	—	—	6	—	5	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	3	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—
VIII. Pécs	67.527	—	—	2	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
IX. Sopron	36.023	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	45	—	—	—	—
X. Szeged	138.287	—	—	1	—	5	—	1	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—
Összesen:	8,898.367	61	7	16	2	162	10	270	6	1	1	5	—	1326	30	23	2	1
Előző évben:		16	1	14	—	191	9	175	6	2	1	1	—	950	205	11	—	—

előttöket az előadások és bemutatások foglalják le, a délutánok egy részét a fürdők és gyógyhelyek bemutatása veszi igénybe.

A jelentkezők díjtalanul részt vehetnek az ugyanakkor Budapesten tartandó magyarnyelvű daganatkurzuson is. (A daganatkurzus V. 25-től V. 30-ig tart.) Előzetes programmja: naponta 8—10-ig elméleti előadások az I. sz. szemészeti klinika tantermében, 10—1-ig váltakozó practikum gyakorlati bemutatásokkal (diagnosis és therapia) az egyetem klinikáin és a főváros kórházaiban, d. u. 6—8-ig vetített, részben mozgóképes bemutatás. Tervbevéve külföldi, német és francia előadók meghívása. A kurzus részletes programmja később jelenik meg. A tanfolyamra való jelentkezés, részvételi díjak befizetése, féláru vasuti-jegy, ellátásos-füzet, stb. minden menetjegyirodában a megfelelő ország valutájában fizethető be. A hazai jelentkezők vasuti kedvezménye abból áll, hogy maguk és családtagjaik egy kocsiosztállyal alacsonyabb jeggyel utazhatnak lakhelyükről Budapestre és vissza.

Programmal és felvilágosítással a továbbképző kurzus bizottsága szolgál (Budapest, IX., Tüzoltó-u. 58.), valamint a menetjegyirodák.

Helsingfors-ban hirtelen grippe-járvány tört ki. A lakosságnak úgyszólván fele betegen fekszik. A kórházak túlzsufoltak. A megbetegedések túlnyomó része enyhe lefolyású.

Liverpoolban a vakok társaságának gyülésén azt javasolták, hogy az öröklött vakságban szenvedők sterilisáltassák magukat. A jelenlevők közül 46 igennel, 9 nemmel szavazott.

Az Északamerikai Egyesült Államokban a lakosság száma csökkenőben van. Az élveszületettek száma 1921—1934 között az évi 3 millió átlagról 2.3 millióra csökkent. A kisgyermekek száma az utóbbi öt évben 10%-kal fogyott. A 65 éven felüli egyének száma viszont 17%-kal emelkedett.

Orvosdoctorrá avattattak a szegedi Tud.-Egyetemen 1935. december és 1936. január—március hónapokban: *Fazekas Lajos, Károssy György, Márkus Veronika, Rákóczi Viktor, Szántó György, Sztojanovics Mihály, Tóth Edit* és *Varmuzsa Rezső*. Üdvözöljök az új Kartársakat!

Organikus chemia, írta: *Zechmeister László* egyetemi tanár, két kötetben, I. k.: 1930, II: 1932. Egy-egy kötet bolti ára 15 P, az Orvosi Hetilap előfizetői és olvasói 12 P-nyi kedvezményes áron portómentesen kapják, az egész munkát pedig 24 P-ért, ha az összeget előre beküldik Egyetemi chemiai intézet, Pécs cimre (nem a szerző cimére).

Pályázati hirdetmény.

Békéscsaba m. város közkórházánál községi orvossá történt megválasztás folytán megüresedett egy segédorvosi állásra a szülészeti osztályra pályázatot hirdetek. Az állás javadalma a XI. fiz. osztály III. fokozata szerinti fizetés, a rendeletekkel fennálló csökkentésekkel, egy szoba butorozott lakás fütéssel, világitással, első osztályú természetbeni élelmezés, mely utóbbi önköltségi árának 50%-a megtérítendő.

Felhivom a pályázni szándékozókat, hogy orvosi oklevéllel, curriculum vitaevel, esetleges addigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám, címezve a békescsabai közkórház igazgatóságához beküldve f. é. április 30-ig nyujtsák be, mert később érkező pályázatokat figyelembe nem veszünk. A kérvényre 2 P-s okmánybélyeg ragasztandó.

Szülészeti osztályon müködők előnyben részesülnek.

A kinevezés 2 évre szól, de meghosszabbítható. Magángyakorlat nem folytatható.

Gyula, 1936. március 28.

Vitéz *Márky Barna dr.* s. k.
alispán.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Az Ujpesti Szülő-Otthon közkórház alulirott igazgató-főorvosa segédorvosi és orvos-gyakornoki állásra pályázatot hirdet.

A pályázathoz magyar oklevél, curriculum vitae, az eddigi működést igazoló okmányok másolata, valamint tudományos munkásságot feltüntető kimutatás, lehetőleg saját kézirással, csatolandó.

Pályázati határidő 1936. május 1.

Az állások javadalmazására vonatkozo minden részletes felvilágositást a kórház gondnoki irodája — még levélben is — készséggel nyujt.

Lőrincz Béla dr.
igazgató-főorvos.

HETIREND

A Közkórházi Orvostársulat április 15-én tartandó ülésének tárgysorozata: Bemutatások: 1. *Szerb György:* Extractióval született magzat gyermekfejnyi operált nyaki lymphangiomája. 2. *Kálnoki Kis Jenö:* Ujabb technikai fogások intravenás eljárásunkban. 3. *Bud György:* Amputatio uteri praecaesarea. Előadás: *Bud György:* Eklampsia, mint a női szervezet lappangó betegségének terhesség által előhozott változata.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Kiadványainkat olcsón kapják meg kiadóhivatalunktól hátralékban nem lévő előfizetőink. A pénz előre beküldése után azonnal bérmentve küldjük meg az alábbi igen hasznos könyveket:

Soós Aladár: Étrendi előírások III. bővített kiadás — — — 5.— P helyett 4.— P
Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája 230. old., 110 ábra és 16 old. mümelléklettel 5.— P
Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal — — 6.50 P helyett 5.50 P
Vászonba kötve (8 P h. 7.— P)
Rigler Gusztáv: Közegészségtan és a járványtan tankönyve — 25.— P helyett 5.70 P
Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala, 86 oldal — — — 2.50 P helyett 2.— P
Issekutz Béla: Gyógyszerrendelés 8.— P helyett 6.— P
Az orvosi tudomány magyar mesterei. Kiadja a Markusovszky Társaság 196 oldal . . . . . 4.— P helyett 3.50 P
Krepuska István: A füleredetü agytályogok kór- és gyógytana ára 4.— P

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel való rendelésnél a portóköltséget is felszámítjuk.

Kipróbált szer, ártalmatlan a gyomorra és szívre.

Togal-tabletták

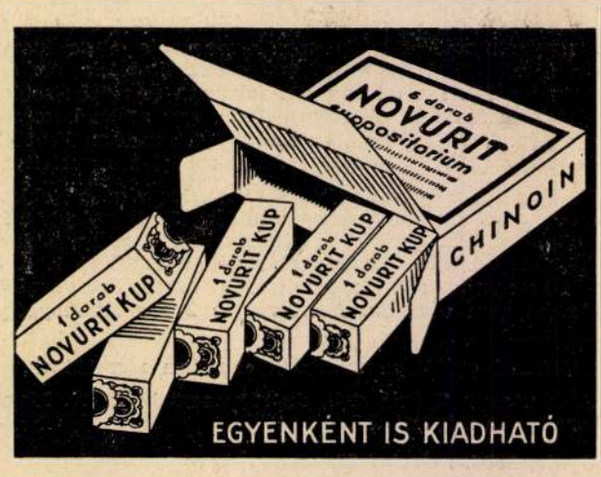
0.28 g. Acid. acet sal., 0.013 g. Chin. citr., 0.04 g. Li. citr

Antineuralgicum
Antipyreticum
Antirheumaticum
Analgeticum

Mintával és német szakirodalommal szolgál:

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

● ▶ * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * ◀ ●



NOVURIT
kúp

Kezdődő cardialis hydropsnál. Hydrophil elhizás kezelésére. NOVURIT injectiót kizáró esetekben.

NOVURIT kúp darabszám is rendelhető!

(minden kup külön csomagolva)

1 drb. ára . . . . . P **1.30**
5 „ „ dobozban . P **6.10**

CHINOIN gyógyszer- és vegyitermékek gyára r. t., UJPEST

■ ▶ * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * ◀ ●

CENTRUM KIADÓVÁLLALAT RT., IX., KÖZTELEK-U. 1 IGAZGATÓ: BORNEMISZA GABOR.

80. évfolyam. 16. szám. Budapest, 1936. április 18.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., II. em. Telefon: 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 a kiadóhivatalban

Előfizetési díj: Az „Orvosi Hetilap"-ra és Az Orvosi Gyakorlat Kérdéseire együttesen egész évre 26 pengő, 220 csk., 350 dinár, 800 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belföldi díjak + portóköltség; félévre ezen összegek fele; negyedévre negyede, egy hóra 2.50 pengő. — A „Magyar Orvosi Archivum" egész évre 10 pengő, 70 csk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

Előfizetések küldendők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968 sz. postatakarékpénztári csekkszámlára. *Csehszlovákiában:* Lucenska Uverna Banca Uc. Spol.-hoz „O. H. betétkönyvére" Lucenec; *Jugoszláviában:* a Somborska 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.

Perhepar

Injectio, tabletta és por
1 tabletta 50 g friss máj
1 g por 100 g friss máj
1 ampulla megfelel kb. 500 g friss máj hatásának
6 ampullát tartalmazó dobozok
40 tablettát tartalmazó dobozok
20 g port tartalmazó dobozok

Vérszegénység, testi gyengeség kezelésére, hizókurák céljaira:

Inarsunin RICHTER

5 cm³-es fiolában 100 egység insulint és 0.004 g acid. monomethylarsenicumot tartalmaz.

Ferroconstans

A csontvelőre aktive ható ferrochloridot állandó alakban tartalmazó tabletták.
Secundaer anaemiák, nagy vérveszteségek, fertőző betegségek, kóros méhvérzések stb. utáni **vérszegénységi állapotok** esetén.

Ferroconstans cum arseno

Ferrochloratum és natr. arsenicosum kombinációja.
Chlorosis, secundaer anaemiák kezelésére.
A gyermekpraxisban jól bevált! 50 tablettát tartalmazó üvegekben.

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

MITIGAL

Dimethyldiphenylendisulfid

Kénkészítmény megbizható, erélyes hatással. Alkalmazása egyszerű, tiszta, kellemetlen szaga nincs.

Elismert scabiesnél, phtiriasisnél, valamint minden fertőzéses és ismeretlen eredetű bőrbetegségnél, amelyekben kénkezelés javallt.

A viszketést gyorsan megszünteti.

Eredeti csomagolások:

Üveg 75 és 150 g. tartalommal

BAYER

» Bayer «

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Leverkusen a. Rh.

Magyarországi Vezérképviselet: **Magyar Pharma Gyógyáru R.-T. Budapest, V., Akadémia ucca 3. sz.**

* CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN *

Cholintartalmú vérnyomáscsökkentő szer:

CHOLPARIN

CHINOIN

Per os szedhető
biztos hatással

20 tabletta original phiolában

A magyar pentamethylentetrazol:

TETRACOR

CHINOIN

Analepticum, excitans collapsus, akut keringési gyengeség, eszméletvesztés, stb, esetekben

Injectio, solutio, tabletta

* CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN *

80. évfolyam. 16. szám. Budapest, 1936. április 18.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC — ISSEKUTZ BÉLA — GORKA SÁNDOR — HÜTTL TIVADAR
VÁMOSSY ZOLTÁN — POÓR FERENC — REUTER KAMILLÓ — ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR — SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Angyal Lajos és Sakel Manfred: A serdüléses elmezavar insulinkezelése. (359—361. oldal.)
Jáki Gyula: A vasektomia értékéről prostata túltengésben. (361—364. oldal.)
Szendi Balázs: Ujabb nézőpontok az ikerkutatás terén. (364—366. oldal.)
Kerpel Froniusz Ödön: A kóros vízveszteség és a sóforgalom kapcsolatairól. (367—368. oldal.)
Julesz Miklós és Winkler Erzsébet: Gyógyító kísérletek ketogen étrenddel. (369—371. oldal.)
Remete Tibor: Koch-bacillus tenyésztése vérből a húgy-ivarszervek gümökórja esetén. (371—373. oldal.)
Tóth Zoltán: 1%-os tonogen szemészeti alkalmazásáról. (373—374. oldal.)
Schranz Dénes: Rohamos szülés árnyékszéken. (374—375. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (61—64. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. — Bőrgyógyászat. — Urologia. — Elméleti tudományok. (376—378. oldal.)
Könyvismertetés: (378—379. oldal).
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (379—382. oldal.)
Rejtő Sándor: Bárány Róbert † (382. oldal.)
Vegyes hirek: (a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A bécsi elme- és idegkórtani klinika (ig.: Pötzl O. ny. r. tanár) és a Pázmány Péter Tud.-Egyetem elme- és idegkórtani klinikájának (megb. vezető: Somogyi I. c. rk tanár) közleménye.

A serdüléses elmezavar insulinkezelése.

Irták:
*Angyal Lajos dr.** egyet. tanársegéd és *Sakel Manfréd dr.*

A serdüléses elmezavar a legelterjedtebb és legsúlyosabb endogen elmebaj, melynek gyakran évtizedekre terjedő lefolyásánál fogva nemzetgazdasági szempontból is komoly jelentősége van. Sajnos az eddigi gyógyító kísérletek a kezdeti, általában kedvező beszámolók után a tárgyilagos utánvizsgálás során eredménytelennek bizonyultak. Bár *Weygandt* legutóbbi közleményében a sch. maláriakezelését még nem tekinti sem lezártnak, sem kilátástalannak, mi az erre és általában e baj lázkezelésére vonatkozó közvetlen tapasztalataink alapján *Weygandt* várakozásában nem tudunk osztozni.

Az eddigi kutatók gyógyszeres therapiás elképzelésükben általában a sch. exogen kórszármazásából indultak ki (pl. *Wagner-Jauregg* és *Reiter:* enterogen intoxicatio, *Lingjärdes:* májelégtelenség, mások szerint hormonális zavarok, tbc. stb.), az utóbbi évek örökléstani és kórszövettani kutatásai a sch. endogenitását azonban mindjobban előtérbe tolták. Kérdés, vajjon az endogen kórszármazás minden további kezelési kísérletet eleve reménytelenné tesz-e? Erre a kérdésre a sch. kórlefolyásának ismerete alapján határozott nemmel kell felelnünk. Ugyanis az általában nem egyeneletesen, megtörés nélküli vonalban halad a teljes dementia felé, hanem az esetek nagyobb részében lökésekben folyik le. A betegség bármely szakában megnyugodhatik hosszabb vagy rövidebb időre. Különösen bizonyos katatoniás és amentia-szerű esetekben észlelünk viszonylagosan gyakran önkéntes javulásokat, amelyek szerencsés esetben szociális szempontból, sőt néha klinikailag is gyógyulásnak tekinthetők. A sch. endogenitása esetén is elképzelhető olyan kezelés, amely az eddigi kiszámíthatatlanul jelentkező javulásokat mesterségesen elősegíti és azokat tartóssá, esetleg néha véglegessé teszi, tehát amely a kórlefolyásra különben is jellemző javuló készséget fokozza. Természetesen, ha a kórfolyamat megnyugvása a betegségnek előrehaladottabb szakában következik be, a beteg többé-kevésbé súlyos lelki defektus-állapotban rögzülve autistikus, lelkileg hozzáférhetetlen marad. A sch. gyógykezelését célzó törekvések fentieknek megfelelően 2 csoportba oszthatók, még pedig:

1. vagy magának a sch. kórfolyamatnak a befolyásolására, vagy

2. a defectus-állapotban levő beteg autismusának az áttörésére és a beteggel az „affektiv Rapport" helyreállítására irányulnak.

Míg a kórfolyamat befolyásolására irányuló kísérletek (többek között különféle infectiós és lázkezelések, placentavér, sajátvér, véreztetés, transfusiók, méregtelenítés mangán és antimon sókkal, „Dauerschlaf", hőszúrás, stb.) eddig sikertelenek voltak és a maláriás kezelés sem váltotta be a hozzá fűzött várakozásokat, addig a defektus-állapotban levő beteg autismusának az áttörése, a betegnek a rendes élet követelményeihez hozzáigazitása (pl. *Simons:* foglalkozásos gyógymód, *Schinagel:* „Emotionstherapie"; különböző psychotherapiás eljárások és psychés shok-kezelések stb.) számos esetben sikerrel jár. Az utóbbi időben 2 újabb aktiv eljárás tűnt fel, még pedig a *Sakel* f. vegyes hypoglykaemia-shokkezelés és a Meduna f. epilepsia-shokkezelés. Az utóbbi kezelésre vonatkozó, a budapesti elmeklinikán végzett vizsgálatainkról rövidesen részletesen be fogunk számolni, most csupán a *Sakel* f. insulinkezeléssel foglalkozunk.

A sch. betegek stuporának és táplálkozási negativismusának az áttörése céljából számos szerző próbálkozott korábban is insulinnal, így pl. *Miskolczy* 1927-ben erre vonatkozó tapasztalatait közölte is. *Haack, Jaschke, Küppers* és *Strehl* hasonló célból ugyancsak adtak systemati-

* A bécsi Collegium Hungaricum tagja.

kusan insulint, azonban a hypoglykaemiás shok fenti szerzők számára feltétlenül elkerülendő, veszélyes szövődményt jelentett. *A hypoglykaemiás-shok-kezelés* lényege: *insulinhypoglykaemia által gyógyítás céljából tervszerűen és adagolható erősségben létrehozott shok. Az egyes shokok tartama és a shokok száma a beteg állapotától függően szigorúan egyénítendő.* Mielőtt az insulin-shok-kezelés ismertetésére térnénk, röviden megemlítjük, hogy *Sakel* elméleti megfontolásokból kiindulva először a morphinismust kisérelte meg insulinnal gyógyítani. Itt a hypoglykaemiás állapot még szövődményképen jelentkezett, de az ezzel kapcsolatos tapasztalatai alapján psychomotoros izgalmi állapotok leküzdésére már szándékosan alkalmazta a hypoglykaemiás shokot. Kisérleteiben betegein meglepő psychés változásokat észlelt, amelyek kezelésének tervszerű, módszeres kiépítéséhez és a sch.-ra kiterjesztéséhez vezettek. 1933. okt. -ben a hypoglykaemia-shok-kezelést a bécsi egy. elmeklinikán hivatalosan bevezették és az itt elért feltünő eredmények nyomán keletkezett érdeklődés ma már mind szélesebb hullámokat ver. A módszer jelenleg számos klinikán és intézetben kipróbálás ill. utánvizsgálás alatt áll, így időrendi sorrendben Debrecenben, Vilná-ban, Giessen-ben, Münsingen bei Bernben, Budapesten*, Otwock-ban (Lengyelország) és Zágrábban. Térjünk át ezek után az insulinkezelés módszerének az ismertetésére.

Methodika.

Az insulin-shok-kezelés mai formájában 3 szakaszból áll, úgymint: I. bevezető szakasz, II. shok-szakasz, és III. befejező vagy polarisatiós szakasz (korábban ez IV. sz.-ként szerepelt). *Az I. szakasz* célja tulajdonképen az egyéni shok-adag meghatározása. A beteg naponta egyszer, reggel ½7—7 órakor éhgyomorra insulint kap a farizomba; 4 óra mulva bőséges, szénhydratdús táplálkozás. A kezdeti adag 20—25 E., amelyet a reactiónak és a testi állapotnak megfelelően napi 5—10 E-gel emelünk az első hypoglykaemiás shok jelentkezéséig. Ezzel megkezdődik *a II. szak, amely tulajdonképen a kezelés lényegi része.* A beteg most állandóan a shok-adagot kapja mindaddig, amíg a javulás olyan mértéket nem ölt,hogy a kezelés befejezése megindokoltnak látszik. A shok-adag szélső értékben 20—260 E. között ingadozik, leggyakrabban azonban 80—120 E. Előfordul, hogy a kezelés alatt a hatásos adag változik, ilyenkor az adagot a szükséghez mérten kissé növeljük, vagy csökkentjük. A shok 1—5 órával, átlagosan kb. 2½ órával az inj. után jelentkezik és időtartama egyénileg változtatható azáltal, hogy a betegnek korábban vagy később adjuk a shok megszüntetésére szolgáló cukoroldatot.

A shoknak 2 főalakját különböztetjük meg, úgymint a nedves és a száraz shok-ot. Nedves shokban a beteg bőségesen izzad és nyálzik. Utóbbi miatt célszerű a beteg fejét oldalra fordítani, hogy az aspirálás veszélyét elkerüljük. A beteg ebben az állapotban rendszerint igen bradykardiás, az érverés percenként 35—40-re is leszáll. Általában a nedves shok alatt is gyakran észlelünk motoros jelenségeket, így egy-egy elszórt, gyors lefolyású izomrángást különösen a felső és alsó végtagok izomzatában, máskor egy-egy végtagra, vagy az egyik testfélre kiterjedő, lassú lefolyású, gyakran torsiós jellegű tonusos görcsöt. A száraz shokban a beteg rendszerint már a shok beállta előtt, a fokozatosan kifejlődő hypoglykaemia kapcsán rendkívül súlyos psychomotoros izgalmi állapotba kerül, amely a rácsos ágy alkalmazását szinte nélkülözhetetlenné teszi. ½—1½ óra alatt a psychomotoros izgalmi állapot fokozatosan szűnik, utána a beteg száraz, tachykardiás, egy ideig nyugodt, majd testszerte szétszórtan egyes apró klonusos rángások és lassú partialis tonusos görcsök jelentkeznek. Ebben az állapotban mindig számolnunk kell súlyos epilepsiás roham, esetleg hangrésgörcs jelentkezésével, amely szövődmények életveszély miatt a shok azonnali injectiós megszakítását teszik indokolttá.

A hypoglykaemia alatt a reflexek kezdetben fokozódnak, később kóros reflexek és klonus jelentkeznek, a hasreflex eltűnik. Ha a hypoglykaemiás állapot teljes comába megy át, a pupillák rendszerint nagyon tágak, fényre alig és igen renyhén reagálnak, a cornealis sőt néha a patella és Achilles-reflexek is eltünnek. *A shok kezdetét a hypoglykaemia első somatikus jeleitől számítjuk.* A beteget az insulin-shokban a lehetőséghez mérten ¼—1½ órán át tartjuk, friss esetben általában ezen az időtartamon belül rövidebb, chronikus esetben inkább hosszabb ideig, utána a shokot megszüntetjük. A shok megszütetése általában intrastomachalisan történik. A beteg orrán át cc. 6—7 mm átmérőjű gyomorszondát vezetünk be. A hiányzó reflexek miatt a cukoroldat beadása előtt mindíg meg kell győződnünk arról, hogy a szonda tényleg a gyomorba jutott-e. Ebből a célból a szonda végére fecskendőt szerelünk és ezzel gyomornedvet szívunk ki, amelyet kék lakmuszpapírral ellenőrizünk. A gyomornedv kiszívása a bőséges secretio miatt rendszerint könnyen sikerül. Most a betegnek a szondán át cc. 30% vizes vagy tejes oldat alakjában 150 gr. cukrot adunk be. A beteg restitutiója a comából 10—30 perc alatt fokozatosan történik, miközben a betegen időbelileg forditott sorrendben gyakran azonos tünetek észlelhetők, mint a coma kifejlődésekor. Ugy látszik, hogy a hypoglykaemia legelőször a legbonyolultabb idegrendszeri működéseket kapcsolja ki és az idegrendszerre kifejtett hatásában bizonyos ontogenetikus sorrendet tart be. A mély comából az éber állapotba történő visszatérésben ugyanez az ontogenetikus sorrend, természetesen fordítva, gyakran nagyon szépen észlelhető. Közben egyes esetekben rendkivül érdekes és agykórtani szempontból nagy jelentőségű gondolkozási, beszédbeli, mozgási és észrevevési zavarok jelentkeznek. *Benedek* érdeme, hogy ezeknek a tüneteknek agypathologiai jelentőségére nyomatékosan rámutatott és az insulin-shok hatását az észrevevésre monographiában feldolgozta.

Fenyegető veszély esetében (epilepsiás roham, hangrésgörcs, szívgyengeség, arhythmia) a hypoglykaemiás állapotot 40% dextrose i. v. alkalmazásával szakítjuk meg. A szabály az, hogy addig iniciáljuk folyamatosan a dextroset, amíg a beteg magához nem tér, ami általában 60—120 cm-re szokott bekövetkezni. Epilepsiás roham esetében egyidejűleg 1 cm $1^0/_{00}$-es adrenalint is adunk izomba. *Miután a beteg magához tért, a 150 gr. cukrot feltétlenül meg kell kapnia,* tehát ha a cukoroldatot maga nem fogyasztja el, leghelyesebb szondán át azonnal beadni, hogy ezzel egy későbbi második hypoglykaemiás shokot akadályozzunk meg.

A II. szakasz alatt a betegen heti 1 pihenő nap kivételével rendszerint naponta létrehozunk egy hypoglykaemiás shokot. Epilepsiás roham után 1—2 napos szünet tartandó. *A II. phasis tartalma általában kb. 2 hét—2 hónap között mozog.* A kezelés alatt a betegek többnyire kitünő étvágyúak és rendszerint híznak. A délutánt a beteg, ha csak lehet, ágyon kívül tölti. Ha a beteg állapota megfelelően javult, áttérünk a *III. phasisra,* ennek lényege az insulin fokozatos gyors elvonása. A III. phasis első adagjaként a beteg a shok-dosis felét kapja, de

* Köszönettel kell megemlítenünk, hogy a Richter G. gyógyszervegyészeti gyár kisérleti anyagként 24.000 EI.-t bocsátott a Bp.-i elmeklinika rendelkezésére. Kisérleteinkben az Insulin Richter a kipróbált külföldi Insulin-készítményekkel azonos hatáserősségünek bizonyult.

semmi esetre sem többet, mint 50 E.-et, utána 2 órával bő szénhydrat felvétel. Az adagot most naponta 5—10 E.-gel csökkentjük, végül 3—4 napon át adott napi 15 E.-gel a kezelést befejezzük.

Amint a fentiekből látható, a kúra nem veszélytelen és mind az ápolószemélyzet, mind az orvos állandó jelenlétét igényli. Legcélszerűbb a kezelés végrehajtására egy külön kórtermet berendezni, ebben az esetben azonban a psychés ártalom elkerülése miatt ügyelnünk kell arra, hogy a shok megszünése után, mihelyt a beteg kezdi öntudatát visszanyerni, azonnal egy másik kórterembe kerüljön. A kezelő szobában állandóan készenlétben tartandó: 40% dextrose pro inj., 1‰ adrenalin, kardiotonicumok inj. alkalmazásra, megfelelő fecskendők, gyomorszonda, kék lakmuszpapir és vérnyomásmérő.

A hypoglykaemiás-shok-kezelés hatása a psychotikus tüneti képre.

Milyen a gyógyulás menete az insulin-kezelés alatt? Van-e a psychosis visszafejlődésében valami szabályszerűség? Meddig tartson a kezelés és mikor tekinthető befejezettnek? Ezeket a kérdéseket fogjuk a következőkben megbeszélni.

A psychomotoros izgalom csillapulása rendszerint már az I. phasis alatt észlelhető. A beteg az inj. után egyideig változatlan, esetleg a mozgási és beszédbeli izgalmi tünetek átmenetileg még fokozódnak, azonban 1½—2½ óra mulva többnyire nyugodtan, csendesen fekszik. Néha már ilyenkor, rendszerint azonban csak a magasabb adagokra észlelhető, hogy a beteg a shok beállta előtt átmenetileg hozzáférhetővé válik, a kérdésre válaszol, környezetét felismeri. *Ez a lucidum intervallum-szerű feltisztulás eleinte csak néhány percig tart,* utána a beteg shokba kerül, majd ebből magához térve a shok előtti állapotához képest változatlan. A következő napokban az átmeneti feltisztulás időtartama fokozatosan növekszik és teljessé válik: a beteg téveszméit és érzékcsalódásait, mint betegségi tüneteket felismeri, velük szemben bizonyos távolsági élményhez jut, ezekről mint elmult tünetekről beszél. Pár nap, néha pár hét múlva ez a feltisztulás a shok utáni időszakra is átnyúlik. Ilyenkor előfordul, hogy a beteg a shok után egy-két órán át rendezett, de a késő délutáni órákra ismét zavarttá válik. Néhány nap mulva a feltisztulás már a teljes insulinmentes időszakot kitölti, a beteg érdeklődő, konvencionális, érzékcsalódásai megszüntek, téveszméit feladta, nyugodt, altató nélkül alszik. Erre az állapotra rendszerint jellemző a *Sakel és Dussik által „Reaktionsumkehr"-nek,* a reactio megfordulásának nevezett jelenség. Feltünik ugyanis, hogy a beteg most, amikor insulinmentes állapotában már teljesen egészséges egyén benyomását kelti, a hypoglykaemia kifejlődése alatt átmenetileg zavart, nyugtalan. A jelenséget itt tisztán phaenomenologiai jelentőségénél fogva említjük meg anélkül, hogy annak elméleti fejtegetésébe bocsátkoznánk. Általánosságban az a tapasztalati szabály alakult ki, hogy a kezelés ill. *a II. szakasz csak akkor tekinthető befejezettnek, ha a beteg már ezektől a maradék psychotikus tartalmaktól is megszabadult,* vagyis ha a beteg a hypoglykaemia kifejlődése alatt végig nyugodt és mind a psychomotoros izgalmi, mind a fenti reaktivált psychotikus jelenségektől teljesen mentes. Természetesen itt inkább tapasztalatból leszűrődött irányelvekről beszélhetünk, mint merev szabályokról. Igy több ízben előfordult, hogy a kezelést valamely oknál fogva (pl. a II. szakasz túlságos elhúzódása, anyagi okok, közbejövő lázas betegség stb.) korábban kellett befejezni s ennek a betegre nézve ártalmas következménye még sem volt. — A másik ilyen tapasztalati irányelv, hogy *a hypoglykaemia lehetőleg mindig mély shokból szakítandó meg, de sohasem a reaktivált psychotikus jelenségek időpontjában.* Több ízben észlelhető volt ugyanis, hogy a beteg, ha a megszakítás a reaktivált psychotikus jelenségek tartama alatt történt, a psychotikus jelenségeket az insulinmentes időre is magával vitte, vagyis hogy a reaktivált psychosisa rögzült. Ezt a tüneti fixatiót nehezen mozdítható, inaktiv stuporos esetek kezelésében alkalomadtán fel tudjuk használni. Itt ugyanis, ha a hypoglykaemia alatt psychomotoros izgalom jelentkezik, a hypoglykaemiát azonnal megszakítjuk, hogy ezáltal a beteget ebben a produktiv szakban rögzítsük. Ha ez sikerült, a további kezelés rendszerint könnyebb feladatnak bizonyul, mint a stupor leküzdése. A kezelés szempontjából fontos még tudni, hogy a betegek, különösen az első feltisztulási időszakok alatt, psychésen rendkivül sérülékenyek, ilyenkor tehát iparkodnunk kell tőlük mindennemű lelki ártalmat távoltartani. Különösen vonatkozik ez a beteg kikérdezésére: a psychotikus tüneteket illetően legcélszerűbb ilyenkor megelégednünk a beteg önkéntes nyilatkozataival. A téveseszmék és kóros élmények megbeszélésének az orvos részéről történő kierőszakolása gyakran visszaesést okoz.

Még egy jelenséget kivánunk megemlíteni: súlyos shok, főképen epilepsiás roham után a beteg gyakran hosszabb vagy rövidebb időre kiterjedő átmeneti retrograd amnesiát mutat, amely rendszerint néhány óra alatt oldódik, néha azonban napokra is terjedhet.

(Folytatjuk.)

A Tisza István Tud.-Egyetem sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Hüttl Tivadar ny. r. tanár).

A vasektomia értékéről prostata túltengésben.

Irta: *Jáki Gyula dr.*

A prostata túltengését gyógyitani akaró, ú. n. sexualis műtétek egyrészt arra voltak alapitva, hogy az adenomás túltengés többnyire a nemiélet lezajlása után jelentkezik s igy annak kifejlődése és a hereműködés között úgy látszik összefüggés van, másrészt arra a megfigyelésre, hogy fiatal egyének, igy az eunuchok és épúgy a kisérleti állatok herekiirtása után sorvad a prostata. A kisérleti orvostudomány azonban ez összefüggést tisztázni még a mai napig sem tudta s igy mindezen gyógyitó kisérletek, a hormonadagolást is ideértve, csak az emlitett tapasztalati tényekre támaszkodó tapogatódzások. Azok a vizsgálatok, amelyek alapján a prostata túltengés okát a hereműködés aggkori elégtelenségében, a prolan A. és B. viçariáló túltermelésében látják, még nem teljesen bizonyitottak és elfogadottak.

A kilencvenes években tömegesen végzett ondózsinórlekötés és herekiirtás már a történelmi multé. Eredményeik igen kétségesek, rövid ideig tartók voltak és sok esetben súlyos szövődményekkel jártak, komoly szellemi és testi zavarokat idéztek elő. E sexualis műtétek közül egyedül a ductus deferensen végzet beavatkozások maradtak meg, de ezek értékéről még igen eltérők a vélemények. A castratiónál jóval kisebb műtéti beavatkozásokat a ductus deferensen még a *Freyer* kidolgozta prostata-kiirtás elterjedése után is sokan gyógyító műtétként végezték s hatásukat kedvezően itélték meg. A vasektomiát 1894-ben *Isnardi, Lennander,* majd *Helferich* ajánlották s sikereik után mint gyógyitó műtétet általánosan végezték. Állitólag igen nagy számban értek el vele gyógyulást, javulást, igy *Rovsing* 67.5%-ban gyógyulást, 22.5%-ban javulást. A vasektomia a Freyer-féle prostatektomia elterjedésével a század elején lassan mégis di-

vatját multa. Még 1907-ben ugyan a német sebésztársaság ülésén *Kümmel* az egyszerű és veszélytelen műtétet a saját és mások jó tapasztalatai alapján alkalmas esetekben a prostata hypertrophia gyógyítására ajánlja, s a vita során *Rovsing* ismét mellette foglal állást, de már akkor hiveinek tábora igen kicsi.

A vasektomia kérdése újra csak 1921-ben került szőnyegre, amikor *Haberer*, majd később amerikai szerzők kitünő eredményekről számoltak be és mint gyógyító műtétet ajánlották. A másik körülmény, amely a műtétet ismét divatossá tette, az volt, hogy a ductus deferens resectiójával és lekötésével *Steinach* kisérleti eredményei alapján megfiatalító hatást, a hereműködés fokozását és ez úton a panaszok javulását, a betegség gyógyulását kisérelték elérni, arra a feltevésre támaszkodva, hogy a prostata hypertrophia keletkezésében a döntő tényező a here aggkori endokrin elégtelensége.

Az eredmények a panaszokat éppúgy, mint a megfiatalítást illetőleg mind az egyszerű lekötéssel, a resectióval, mind a Steinach II. és III. műtéttel nagyon különbözőek voltak. S ma is többségben azok vannak, akik csekély eredményről, vagy teljes eredménytelenségről számolnak be és kevesebb azoknak száma, akik a ductus deferensen végzett műtétek után tartós javulást, gyógyulást és „csodálatos" eredményeket észleltek.

A ductus deferensen végzett műtéteket 7 csoportba oszthatjuk. 1. Egyszerű lekötés, melyet, ha közel a heréhez, a here és a mellékhere között végzünk, Steinach II. műtétnek nevezünk. 2. Egyszerű átvágás subcutan vagy bőrsebzéssel. 3. Átvágás és lekötés. 4. Resectio. 5. Lekötés és resectio. 6. Resectio és a tunica albuginea testis behasogatása, az előbuggyanó hereszövetrészecskék resectiója. (Steinach III.) 7. A perivasalis szövetek átitatása alkohollal, carbololdattal.

Ezek közül az egyszerű lekötést és átvágást nem végzik. A subcutan átvágás veszedelmes bűvészkedés. A Steinach III. műtétet és a perivasalis szövetek alkoholos és carbolos átitatását a prostata túltengésében alig végezték. A legelterjedtebb a resectio, a resectio és lekötés. *Haberland* csak a centralis csonkot kötötte le, hogy a hirtelen beálló pangást elkerülje, *Voelcker* pedig hasonló okból és a fertőzés megelőzésére a centralis csonkot a bőrbe varrja ki, s a peripheriást nem köti le.

A műtét egyszerű, helyi érzéstelenítésben elvégezhető. Mégsem ajánlatos azonban véleményünk szerint ambulanter végezni. A lekötést és resectiót a ductus különböző szakaszán végzik. A herezacskó-metszésből végzett műtét után kevésbbé kedvezőek a gyógyulási viszonyok, a seb tisztán, szárazon tartása jóval több gondot igényel és szívesebben végeztük a ductus felkeresését lágyéki haránt vagy az ondózsinór lefutásával párhuzamos hosszanti metszésből. Nem ajánlatos a középen ejtett metszés, mert a penisen kellemetlen vizenyő keletkezhetik. Csüngő heréjüeken könnyű a behatolás után a felkeresés. *Oehlecker* középső metszése igen kedvező viszonyokat ad.

Minden esetben két centiméteres szakaszt irtottunk ki és mind a két csonkot le is kötöttük, de nem varrtuk ki. Ebből soha semminemű kellemetlenség, szövődmény nem származott. Nem panaszkodtak a betegek feszülő érzésről, tompa herefájdalmakról, amelyeket sokan a hirtelen létrejött pangás következményeként fognak fel. Nem észleltünk soha sebfertőzéses szövődményeket sem. Egyetlen egy esetben gyógyult a kétoldali lekötés után az egyik oldali lágyéki seb másodlagosan, ami ¼%-os előfordulásnak sem felel meg. A műtét teljesen veszélytelen. Betegeinket a 2., de legkésőbb a 3. napon heretartóval már felkeltettük. Hólyagmetszéssel egyidőben ne végezzünk vasektomiát, mert a sebviszonyok a fertőzésre kedvezőek. Kényszeritő sürgős körülmények közt is, hacsak lehet ajánlatos előbb a vasektomiát elvégezni s csak később a hólyagmetszést.

A prostata és a hereműködés közti kapcsolat a sok kisérleti kutatás után sem tisztázott. Hasonlóképen ismeretlen az az út és mód, melyen keresztül a ductus lekötése, resectiója a prostatára, nevezetesen az adenomás prostatára hatást fejt ki. Az észlelők egyik csoportja úgy magyarázza a várható hatást, hogy a műtéttel a here és a prostata közötti idegösszeköttetéseket szakitjuk meg. Vannak, akik azt állítják, hogy a hatás a plexus deferentialis Cooperi átvágására is bekövetkezik, anélkül, hogy magát a ductust átvágnánk, resecálnánk. A herét és a ductust a plexus solarisból eredő plexus spermaticus látja el, a prostatát a plexus hypogastricus. A kettő között azonban a plexus deferentialis útján számos anastomosis van *(Mislawski* és *Bormann)* és elegendő a hálózat megszakítása. A kisérleti megfigyelések s a klinikai észlelések egy része ennek az elméletnek ellentmond. Valószinű, hogy valamilyen hatás előáll ezen az úton, lehet, hogy az csak kiváltó, az első lökést megadó tényező, de múló, átmeneti hatású, mint minden sympathicus kiiktatás. Emellett szól az a később emlitendő megfigyelésünk is, hogy a hatás, ha bekövetkezett, a vasektomia után 3—4 hónappal a legnagyobb és azután mindinkább csökken.

A prostatamegkisebbedést mások csak tétetlenségi sorvadásnak tekintik, mely a hereműködés, a heresecretum megszünése következtében jön létre. Az a körülmény, hogy a lekötés után megkissebbedés igen kis számban következik be, nagyon megingatja ezt az elméletet.

A szerzők harmadik csoportja szerint a sexualis műtétek a belső elválasztás és elsősorban a here belső működésének megváltozása révén fejtik a prostatára megkisebbitő hatásukat s idézik elő a panaszok javulását. Amíg azonban a herélések idejében a here eltávolításával, tehát a here külső és belső secretiós működésének teljes kiiktatásával igyekeztek a prostatát visszafejlődésre birni, a modern elmélet szerint a here belső működésének fokozásával, a nemi hormon fokozottabb bejuttatásával a vérkeringésbe érhető el eredmény. Támogatni látszott ezt a gondolatmenetet az a még meg nem alapozott nézet, hogy a prostatatúltengés oka a hereműködés öregkori elégtelensége, bizonyos nemi hormonok hiánya és mások túlsúlyra jutása. *Steinach* vizsgálatai alapján sokan feltették, hogy a ductus lekötése után keletkező pangásban, nyomásfokozódásban az ondócsatornácskák hámja elpusztul, szétesik és a közti sejtek, melyek véleményük szerint a hormonműködés hordozói, megszaporodnak. A Steinach-féle elmélet azonban nem állja meg a helyét, sőt határozottan téves, mert a közti sejtek megszaporodása csak csalóka kép, a megszaporodás az elpusztult hámsejtek mellett csak aránylagos. A kisérleti észlelések eltérőek. Sokan, így *Brouha* és *Desclin*, soha nem észlelték a közti szövet meggyarapodását. *Hüttl* szerint kétségtelen, hogy a here interstitialis szövetét, épúgy, mint más endokrin mirigyekét, így a pankreasét a kivezetőcső lekötésével burjánzásra tudjuk késztetni, de kérdés, fokozottabb hormontermelést is jelent-e ez az emberi szervezetben? A klinikai tapasztalatok nem szólnak emellett. Még inkább alapjában ingatja meg ezt az elméletet az a tény, hogy a közti sejtek egyáltalán nem hordozói a nemi hormonoknak. Erre a tényre klinikánk egyik esete is bizonyitékul szolgált. *(Orsós J.:* A Magyar Sebésztársaság Munkálatai 1927.) A heréből a ductus lekötése után nagyobb mennyiségben sexualis hormon a legnagyobb valószínűséggel csak úgy szívódhat fel, hogy a hormon hordozóinak, az ondósejteknek fokozott szétesését, pusztulá-

sát nagyobb felszívódás követi. Még ha reactióképes is az endokrin rendszer, ez a hatás csak átmeneti, mert a pusztulás után a sejtek újjáképződése csökken, majd megszünik és így újabb felszívódás nem lehetséges. A leromlott, rossz veseműködésű prostatahypertrophiások nagy részének endokrin rendszere pedig már nem reactióképes.

Akármelyik elmélet lenne helyes, vagy ami véleményünk szerint a legvalószinűbb, hogy a mind a három mód együttesen idézi elő a bizonytalan hatást, már az elméleti elgondolásokból is az következik, hogy a hatás kiszámithatatlan és ha be is következett, nagyon rövid. Ez a tény a klinikai észlelésekben, nevezetesen a mi megfigyeléseinkben is feltünő.

Kérdés, hogy az elméleti, nem biztató lehetőségek után várható-e mégis a vasektomiától eredmény a prostatatúltengésben? Klinikánkon 1926-óta minden ilyen betegen a már fentebb említett módon kétoldali ductusresectiót és lekötést végzünk. Nem tekintettük már kezdettől fogva a vasektomiát gyógyító műtétnek s elsősorban a heregyulladás elkerülése céljából végeztük. 1934. évig bezárólag, nem tekintve azokat az eseteket, mikor a vasektomiát rövid idő mulva a prostatakiirtás követte, 87 olyan esetben végeztük, mikor a beteg általános állapota a gyökeres műtétet nem engedte vagy abba a beteg nem egyezett bele. A legutolsó, a vizsgálatok tárgyát képező eset műtéte óta is 1 év telt el. A 87 beteg közül 23-on (26.4%) a vasektomia után a sok maradékvizelet miatt hólyagmetszést kellett végezni, tehát a vasektomiának semmi eredménye sem volt. A többi 64 beteg a vasektomia után katheteres kezelésben (állandó vagy rendszeres) részesült. Közülük csak 5 (7.8%) volt a betegség I. szakában s 13-nak (20.3%) volt maradékvizelete 100 ccm-nél kevesebb. Az öt I. szakban lévő beteg sem elsősorban és csupán vizelési panaszai miatt kereste fel a klinikát, hanem sérvműtét végett és ezekben az esetekben a vasektomia Bassini-műtéttel kapcsolatban történt. E számok jellemzik klinikánk mezőgazdasági vidékről kerülő prostata hypertrophiás anyagát s hogy a klinikán a betegek majdnem 75%-a a teljes vizeletelkadás szakában jelentkezik orvoslásra. A sebészi ténykedésünket befolyásoló ezen körülményre már *Kirschner* is rámutatott königsbergi és tübingeni anyagának összehasonlításakor.

Műtét után közvetlen javulást 22.9%-ban észleltünk. Javultnak mondjuk azokat az eseteket, amelyekben magától-vizelés következett be és a maradékvizelet jelentékenyen csökkent vagy eltünt. Az utóbbi igen kis százalékban következett be. Érdekes megemlíteni, hogy a kevés számú I. szakban lévő betegünkön a műtét után közvetlen egyáltalában nem mutatkozott javulás; több mint felük állandó húgycsappal hagyta el a klinikát és mindegyikük további katheterezésben részesült.

A 64 beteg közül 8 időközben meghalt, 2 nem sokkal a műtét után, a többi 1—2 évre rá. Orvosaik közlése szerint javulás egyik esetben sem állott be. Az életben lévők nagyrészét sikerült újólag átvizsgálnunk, a másik részük levélben értesített bennünket s állapotukról részben orvosuk számolt be. Az utóvizsgálatokon szóval és irásban a kérdőiven először is mindenkinek azt a kérdést tettük fel, megelégedett-e a műtét eredményével s javult-e állapota? Érdekes, hogy a betegek nagy többsége igennel felelt, bár a vizsgálat javulást alig igazolt, sőt vizeletmaradékot, a vizeletben genyet s számottevő prostatamegnagyobbodást mutatott ki. A betegek egy része elmondotta (kezelőorvosaik is ilyen értelmű értesítést küldöttek s mi is úgy találtuk az időszakos vizsgálatok során), hogy a javulás a műtét utáni 3., 4. hónapig, kisebb részben 1 évig volt jelentékenyebb, azután ismét rosszabbodás következett be. A prostata megkisebbedését csak 3 esetben (4.5%) lehetett kétségtelenül megállapitani, de ez a megkisebbedés sem volt olyan fokú, hogy az a rendes nagyságúvá lett volna. Mind a három esetben a prostata eredetileg puha volt. Hasonlóan kis százalékban nem volt egyáltalában maradékvizelet és hiányoztak a vizelési panaszok. „Steinbach-hatásról" egyik legutóbb operált betegünk tett említést, merevedései a műtét óta gyakoriabbak. Nem észleltünk egyéb Steinach-hatást sem, így a betegek felfrissülését, soványodását, de lelki zavarokat sem, amikre *Payr* hivta fel a figyelmet. Volt betegünk, akin a műtét és az utána következő katheterkezelés után hosszú ideig, már állandónak látszó, határozott javulás állott be, maradékvizelete nem volt, bár a prostata nem kisebbedett meg. A beteg azonban 3 évi jólét után egy napon ismét teljes vizeletrekedéssel jelentkezett. Csapolókezelésre ismét nagyot javult, de 6 hónap mulva újra teljes volt a retentio, amely már hosszú katheterezésre javult csak némileg.

Tehát ha gyógyulás, hosszantartó, végleges javulás nem is, de kis számban átmeneti javulás mutatkozik a vasektomia után. De kérdés: a vasektomia befolyására, a műtét utáni katheterkezelésre áll-e elő a javulás vagy magától enged-e a baj? Kétségtelenül vannak ugyanis a prostata hypertrophiában ilyen javulások s a betegség egyes szakaszai igen különböző időtartamuak, a tünetek, a panaszok változóak. Enyhüléseket abban az időben is észleltünk katheter-kezelésre, életrendi előirásokra, mikor a vasektomiát még nem végeztük. Csupán abból a tényből, hogy vasektomia nélkül is előáll a javulás, sőt a prostata megkisebbedése, míg máskor vasektomia és katheterezés ellenére sem következik be az, arra következtethetünk, hogy a vasektomia után sem annak sajátos hatása idézte elő ezeket a javulásokat. Ha ilyen sajátos hatása van is, az nagyon rövid ideig tartó, teljesen bizonytalan és gyógyító hatást várni tőle nem lehet. A várható eredmény a betegség mindegyik szakában egyformán kétséges s legfeljebb azt mondhatjuk, hogy puha prostatákon valószinűbb a kedvező hatás. Ez azonban az ilyen esetekben egyszerüen decongestióra áll elő s valószinű, hogy ezekben sem a vasektomia sajátos hatására, hanem a katheteres kezelésre, a tehermentesitésre, az életrendi előirásokra.

Észleléseink, utóvizsgálataink azt igazolják, hogy a vasektomiáról mint gyógyító műtétről vallott eredeti felfogásunk igazolt. *Végérvényesen és döntően nem befolyásolja a prostatatúltengést és azokkal a reklámizű csodás eredményekkel szemben, melyekről itt-ott olvasunk, jogos a kétkedés.*

Kérdés, hogy ezért az igen kis számban jelentkező és fölötte bizonytalan, átmeneti javulásért érdemes-e végezni a vasektomiát? Ha gyógyító beavatkozásnak tekintjük, a bizonytalan eredményen kivül még az a hátránya is megvan, hogy a műtét utáni várakozás, a csalóka javulás a beteget esetleg kevésbbé kedvező időszakba juttatja. A kétes eredmény miatt nem is lenne érdemes végezni, ha nem lenne igen nagy és elvitathatatlan előnye a mellékheregyulladás megelőzése. A katheterezésnél, az állandó csap viselésénél, prostatatektomiák után 20—35 %-ban keletkezik felhágó mellékheregyulladás. Vasektomia után az irodalom adatai szerint ez 1—1½-ra esik le. A mi vasektomisált eseteink egyikében sem jelentkezett. Ez nem csak a vasektomia mellékheregyulladást megelőző értékére mutat, hanem azt is bizonyítja, hogy az nem a véráram útján keletkezik. A vasektomiával a mellékheregyulladás teljes biztonsággal kikerülhető, ha kellő időben végezzük.

A prostatatúltengés gyökeres műtéti gyógyítása a prostatakiirtás és a vasektomia legfeljebb azon esetekben tekinthető enyhitő műtétnek, ha azt valamilyen komoly ok ellenzi.

A Tisza István Tud. Egyetem szülő- és nőbeteg klinikájának közleménye (igazgató: Kovács Ferenc ny. r. tanár.)

Újabb nézőpontok az ikerkutatás terén.

Irta: *Szendi Balázs dr.* tanársegéd.

Az öröklésкutatók újabban kétségbe vonták az eddigi ikertanítás helyességét és a lepény, illetve magzatburkok szerkezetének használhatóságát az ikrek genetikai osztályozásában. A vita tart. A felhozott bizonyítékok sem az öröklésкutatók, sem a szülészek részéről nem elegendők. A kérdés nemcsak az öröklésкutatás és a szülészet, hanem a fejlődéstan szempontjából is igen nagy jelentőségű. Igy szükséges, hogy minél részletesebben foglalkozzunk vele s minél több adatot szolgáltassunk a további öröklésкutatáshoz nélkülözhetetlenül fontos ikerdiagnostikának, másrészt az emberi ikerképződés mechanismusának tisztázásához.

Az ikrek osztályozásának alapja eddig a lepény és magzatburkok szerkezete volt. Kiinduló ponttul szolgáltak a *különböző nemű*, tehát biztosan *kétpetéjű ikerpárok*. Ezeknél mindig kettős chorion és legalább sövényesen, de mindig elválasztott két lepényt találtunk. Az ilyen ikerpárok lepényük és burkaik fejlődése és szerkezete szerint dichoriálisak. Két petesejtből azonban ugyanolyan valószínűséggel fejlődhetik azonos, mint különböző nemű iker. Igy természetesnek látszott, hogy az *azonos nemű ikerpárok közül* is *kétpetéjűnek* nyilvánítsuk a *dichoriálisokat*, azaz mindazokat, melyeknek kettős chorionjuk volt. Jogossá tette ennek feltevését az, hogy az egynemű ikrek másik csoportja monochoriális, azaz közös (egy) chorion zsákban fejlődik s lepényük is nemcsak alakilag közös, de éranastomosisokkal is összefügg egymással (chorioangiopagok). Ugyancsak támogatta ezt a különböző kettős torzok függelékeinek hasonló szerkezete, melyeket kétségtelenül egypetéjűeknek kell tartanunk. A monochoriális egynemű ikreket ezek alapján egypetéjűeknek vettük. A szülészek a legújabb időben is *(Engelmann* 1925, *Wagner* 1927, *Stöeckel* 1930) eszerint osztályozták kézikönyveikben az ikreket: a monochoriálisokat egypetéjűeknek, a dichoriálisokat kétpetéjűeknek veszik.

Emberben az ikerképződés mechanismusát, sajnos, közelebbről nem ismerjük. Nem állt még módunkban a totipotens sejtekből álló oszlási szakaszokat, sőt a lepény-, és embryotelepek elkülönülését sem megfigyelni. Az észlelt legfiatalabb emberi peték *(Bryce-Teacher, Peters, Sch. v. Möllendorf, Kleinhans* stb.) is meghaladták már ezt a fejlődési állapotot. Éppen ezért a lepény, illetőleg magzatburkok szerkezetén alapuló ikertant fejlődéstanilag nem tudjuk kellőképen igazolni. *Az összehasonlító fejlődéstan adatai,* különösen *Patterson, Sobotta* és *Newmann* ikervizsgálatai páncélosokon és rágcsálókon azonban támogatta e tan helyességét. Támogatták ezt *Grosser* fejlődéstani tanulmányai is. *Összevetve* ezeket az *ikerlepények szerkezetével* és *emberi fejlődéstani ismereteinkkel, logikusnak és tudományosan is megalapozottnak kellett tartanunk a burkok szrkezetére támaszkodó ikertant.*

Összehasonlító fejlődéstani ismereteink alapján az emberi pete korai fejlődését a következőképen gondoljuk el: a megtermékenyített petesejt, a spermiovivum oszlásából egy totipotens sejtgöröngy jön létre: a morula. Ez belső magra és külső kéregre különül. A külső kéreg: a *trophoblast* a lepény és chorion hámelemeinek a telepe; a belső mag az *embryoblast,* mely további differentiálódásával az extraembryonalis mesodermává (a lepény, illetőleg chorion kötőszövetének őse) és embryoteleppé válik.

Patterson, Sobotta, Newmann páncélosokon és rágcsálókon végzett vizsgálatai azt mutatták, hogy az egypetéjű ikrekre hasadás ebben a szakban, a tropho- és embryoblastra elkülönülés után következik be, mégpedig az embryotelep kettéhasadása által. A kettéhasadás a külső trophoblast kéregre nem terjed rá, ezért a lepény és a chorion osztatlanul fejlődik tovább. Ez magyarázza, hogy az említett állatok ikrei (különösen a páncélosoknál 8—10 iker is észlelhető) mind közös chorionzsákban fejlődnek s közös lepényük van (lepényüket illetőleg tehát kettős torzok: chorioangiopagok). Kettő, illetve több petesejt megtermékenyülése esetén eddig ahány petesejt, annyi trophoblast s igy annyi lepény és chorion képződik: azaz *a többpetéjű ikrek di-,* illetve *polychoriálisak.*

Emberben az ikerlepények s a chorion szerkezete mind a különnemű kétpetéjű ikrek, mind az egypetéjűeknek tartott esetekben teljesen megfelelt ennek a fejlődési mechanismusnak. Jogosan képezte tehát ez az ikerdiagnosisnak alapját. Azt kellett feltennünk, hogy az egypetéjű ikrek emberben is az embryotelep elkülönülése után ennek kettéhasadásával képződnek. Támogatta ezt még a monoamnialis egypetéjű, (mindig egynemű) ikrek előfordulása is, melyek képződésének feltétele csak valamivel később, az embryotelep ekto-entodermára elkülönülése után van adva. Az amnion ugyanis — ezt már számos fiatal emberi petén volt alkalmunk tanulmányozni — az ektodermából hasad le (schiamniosis), képződésének ideje tehát a tropho-embryoblast elkülönülése után van.

Ezen fejlődéstani elgondolások és a magzati függelékek szerkezete alapján tehát az ikreket eddig az alantiak szerint osztályoztuk.

Az ikrek az öröklésкutatásokhoz különösen alkalmasaknak bizonyultak. Élet- és kórtanuk megfigyelése az az utóbbi években igen sok értékes adatot szolgáltatott az emberi örökléstanhoz *(Diehl* és *Verschuer:* Zwillingstu-

1. táblázat. Az ikrek oszsztályozása eddigi fejlődéstani ismereteink és a lepény, illetőleg magzatburkok szerkezete alapján.

A keletkezés		A chorion	Az amnion	A lepény	Az ikrek	
módja	ideje	szerkezete			neme	megjelölése
az embryo blast ketté hasadása	az embryopajzs elkülönülése	közös	közös[1]	közös, éranastomosisokkal (chorioangiopag)	azonos	monochoriális, egypetéjű
	a tropho- és embryoblast elkülönülése		kettős[2]			
két petesejt megtermékenyülése két spermium által	a megtermékenyülés	kettős	kettős[2]	elválasztott, kettős	azonos vagy különböző	dichoriális, kétpetéjű

[1] monoamniota [2] diamniota

berculose). Régen ismeretes, hogy egyes ikerpárokat még az anya is nehezen tud megkülönböztetni. Már *Galton* úgy találta, hogy az egynemű ikrek identicusokra és nem egyezőkre oszthatók. Vannak örökletes tulajdonságok, melyeket a környezet nem, vagy csak igen kis mértékben módosít. Ezek a környezetálló örökletes tulajdonságok az egypetéből származó ikrekben azonosan alakulnak, s az életben mindig hasonlók maradnak, míg a többpetéből származó ikrek örökletes tulajdonságaikban különböznek, illetőleg olyan közöttük a viszony, mint a testvérek között. Ennek felismerése vezette az iker-örökléskutatókat a hasonlósági diagnosisra, mellyel sikerül bármikor, az esetek mintegy 85—90%-ában az ikreket egy- vagy kétpetéjűekre különíteni. E diagnosis felállításakor — melyet különösen *Siemens* és *Verschuer* épített ki — azokat az alkati tulajdonságokat (variansokat) vizsgáljuk, illetve állítjuk össze, melyeknek az egypetéjű ikrekben, mint örökölten hasonlókban mindig azonosaknak (concordálóknak), a kétpetéjüekben, mint örökölten különbözőkben, eltérőknek (discordálóknak) kell lennie. Felhasználható a hasonlósági diagnosis felállításában tulajdonképen minden környezetálló (peristatikus) örökletes tuladonság összehasonlítása, mely az illető népfajon erősebben rajzolódik ki. Különösen az anthropologiai sajátságoknak van nagy jelentősége, azok könnyen hozzá is férhetők s meglehetősen állandók. *Siemens* a hasonlósági diagnosis első kidolgozásakor a következők összehasonlítását ajánlotta az egy- vagy kétpetéjűség megállapításához:

1. a haj színe és formája,
2. a szem színe, iris rajzolata,
3. a bőr színe, illetőleg festenyezettsége,
4. a lanugo, testszőrzet (szemöldök stb.) alaki elrendeződése,
5. a szeplők elrendeződése,
6. teleangiektasiák, anyajegyek a bőrön,
7. follicularis keratosis,
8. a nyelv barázdáltsága,
9. az arc alakja,
10. a fülek formája, lenőtt stb. volta,
11. a kéz formája,
12. a test formája, hossza, súlya stb.

Ezek közül 1—4, sajátság egypetéjű ikreken mindig azonos (concordans), kétpetéjű ikreken mindig discordans. 5—8-ig egypetéjű ikreken ritkán eltérők, kétpetéjű ikreken mindig különbözők. 9—12-ig egypetéjű ikreken szabályszerint egyezők, kétpetéjű ikreken mindig discordansok.

Azóta főleg *Verschuer* és a berlin-dahlemi anthropologiai és örökléstani intézet (E. *Fischer*) nagyarányú ikerkutatásai újabb adatokkal gazdagították a hasonlósági diagnosist. Ezek közül különösen a vércsoport, a vérsavó M és N factora,*) a bőrcapillarisok formája (capillarmikroskopia), a fogak alakja és elrendeződése és az ujjbegyek papillaris vonalainak typusa és száma bizonyult használhatónak az összehasonlításban. *Malán* magyar anthropologus újabb vizsgálatai szerint felhasználható lesz az ikerpárok szellemi képességeinek összehasonlítása is. Az összehasonlítással nyert eredmények értékelésének módja és kritikája meghaladja közleményünk célját.

Ezek az örökletes tulajdonságok a születés utáni életben csak lassan válnak nyilvánvalóvá, később azonban állandóak maradnak. Ujszülötteken másrészt a szüléssel járó torzulások miatt sem alkalmazható a hasonlósági diagnosis *(Wagner, Klein, Rohlfs)*. Bár a 3—4 hónapos gyereknél kellő körültekintéssel már következtethetünk belőle, mégis kb. a 3—4. életévtől használható ez fel az ikrek osztályozásához; 10—15%-os tévedéssel azonban mindig számolhatunk.

Lencz és *Siemens*nek tünt fel először, hogy a hasonlósági diagnosissal kapott eredmények nem egyeznek a lepény és magzatburkok születéstörténeti feljegyzéseivel. A hasonlósági diagnosissal egypetéjűnek itélték több esetben dichoriálisok, a kétpetéjűnek itéltek pedig gyakran monochoriálisok voltak. Ez azt mutatja, hogy egypetéjű iker esetén is lehet kettős chorion.

Siemens ezen újszerű megállapításai a szülészekből erős ellenzést váltott ki, egyrészt azért, mert ezen megállapításokhoz a lepény és burkok adatait nagyrészt a szülőktől, bábáktól kapta, de klinikai eseteiben is felületesek voltak a feljegyzések; másrészt azok megrögzött fejlődéstani elgondolásainkba ütköztek bele. Nem tartottuk bizonyító erejűnek felhozott adatait s kétségbe vontuk e megállapításainak helyességét is.

Siemens állításainak támogatására megvizsgálta az ikerstatistika adatait is. E szerint az ikreknek 32-37 %-a, kb. ⅓-a kétnemű, tehát biztosan kétpetéjű. Feltéve, hogy két petéből ugyanolyan valószínűséggel fejlődik egynemű, mint kétnemű iker, a kétpetéjű ikrek számát 64—74%-nak (az ikrek kb. ⅔ részének) kell vennünk. A maradék 26—36%-nak (tehát kb. ⅓-nak) így egypetéjűnek kell lenni. A klinikák feljegyzéseiben azonban a monochoriális, tehát egypetéjű ikrek csak 15.5%-ban szerepelnek. Mintegy 10—20%-át az egypetéjű ikreknek így a dichoriálisok közt kell keresnünk. A hasonlósági diagnosis eredményeivel ezt összevetve *Siemens* bizonyítottnak látta, hogy az egypetéjű ikreknek is lehet kettős chorionjuk s így a chorion szerkezete az ikrek diagnosisában nem használható. Ezzel szemben *G. A. Wagner* kimutatta, hogy a gondosan észlelt klinikai anyagban monochoriális alapon is ⅓ rész esik egypetéjű ikrekre. Nagy gonddal észlelt esetekből összeállított statistikájában a prágai német kilinkán 36.6% volt monochoriális és 63.39% dichoriális iker (utóbbiból 32.14% volt kétnemű [parcha] és 31.25% egynemű). A bécsi Chrobak-klinika 10 évi anyagából hasonló eredményeket kapott.[1])

Az örökléskutatók szerint a kétpetéjű ikreknél sem irányadó a burok szerkezete. Felhozzák, hogy *Bar* és *Otto* észlelt különbözőnemű, tehát biztosan kétpetéjű ikrek esetén közös chorioamnialis zsákot. Feltették, hogy itt utólag átkopott, vagy nem fejlődött ki a közti válaszfal. Bár ezt többen *(Ahlfeld)* tévedésnek nyilvánitották, *Verschuer* a hasonlósági diagnosissal kapott eredmények támogatására elfogadja és felteszi, hogy a szomszédos petezsákok nyomása következtében az egymással érintkező chorion-lemezek elsorvadása, vagy fejlődési gátoltsága kétpetéjű ikernél is gyakori lehet. *Strahl* és *Bonnet* szerint az egyszere több magzatot szülő gerinceseknél gyakran észlelhető a petezsákok szomszédos falainak ilyen átkopása. Ezeknek a placentatiója azonban más törvények szerint történik s így ezek az emberi ikerlepények szerkezetének megítéslésében irányadók nem lehetnek *(Wagner, Grosser)*.*)

*) A vérsavónak bizonyos (vörösvérsejteket) agglutináló sajátsága.

[1]) A debreceni női klinikán az utolsó 4 év (1932. jan. 1-től 1936. febr. 1-ig) 4949 szülése és 1800 vetélése között 79 iker volt. Mono- és dichorialis alapon osztályozva, ebből 29 (27.24%) volt egypetéjű és 50 (72.76%) kétpetéjű. A kétpetéjüekből 25 (36.38%) volt egynemű és 25 (36.38%) kétnemű; utóbbiak tehát egyenlően oszlottak meg.

*) Jelentősége lehet a kérrésben Scipiades és Burg észlelésének. Kétnemű, tehát biztosan kétpetéjű ikreken két esetben is észleltek a lepényfelek között éranastomosisokat (röntgenfelvételen, illetőleg corrosiós praeparatumon). A sajátságaiban különböző két lepény, illetőleg érrendszer szer-

Bizonyítanák *Verschuer* elméletét *Przibram* és *Loeb* fejlődéstani megfigyelései is, melyek eszerint pl. az osmotikus viszonyok változtatásával a blastomereken és a magzatburkokon lefűződések, beszakadások stb. jönnek létre. A szomszédos petezsákok nyomásának jelentőségére lehet gondolni *Verschuer* szerint abból is, hogy a kürt ikerterhességek 60%-a monochoriális. Ez kétszerese a méhenbelül fejlődő hasonló ikreknek (*Arey* által 1922-ben összegyüjtött 60 eset). Valószínűbb szerinte, hogy a kürt szűkebb helyi viszonyai következtében fejlődnek a kürt ikerterhességek monochoriálisan, mint az, hogy egyszerre 2 petesejt termékenyül, illetve telepszik meg.

Minthogy azonban a monochoriális ikrek legnagyobb része kettős amnionú (diamniota), az átkopási, vagy fejlődésgátló mechanikai elméletnek nem lehet emberben különösebb szerepe. *Sokkal mélyebb fejlődéstani törvényszerűségben kell keresnünk a burkok szerkezeti alakulásának igazi okát.* Egyáltalán nem képzelhető el, hogy a gyengébb szerkezetű amnion-lemezek épségben maradjanak a chorion átkopása mellett. Sőt a szülészeti gyakorlatban éppen az amnion elszigetelt átszakadásához vagyunk inkább szokva. Az extraamnialis terhességek előfordulása pl. azt bizonyítja, hogy a chorion még az amnion átszakadása után is épségben marad.

Verschuer elméletének támogatására azt is feltételezte, hogy az ikerhasadás gyakran létrejön már a totipotens morula, azaz az embryoblast és trophoblast elkülönülése előtti fejlődési szakban is. Ez természetesen emberben nem figyelhető meg, így nem bizonyítható. Bizonyítása összhangba hozná a hasonlósági diagnosis eredményei és az ikerlepények szerkezete közötti elletétet, mert az egyenértékű sejtekből álló két fél morulából szükségszerűen kettős trophoblastnak, így kettős lepénynek és chorionnak kell kifejlődni, mintha csak két megtermékenyített petesejt fejlődne egymás mellett. Igy az egypetéjű iker is lehetne dichorialis.

A német örökléstani iskola *(Lenz, E. Fischer)* ezt az elméletet általában elfogadta s *Verschuer* ezen újabb fejlődéstani elgondolásai és a hasonlósági diagnosis alapján az ikrek osztályozására a II. táblázatban foglalt beosztást ajánlotta.

Mint a beosztásból látható, *Verschuer* nem foglalkozik a kétmagvú petesejtekből fejlődhető ikerféleséggel Minthogy feltehető (bár nem szükségképeni), hogy azok megtermékenyítését 2 spermium végzi, a keletkezett ikerpár öröklésileg különböző (esetenként különböző-nemű) is lehet. Itt feltehető, hogy a fejlődő morulák elkülönülése nem mindig tökéletes. Feltehető, hogy az ovoplasma — bár annak a fejlődésben alárendelt szerepe van — vagy a trophoblastok, vagy az embryotelepek sejtjeit néha egy keretben tartja. Igy előbbi esetben az örkölten különböző kétpetéjű, esetleg kétnemű ikernél közös chorionzsák fejlődik, vagy utóbbi esetben kettős torz jön létre, bár ennek elképzelése erőszakoltabb. Ennek feltételezésével a hasonlósági diagnosissal monochoriálisnak talált kétpetéjű ikrek kevésszámú esetében nem kellene segítségül venni az erőszakolt átkopási vagy utólagos összeolvadási elméletet, a közös chorionzsák, illetve ezeket összefüggő közös lepény megértéséhez. Az örökölten különböző kétnemű monochorioátták ritkasága magyarázatát leli a a kétmagvú petesejt ritkaságában. *Wagner* 1930-ig alig egy tucat kettősmagvú petesejtről tud.

(Folytatjuk.)

2. táblázat. Az ikrek osztályozása Verschuer szerint az ujabb fejlődéstani elgondolások és öröklésbiológiai kutatások (hasonlósági diagnosis eredményei) alapján.

Az iker képződés			A burkok	A lepény	Az ikrek megjelölése	
oka	módja	ideje	szerkezete			
Polyovulatio	egyidőben 2 petesejt termékenyül meg 2 spermium által	a megtermékenyülés	kettős chorion és kettős amnion	egyszerű éranastamosisokkal vagy kettős anastomosis nélkül sövényesen elválasztva	két petéjű	örökölten különböző (különböző vagy azonos neműek)
örökölt hasadási tendentia	a petesejt és a II. irányító testecske termékenyül meg egyszerre 2 spermium által					
	az embryo telep hasadása	az első oszlás alatt a tropho- és embryoblast elkülönülése előtt a morula kettéhasadása			egy petéjű	örökölten hasonlók (azonos neműek)
		a tropho- és embryoblast elkülönülése után, az embryoblast kettéhasadása	egy közös chorion két amnion			
		az embryopajzs vagy primitivcsik elkülönülése után ennek kettéhasadása	egy közös chorion egy közös amnion	egyszerű éranastomosisokkal		

ves összekapcsolódásának lehetőségét abban látják, hogy a nyomás következtében az elválasztó chorion-hám felszínek lekopnak s így a két lepény erei egymásba átnőhetnek. Hasonló eset birtokunkban is van. Erről később számolunk be.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem gyermekklinikájának közleménye (igazgató: Hainiss Elemér ny. r. tanár).

A kóros vízveszteség és a sóforgalom kapcsolatairól.*

Irta: *Kerpel-Fronius Ödön dr.*

Még ma is vitás, hogy a szervezet só- és vízforgalmának változásai egymással párhuzamosan haladnak-e, vagy sem. *L. F. Meyer* szerint a só és víz úgy viselkedik a szervezetben, mint a jó házastársak: együtthaladnak mindenkor. *Gamble* szerint a só- és víz-parallelismus oly tökéletes, hogy a kiürített basisok mennyiségéből kiszámítható az elszenvedett vízveszteség nagysága.

A fenti felfogás feltételezi a testnedvek osmotikus concentratiójának állandóságát, éppen ezért nehéz összeegyeztetni azt *Salge, Schulz* és saját vizsgálataink eredményével, amelyek szerint az osmoregulatio különösként a csecsemőkorban labilis.

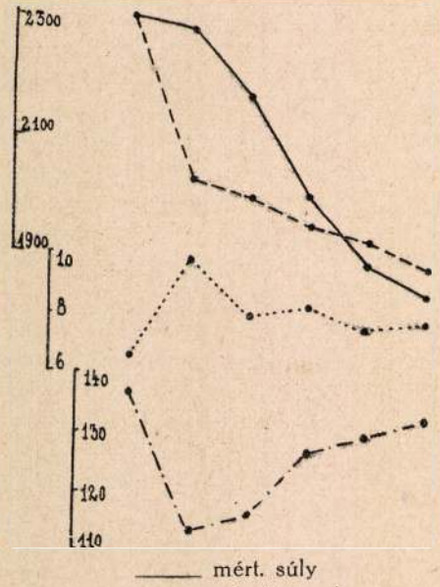
A csak röviden érintett irodalmi adatokból is kitünik, hogy az eddigi vizsgálatok nem szolgáltatnak meggyőző bizonyítékot arról, hogy a szervezet só- és vízveszteségе egymásnak függvénye-e, vagy csak véletlen párhuzamos veszteségről van szó.

Kisérleteinkből az derül ki, hogy ha a szervezet több sót, vagy vizet veszit, mint amennyit beviszünk, vagyis ha negativ só-, vagy vízmérleget hozunk létre, a só és víz egymáshoz való viszonya nem viselkedik egységesen, hanem változik attól függően, hogy milyen módon keletkezett a vízveszteség. Határozott typusokat különíthetünk így el.

A só- és vízforgalom egyensúlyát a következő eljárásokkal igyekeztünk megbolygatni:

1. Külön sóelvonással, 2. szomjazással, 3. ureumos vízkihajtással, 4. diuretines vízkihajtással. Kisérleteinket éhező nyulakon végeztük.

Első kérdésünk az, vajjon követi-e vízleadás nagyobb mennyiségű só elvonását, vagy pedig a sóelvonás csökkent sóconcentratiót eredményez a testnedvekben anélkül, hogy vízveszteség társulna a negativ sómérleghez. A szervezet honyhasóját úgy vontuk el, hogy isotoniás dextrose-oldatot fecskendeztünk a peritoneumba: ilyenkor *Darrow* és *Yannet* szerint ionkicserélődés folytán konyhasó diffundál a vérserumból a peritoneumba, ha tehát 4 óra mulva visszaszívtuk a befecskendezett folyadékot, nagymennyiségű sót vontunk el az állattól. Mivel az állat a kisérlet ideje alatt kedve szerint ihatott, jelen esetben a vízforgalmat közvetlenül nem zavartuk meg és így tiszta kisérletben tanulmányozhattuk, hogy az elsőleges sóelvonás jár-e kiegyenlítő vízleadással, hogy van-e só és víz közt párhuzamosság isolált sóveszteség esetén. (1. ábra.)



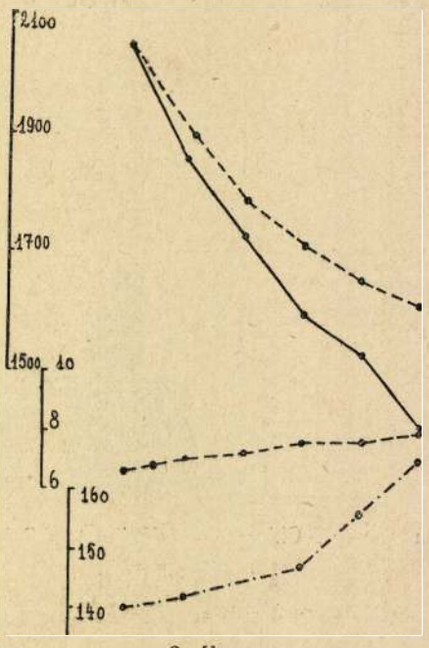
_____ mért. súly
- - - - számitott suly
. . . . serum fehérje
.-.-.-. serum natrium

1. ábra.

Az I. ábrából azt látjuk, hogy a sóelvonás után tetemesen csappan a serum Na-ja, a következő napok alatt azonban a Na-concentratio lassan emelkedik és a 4—5. napon ismét eléri a kiindulás mértékét. Ha a sóveszteséget arányos vízveszteség követné, akkor a serum Na-töménységének természetesen nem lett volna szabad csökkenni, másrészt a testsúlynak úgy kellene viselkedni, amint azt a pontozott vonallal, az elvesztett anyagok összességéből (Na és K-hoz kötött víz + elégett fehérje + elégett zsír) kiszámitva megadtuk. Azonban a tényleges testsúly csak 72 órával a sóelvonás után éri el a sóveszteség nagyságából (tökéletes basis—víz párhuzamosságot feltételezve) kiszámított testsúly vonalát még pedig ugyanakkor, mikor a serum Na-töménysége ismét eléri a kiinduláskori mértéket.

Kisérletünkből a következő tanulságot vonhatjuk le: sóelvonást megfelelő mennyiségű víz leadása követi, a folyamat azonban lassan megy végbe és ezért a sóelvonás után még napokig hyposmotikus lehet a vérsavó. Egyaránt helyes tehát a bevezetésben ismertetett két álláspont, hiszen láttuk, hogy az osmoregulatio labilis ugyan, de néhány nap multán mégis csak kiegyenlítődik a kezdeti hyposmosis megfelelő mennyiségű víz leadásával.

Mi történik már most a sóforgalommal, ha vizet vonunk el? Következő kisérletben tanulmányoztuk ezt a kérdést: éhező állattal nagyobb concentratiójú ureumoldatot itattunk meg, mint amilyet a vesék concentrálni képesek. Ilyen módon óriási vízveszteség jött létre. (2. ábra.)



2. ábra.

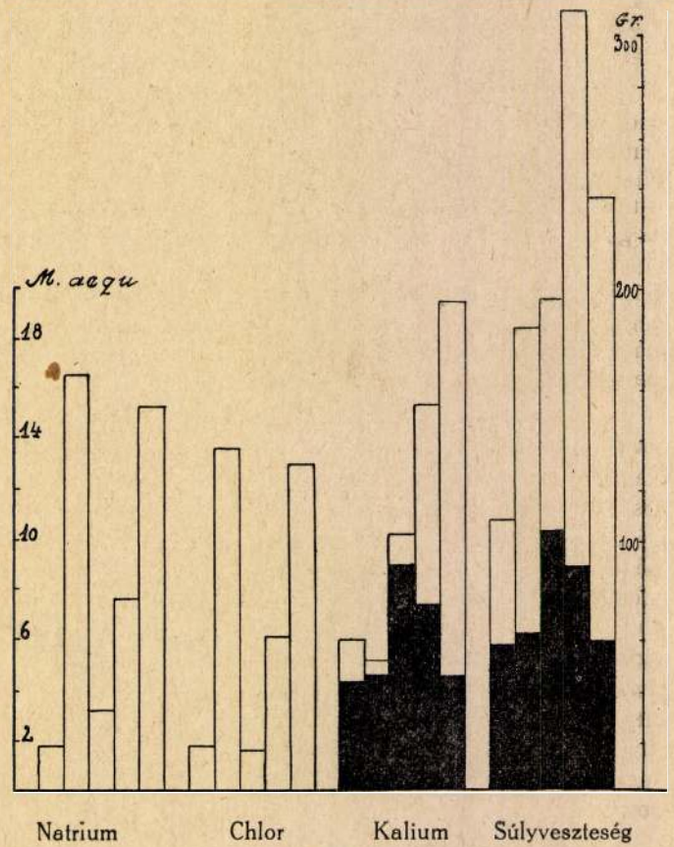
A második ábrából látjuk, hogy a kiürített sókból és nitrogénből, valamint elégetett vízből számított súlygörbe kisebb súlycsökkenést mutat, mint a valóságban mért

* Előadatott a Gyermekorvostársaság 1935. évi nagygyülésén.

súly, ilyenkor tehát a vízveszteség nagysága felülmulja a sóveszteségét, valóban tetemesen meg is növekszik a serum Na-töménysége. Ellentétben az exsiccatio előbbi *hyposmotikus* typusával, itt egy hyperosmotikus jellegű exsiccatio jött létre. Hasonló hyperosmotikus typusú exsiccatiót okoz a szomjaztatás is.

A vízveszteségek egyes fajtái azonban nemcsak abban különböznek egymástól, hogy a só- és vízveszteség egymáshoz aránya különböző lehet, hanem amiat erre *Gamble* hívta fel nyomatékosan a figyelmet, különböző helyről veszthet a szervezet vizet. *Gamble* a víz *anatomiai elhelyezkedése* szerint megkülönbözteti a kötőszövetben elhelyezkedő extracellularis vizet és az intracellularis vizet. Az extracellularis víz a natriumsók oldata, az intracellularis víz a kaliumsók oldata. *Az extracellularis víznek nagyjelentőségű puffer-szerepe van, u. i. a vérserum hányás és hasmenés folytán elszenvedett só- és vízvesztesége innen pótlódik.* Ezért addig, amíg az extracellularis víz-tár ki nem merül, még nagyfokú só- és vízveszteség eseteiben is rendes maradhat a keringő vér absolut mennyisége. *Az extracellularis depot kimerülése folytán áll be Gamble és mások szerint az a keringési collapsus, mely súlyos hányás, hasmenés és Addison-kór esetén a halál oka.*

A most közölt különféle eredetű vízveszteségben sem vett részt egyforma arányban az extra- és intracellularis víz. Kiszámithattuk ezt a III. ábrában közölt bilanz-kisérletek alapján az exsiccatiók egyes alakjaiban talált natrium és kalium-veszteség nagyságából. (III. ábra.)



3. ábra.

A III.-ik ábra az 5 napos kisérleti időszak alatt vesztett totalis só, víz és protoplasmaveszteséget mutatja be. Az összes értékek egy 1 kg súlyú standard állatra vannak átszámitva. A balodali skála milliaequivalensekre van beosztva (sóveszteség), a jobboldali grammokra (súlyveszteség). Az egyes ionok totalis vesztesége közös oszlopcsoportban van összefoglalva. Az első oszlopcsoport az elvesztett natrium mennyiségét, a második a chlor, a harmadik a kalium, a negyedik a súlyveszteséget ábrázolja. Minden oszlopcsoport első tagja éhező controll adatait, a második tag az isolált sóelvonást követő exsiccosisét, a harmadik a szomjaztatásét, a negyedik az ureumexsiccosist, az ötödik a diuretinos exsiccosis adatait mutatja be. A testsúlyveszteség azon részét, mely protoplasmadestructióra vezethető vissza, megközelítő pontossággal kiszámitottuk a vizelet nitrogenjéből (Gr. nitrogen x 29.5). A testsúlyveszteség e részét feketére rajzoltuk, ez oszlop be nem feketitett része tehát zsír- és vizveszteséget jelent. Minthogy a zsírveszteség csaknem egyforma lehet a kisérleti és controll állatokban, a súlyveszteséget ábrázoló oszlopok be nem feketitett részei vizveszteségnek felelnek meg. A kaliumveszteség (III-ik oszlopcsoport) nagyságát jelző oszlopok befeketitett része szintén a protoplasmaszétesésből szabaddá vált kalium mennyiségét ábrázolja (80 decimilliaequivalens kalium felel meg 100 gr izomnak). Az ezen felül kiürített kalium mennyiségéből intracellularis vizveszteségre lehet következtetni. A natriumveszteség nagyságából extracellularis vízveszteségre lehet következtetni (140 tized milliaequivalens natrium felel meg 100 ccm extracellularis víznek.).

Az ureumos kisérletben, a szomjazában és diuretines kisérletben a víznek csak egy része jött a kötőszövetből, nagyrésze a sejtekből, éppen ezért az ezen kisérletben talált nagy vízveszteség ellenére, a serumprotein értékek alig emelkedtek, a keringő vér mennyisége nem csökkent, míg a külön sóveszteséget követő exsiccatio alkalmával absolute csekélyebb, de tisztára extracellularis eredetű vízveszteség mellett a serumprotein értéke 40%-kal emelkedett és shok-szerűen beáll a halál.

A röviden ismertetett példákból láthatjuk, hogy a vízveszteségnek kiváltó ok szerint különféle fajai vannak. Az egyes typusok különbözhetnek egymástól: 1. a *vízveszteség localisatiójában;* láttuk, hogy vannak *a)* kötőszöveti exsiccosisok, mikor is a sejtek vízállományát esetleg semmiféle változás sem érte, míg a kötőszöveti vízraktár már teljesen elapadt, és *b)* cellularis exsiccosisok, mikor a sejtek víztartalma csökkent meg. Ezen 2 fajta külön és egymással keveredve fordul elő. Eddigi ismereteink szerint a kötőszövet exsiccosisa veszélyezteti elsősorban az életet. A jelen munka tanulságai szerint a vízveszteség absolut nagyságánál is fontosabb, hogy a vízveszteség extra-, vagy intracellularis eredetű-e. 2. Kifejtettük továbbá, hogy az egyes typusokban különböző lehet a só- és vízveszteség nagyságának egymáshoz való viszonya. Megkülönböztetünk ezen az alapon hypo- és hyperosmotikus exsiccosist. 3. Végül látjuk a harmadik ábrából, hogy a vízveszteséget követő szövetszétesés a vízhiány egyes typusaiban különböző nagyságú lehet. Látjuk, hogy a sóelvonást követő exsiccosis nem növeli a fehérjeszétesést, míg a szomjazás utáni exsiccosisban nagyfokú a fehérjeszétesés.

A kifejtettekből önként következik, hogy hiba az *egy* bizonyos módszerrel létrehozott exsiccatiós typusból általánosító következtetéseket levonni a vízhiány kór-élettanára nézve. Igy pl. a Schiff-eljárás szerint előidézett exsiccosis hypertoniás (hyperosmotikus) exsiccosis, tehát a vízhiány oly formája, mely klinikai esetekben csak rendkivül ritkán szerepel. Az e fajta vízhiányban nagy szerepe van a szomjazásnak is, mely ellentétben a sóveszteségeket követő exsiccatióval, nagyfokú fehérjeszétesést is okoz.

Előadásomban igyekeztem arra felhívni a figyelmet, hogy a vízveszteségeknek kiváltó okaik szerint különféle fajtái vannak. Klinikai esetekben a mérleg által mutatott vízveszteség nagysága még nem enged bepillantani a fennálló vízforgalmi zavar kórtanába.

A Pesti Izraelita Hitközség Kórházai „C" belosztályának közleménye. (osztályvezető-főorvos: Lévy Lajos.)

Gyógyító kisérletek ketogen étrenddel.*

Irta: *Julesz Miklós dr.* és *Winkler Erzsébet dr.*

Az allergiás betegségekre jellemző a tüneteknek hosszabb-rövidebb időközbeni rohamszerű jelentkezése. Azonban e betegségek a klinikai tünetek felszínesnek látszó hasonlóságán kívül azonnos irányban kóros anyagcseréjük révén is rokonságban állanak egymással. *Jarloev* szerint az epilepsiás rohamok kiváltásában a savbasisegyensúly eltolódásának jelentékeny szerepe van, u. i. a rohamokat alkalosis előzi meg. A két *Netter* kimutatta, hogy migraenesek vérének H-ion töménysége és tartalékalkalija a rohammentes időszakban rendes, de már 48 órával a roham előtt alkalosis mutatható ki. *Wichmann* és *Pal, Weil, Kylin,* valamint *Tiefensee* asthmások vérében mutatott ki lúgos irányú anyagcsereeltolódást. Ha feltételezhető, hogy az alkalosis és az epilepsiás, migraenes, illetve asthmás rohamok között oki összefüggés van, akkor remélhető, hogy minden olyan eljárás, mely az alkalosist leküzdeni képes, elháríthatja a rohamokat. Ilyen meggondolás alapján kezdte először alkalmazni a ketogen étrendet *Wilder,* majd *Barborka* epilepsiás betegeken és meglepő jó eredményt látott tőle. *Schnabel,* majd *Barborka* kitűnő eredményt ért el a ketogen diaetával migraeneseken. *Tiefensee* egy ketogen diaetától eltérő savanyító kosztformát ajánlott asthma bronchialeban. *Peshkin* és *Fineman* alkalmazta először a ketogen étrendet asthmás gyermekeken jó eredménynyel. Tőlük függetlenül kezdtük gyógyító kísérleteinket a ketogen étrenddel felnőtt asthmás betegeken és eredményeink biztatók voltak. Némely esetben jó eredményt ért el *Barborka* is, legutóbb pedig *Montagnini* számolt be a ketogen étrendnek asthmára gyakorolt jótékony hatásáról.

A ketogen étrendi előírás lényege az, hogy a beteg caloriaszükségletének kielégítése mellett úgy állítsuk össze az étrendet, hogy a ketogen hatású táplálékok, vagyis zsírok túlsúlyba kerüljenek az antiketogen hatásúakkal, főleg szénhydrátokkal szemben. A fehérjeadagot úgy szabjuk meg, hogy éppen fedezze a szervezet nitrogenszükségletét. Tekintettel arra, hogy a ketogen étrend a rendestől nagy mértékben eltér, ügyelnünk kell, hogy az áttérés a ketogen étrendre fokozatosan történjék. Még így is gyakran panaszkodnak a betegek hányingerről, sőt egy-két napig hányhatnak is a szokatlanul zsíros ételektől. Ez elősegíti ugyan az acetonképződést, de rendszerint elriasztja a beteget a diaetától. Tapasztalatunk szerint a betegek sokkal könnyebben tűrik a szénhydratmegvonást, mint a táplálék túlzsírozását.

A diaeta egyszerű kiszámítása *Barborka* szerint a testsúly és a caloriaszükséglet alapján a. következőképen történik. A napi caloriaszükséglet = testsúlykilogramm ×35. Nehezebb testimunkát végző egyéneken testsúlykilogrammra 40—50 Cal.-t, ágyban fekvőkön 30-at számíthatunk. A napi fehérjemennyiség grammokban = a testsúlykilogramm ⅔-ával. Szénhydratmennyiség grammokban = caloria×0.035—0.006, vagyis fokozatosan mindig kevesebb szénhydratot adunk. Zsírmennyiség grammokban = caloria ×0.09—0.1. Fennjáró, testi munkát nem végző, 70 kg-os ember ketogen étrendje ezek szerint a következőképen alakul. Napi caloriaszükséglet = 2,450. Fehérje ⩵ 47 gr. Szénhydrat = 86—15 gr. Zsír = 221—245 gr.

Az ételek elkészítése teljesen azonos a cukorbetegek diaetájához előírt móddal. Cukor helyett saccharint, vagy sionont kell használni. A főzelékek természetesen rántás nélkül, legcélszerűbben vajjal párolva készítendők. A szakácsnak legnagyobb gondot az igen nagymennyiségű zsírnak elfogadható formában nyújtása okozza. Megkönnyíti a vaj fogyasztását, ha levegőkenyeret adunk. Vannak betegek, akik igen sok vajat képesek elfogyasztani oly módon, hogy kávéjukban 20—30 gr vajat olvasztanak fel. Igen sok zsírt tudunk adni a betegnek tejfel formájában és éppen ez a forma az, melyet a mi betegeink legszívesebben fogadnak.

A diaeta előírásában a szénhydrat csökkentése és evvel egyidejűleg a zsírok fokozatos emelése körülbelül 8—10 napot vegyen igénybe. Az acetonkiürítés rendszerint 3—4. napon már bekövetkezik. Észleltünk azonban már az első napon erős ketosist, viszont volt olyan betegünk, aki csak 2—3 hét mulva kezdett acetont üríteni. A ketosis fenntartásához nem mindig szükséges a fentebb adott számítás szerinti legkisebb szénhydrat- és legnagyobb zsírmennyiség adása. Tekintettel arra, hogy „Dauerkost"-ról van szó, igyekeznünk kell azt a legelfogadhatóbb étrendet előírni, amely határozott ketosist idéz elő.

Barborka felhívja a figyelmet arra a körülményre, hogy a ketogen diaeta calcium- és phosphorszegény. Emellett igen kevés B-vitamint tartalmaz. Ez utóbbinak tulajdonítja, hogy ketogen kosztra fogott nőbetegei 30%-ának a diaeta alatt szünetelt a menstruatiója. Amióta azonban a diaetával egyidejűleg sörélesztőt (B-vitamin) is adnak, egy ízben sem észleltek amenorrhoeát. Mi nem tapasztaltunk hasonló zavart ketogen étrenden tartott nőbetegeinken.

A diaeta pontos megtartása nagy türelmet és önmegtartóztatást igényel. Az állandó vizeletcontroll okvetlen szükséges az első két hétben, u. i. gyakran észlelhetjük, hogy az igen erős ketosis egyik napról a másikra eltűnhetik olyan betegeken, akikről biztosan tudhatjuk, hogy az előírt étrendet fogyasztották. Ilyenkor a szénhydrat-, illetve zsírmennyiség megfelelő változtatására ismét positivvá válik a vizelet acetonreactiója. A mi beteganyagunkon a legritkábban sikerül ambulanter végrehajtani a ketogenes kezelést és avval mindössze 2 esetben kísérleteztünk igen művelt betegeken.

A ketogenétrendet mellőznünk kell minden olyan esetben, ahol a gyomor és bél komolyabban beteg. Ulcus ventriculi és duodeni, chronikus gastritis, enteritis, colitis contraindikálják a ketogen étrendet. A diaeta megkezdésekor 2—3 napig mutatkozó hányinger, hányás, hasmenés csak akkor késztessen abbahagyására, ha nagyobb mértéket ölt. Még ilyenkor is kisérletet tehetünk calcium carbonicum adásával, annál is inkább, mivel a diaeta egyébként calciumszegény. Külön kiemeljük, mint föltétlen tilalmat az epekőbetegséget, régi és heveny cholecystitist és pankreatitist, mely zsírokban szegény ételeket kiván. Egy ízben adtuk a diaetát cholecystektomizált betegnek anélkül, hogy gyomor-, bélzavarok jelentkeztek volna.

1931. és 1932-ben megjelent dolgozatokban egyikünk öt ketogen étrenddel kezelt asthmás betegről számolt be. A velük elért jó eredmény késztetett bennünket arra, hogy kísérleteinket tovább folytassuk. Ezen idő alatt az előzőkön kívül 26 betegen alkalmaztuk a ketogen étrendet. A betegek túlnyomó része asthmás volt, de szerepelt közöttük urticariás, pruritusos és szénalázban szenvedő is.

* A Budapesti Kir. Orvosegyesületben 1936. március 7-én tartott előadás nyomán.

Néhány beteg kórtörténetkivonatát közöljük:

W. M. 54 éves férfi. Családjában allergiás betegség nem fordult elő. Két hónap óta asthmás rohamok, melyek negyed órát tartanak s az utóbbi időben egyre gyakrabban jelenkeznek. A felvétele előtti napon 4 rohama volt. Vérképében 7% Eo. Ketogen diaetára fogjuk. Másnapra már erősen positiv acetonreactio a vizeletben. 2 hétig kezeltük. Ez idő alatt rohamai teljesen szüneteltek.

P. J. 21 éves férfi. Családi előzmény neg. 2 éve főleg éjjel jelentkező asthmás rohamok. Vérképében 12% Eo. Ketogen diaetára 4. naptól fogva pos. aceton. 1 hétig feküdt osztályunkon, ez alatt teljesen rohammentes volt.

V. E.-né. 33 éves. Anyai nagyanyjának asthmája volt. 10 éve asthmás rohamok, melyek olykor évekre elmaradtak. 3 hete újból gyakori rohamokban jelentkező nehézlégzés. Felvételkor status asthmaticus. Ketogen diaetát kezdtünk. Másnap csak egy roham. Aceton 3. napon jelentkezik. 4. naptól kezdve teljesen rohammentes, bár nehézlégzés nélkül sokat köhög és köp. A röntgenfelvétel bronchiektasiát mutat. A ketogen diaeta 5. napjától kezdve myrtholt is kap, mire köpete rohamosan fogy. 21 napig tartotta osztályunkon a diaetát, ez alatt teljesen rohammentes volt. — A beteg két hét mulva ismét jelentkezett osztályunkon. Ekkor előadta, hogy távozása után 2 hétig tartotta a diaetát, majd fokozatosan rendes kosztra tért át. 2 évig csaknem teljesen panaszmentes volt. 2 hete hirtelen súlyos roham. Ez óta naponta 2—3 nehéz rohama van. Felvétele napján 3 rohama volt. Azonnal ketogen diaetát kezdtünk. E kezelést 22 napig folytattuk s ez idő alatt egyszer volt csak könnyebb rohama.

E. M.-né. 29 éves. Családi kórelőzmény neg. 5 éve rhinitis vasomotorica, mely tavasszal és nyáron a legerősebb. Gyakran van szemhurutja. Jelenleg 3 hete náthás. Jobb alkar mediális oldalán 5 pengősnyi területen nedvedző ekzema. Gyermekkora óta növényi koszton él. 11 napi ketogen diaeta után javultan távozott.

T. Gy. 41 éves férfi. Anyjának és három testvére közül egynek asthmája van. 18 éves korában tüdőgyulladás. Azóta időnként asthmás rohamok. 1922-ben hét hónapig feküdt állandó nehézégzés miatt. Jelenleg hat hete súlyosbodott állapota, állandó nehézlégzése különösen éjszakánként rohamokba súlyosodik. Ketogen diaetát kezdünk. A 3. naptól fogva feltűnőnek mondja a javulást. 2 hétig volt diaetán. Ez idő alatt — az első három napot leszámítva — rohammentes volt.

V. J.-né 52 éves. Családjában asthmás nincs. 5 éve sokat köhög. 2 éve rohamokban jelentkező nehézlégzés. 2 hónapja naponta jelentkeznek a rohamok. Első itt léte alatt végzett cutanpróbák borjuhúsra és rizsre positiv reactiókat adtak. Diaetájából kihagytuk ezeket az élelmiszereket és Taumagent adtunk. A rohamok 2—3 naponkint ismétlődtek. Távozáskor ketogen étrendet írtunk elő, melyet két hónapig tartott. Ez idő alatt rohammentes volt. A diaetát abbahagyva állapota fokozatosan romlott, 8—10 rohama volt naponta. Osztályunkra felvételkor naponta 3—4, éjjel 2—3 rohama volt 6 napon keresztül. Ekkor ketogen étrendre fogjuk. A 3. naptól kezdve joban érzi magát, egy héten belül pedig rohamai megszünnek. Ezután még egy hétig tartózkodik osztályunkon és panaszmentesen távozik.

Tr. J. 34 éves férfi. 9 éves kora óta szénaláza van, mely május első napjaiban kezdődik és kb. 2 hónapig tart. Időnkint asthmás rohamai vannak. Gyomorpanaszokkal kereste fel osztályunkat március elején. Hyperaciditáson kivül mást nem találtunk. 2 hét mulva avval a szándékkal rendeltük be, hogy a szénaláz felléptét megelőző 2 hétben ketogen diaetára fogjuk. A beteg a diaetát ambulanter tartotta gyakori vizelet ellenőrzéssel. A második hét végétől kezdve sikerült erős ketosist elérnünk. A szénaláz elmaradt és csak muló náthája volt. Míg az előző esztendőkben május—június, olykor július hónapokban munkáját alig tudta végezni (igen nagy elfoglaltságú német nyelvtanár), addig ebben az évben nemcsak szénaláza nem volt, hanem asthmás rohamai sem jelentkeztek. Kb. két hónapig tartotta a diaetát.

Eseteink tanulságait a következőkben foglalhatjuk össze. A legutóbbi 4 esztendő alatt a már 1931-ben közölt 5 eseten kívül 26 betegen alkalmaztuk a ketogen étrendet. Ezek közül 1 rhinitis vasomotorica + ekzemában, 1 szénaláz + asthmában, 1 pruritusban és 1 urticariában szenvedett. 22-nek hosszabb-rövidebb idő óta asthmája volt. A legtöbb asthmás beteg a ketogen kúrát megelőzőleg a szokásos tüneti kezelésen kívül a legkülönfélébb és legdivatosabb asthmaellenes orvoslásban részesült (Taumagen, köpetvaccina, tuberkulin-kúra, specifikus allergen ojtások, máj-, lép- és mellkasbesugárzások, légzési torna, psychoanalytikus kezelés) kisebb-nagyobb eredménnyel.

A betegek közül 9 férfi és 17 nő volt. A legfiatalabb 21, a legidősebb 52 éves volt. A legtöbb kezelt betegünk életkora 30 és 40 év között volt.

Jelentékeny javulást értünk el egy rhinitis vasomotoricában + ekzemában (nő), egy szénaláz + asthmában (fi), valamint egy urticariában (nő) szenvedő betegünkön. Pruritusos betegünk (nő) egyáltalán nem javult.

A 22 asthmás beteg közül (8 férfi, 14 nő) jelentékeny javulást tudtunk elérni 11 esetben (ezek közül 6 férfi, 5 nő). Az előzőknél kisebbfokú, de határozott javulás volt észlelhető 5 esetben (1 férfi, 4 nő). És végül javulás nem mutatkozott 6 asthmás betegünkön. (1 férfi és 5 nő). Százalékokban kifejezve: jelentékenyen javult 50%. Kisebb mértékű javulás volt elérhető 22.7%-ban. Nem javult 27.3%.

Eredményeink megítélésében nem lehetünk eléggé óvatosak, ha meggondoljuk, hogy az allergiás betegségek lefolyásában hosszú hónapokra, sőt évekre terjedő javulások fordulhatnak elő. Tudjuk azt is, hogy az asthmás betegek mennyire suggestibilisek; a legtöbb újonnan bevezetett asthmaellenes szerrel ideig-óráig tartó javulást lehet elérni. Nem feledkezhetünk meg arról a körülményről sem, hogy a saját otthonában specifikusan sensibilizálódott beteg a kórházban egyszerre rohammentessé válhat, hiányozván a kórházi levegőből (esetleg ágyneműből) a rohamokat kiváltó antigen. Óvatosságra int ítéletmondásunkban az a körülmény is, hogy egyfelől betegeink nagy része csak rövid ideig volt kezünk alatt, másfelől pedig, hogy a ketogen étrendnek asthmás betegek gyógyekezelésébe bevezetése óta még alig eltelt 4 esztendő igen rövid idő ahhoz, hogy ítéletet alkothassunk.

Mindezek figyelembevételével is azonban a következőket kell mondanunk. Eseteink legnagyobb részében a ketogen diaeta előtt részben mi magunk, részben mások a legkülönfélébb asthmaszerekkel próbálkoztunk s csak azok elégtelensége esetén tértünk át az étrendi kezelésre. A betegeknek nem ígértünk gyógyulást a gyógymód megkezdése előtt, sőt azok nagy része tudatában volt az eljárás kísérleti jellegének. A betegek kezdetben rendszerint idegenkedtek a koszttól és a kevésbbé művelt betegeket aggasztotta az a körülmény, hogy látszatra a cukorbetegekéhez hasonló étkezésben részesülnek. Csak azokon a betegeken kezdtük kísérleteinket, illetve csak az azokon elért eredményt értékeltük, akik állapotán a kórházba felvétel mit sem változtatott. Gummiköpenygyárban dolgozó asthmás betegünk rohamai a kórházban elmaradtak. Egy másik beteg rohamait kétségtelenül az otthoni tollpárna váltotta ki és rohama a kórházban egy ízben sem jelentkezett. E betegeken is végeztünk ketogen diaetás kísérleteket, azonban e kísérletek kizárólag a ketogen étrend hatásmódjának felderítésére irányultak s ezeket a fenti esetek közé fel sem vettük.

A legtöbb beteget 2—3 hétig észleltük. Két esetben terjedt csak kezelésünk 2 hónapon túlra. 8 beteg további sorsa ismeretes előttünk. A legtöbb néhány hónapi javulás után visszaesett. Egyről tudunk, ki négy éve teljesen panaszmentes. Kettő jött vissza osztályunkra ismét súlyos asthmával. Az egyiken ketogen diaetával múló hatást tudtunk elérni, csakhamar visszaesett és status asthmaticusban meghalt (boncolás: jobb szív tágulat, coronariasklerosis, nagyfokú emphysema, tüdővizenyő). A másik két évig rohammentes volt; közben heveny

pankreatitissel megoperálták. Az előző betegség és a műtét miatt másodízben már nem mertük elkezdeni a zsíros diaeta alkalmazását. Az első közleményünkben közölt beteg, akin először alkalmaztuk a ketogen kosztot, osztályunkról távozása után kb. ¾ év mulva angina pectorisban hirtelen meghalt. Hozzátartozói előadása szerint haláláig jól érezte magát.

Mindezek alapján azt mondhatjuk, hogy az a várakozás, melyet az allergiás betegségek, kiváltképen az asthma bronchiale kezelésében a ketogen étrendhez fűztünk, a kísérletek folyamán igazolódott. Eddigi eredményeink alapján érdemesnek látszik, hogy nagyobb kísérleti anyaggal rendelkező kórházi vagy klinikai osztályok is kipróbálják. Bár a ketogen diaeta nem gyógyít meg véglegesen, az a körülmény, hogy vele a súlyos és gyakori rohamokat hosszabb-rövidebb időre megszüntethetjük, a hatékony asthmagyógymódok sorába emeli. Mivel pedig a ketogen étrend az asthma eredetében — úgy látszik — lényeges szerepet játszó alkalosis ellen irányul, többnek kell tartanunk, mint egyszerű tüneti gyógymódnak.

Összefoglalás: 22 asthmás betegen alkalmaztuk a ketogen étrendet. Ezek közül jelentékenyen javult 11 (50%). Kisebbfokú, de határozott javulás volt elérhető 5 esetben (22.7%). Nem javult 6 (27.3%).

A diaeta bevált még 1 rhinitis vasomotoricában és ekzemában, 1 szénalázban és asthmában és 1 urticariában szenvedő betegünkön. 1 esetben eredmény nélkül alkalmaztuk pruritusos betegen.

A kezelési idő 2 héttől 2 hónapig terjedt.

Férfiak és nők között a diaeta hatékonysága szempontjából különbséget nem találtunk.

A ketogen étrenddel gyógyulás nem, csupán hosszabb-rövidebb ideig tartó javulás érhető el.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem urologiai klinikájának közleménye (igazgató: Illyés Géza ny. r. tanár).

Koch-bacillus tenyésztése vérből a húgyivarszervek gümőkórja esetén.

Irta: *Remete Tibor dr.*

Minél több pathologus és klinikus kisérelte meg a gümőbacillusnak a vérből kitenyésztését, annál szembeszökőbbé vált *Löwenstein* s munkatársai és az utánvizsgálók eredményeinek ellentétes volta. A negativ eredménnyel járó vizsgálatok nagy számának okát *Löwenstein* a vizsgálók hiányos felkészültségének tudta be s methodikáját gyakran javítva s megváltoztatva többizben közölte. Amióta az utánvizsgálók technikája semmiben sem tért el a bécsi iskoláétól (számosan *Löwenstein*-től személyesen sajátították el a methodikát), de eredményük még így is csaknem teljesen negativ volt, maga a Löwenstein-módszer vált birálat tárgyává.

Mi sem szemlélteti jobban ezen vizsgálatok ellentmondó eredményeit, mint a bő irodalomban közölt adatok csoportosított összefoglalása: *Löwenstein* 1932. VII. 1-ig 9.000 vérvizsgálatot végzett, s közöttük 2.592 esetben mutatott ki tbc-es bakteriaemiát, még pedig az egyes betegségeket százalékban kifejezve a következő eredménnyel:

Súlyos tüdő tbc.-ben positiv	100%
Tüdő és gége tbc.-ben positiv	55%
Bél tbc.-ben positiv	100%
Bőr tbc.-ben positiv	51.8%
Csont és izületi tbc.-ben positiv	25%
Dementia praecoxban positiv	40—50%
Multipl. sklerosisban positiv	30%
Polyarthritis rheumaticaban (acut és chronikus)	57%
Asthma bronchiale positiv	7 esetében
Chorea positiv	4. esetében.

Ezen közlések megjelenése után ismertette *Löwenstein* módosított táptalajának összetételét és javított technikáját (mely főleg a haemolysálás technikájára vonatkozott) s célja nyilván az volt, hogy ezzel megjavítsa a különben nehézkes, hosszadalmas és kényes methodust. Ez neki csak a polyarthritis esetén sikerült, ahol tanítványaival 100%-ban talált positiv eredményt, míg a tüdőgümőkór esetében az arányszám a régebbi 100%-ról 50—80%-ra szállott alá.

Az utánvizsgálók eredményei meg sem közelítik a fentieket. A legjobb eredményeket még tbc.-s hullák véréből érték el. Igy *Rabinovitsch* 20 esetéből 8, *Láng* 5 esetéből 2, *Alt* 4 esetéből 2 és *Popper* eseteinek 70%-ában volt positiv.

Löwenstein feltünő eredményein felbuzdulva az utánvizsgálók egész tömege próbálkozott a tbc.-bacillusnak nemcsak gümőkórosok véréből való kitenyésztésével. Ezek közül azok, kik eseteiket a kórformára tekintet nélkül gyüjteményesen közlik, 7 szerző összesen 1.558 eset kapcsán 83 izben mutat fel positiv eredményt, ami 5.3%-nak felel meg. *Kolle* és *Küster* 200 dolgozat eredményét foglalja össze, melyekben összesen 5.000 esetből történik oltás, majdnem teljesen negativ eredménnyel. (1—2% positiv) *Küster* és *Olbrich* 953 esetéből csak 0.7% volt positiv. Teljesen negativ eredménnyel vizsgált vegyes anyagról 5 szerző számol be 459 eset kapcsán.

Az egyes kórformák szerint csoportosítva természetesen a gümőkór esetén található még a legtöbb positiv eredmény.

Különböző megjelenési formájában positiv eredményről 21 szerző számol be és 1908 esetből 113 izben találtak positiv tenyészetet. Míg 100%-ban negativ eredményről 25 szerző számol be 1.253 eset kapcsán.

Míg a gümőkórban a sok teljesen negativ észlelet mellett, ha gyér számmal is, találunk még positiv eredménnyel járó tenyésztést, addig a nem gümőkóros aetiologiájúnak ismert betegségekben végzett vizsgálatok, melyekben a fentiek szerint *Löwenstein* nagy számban mutatott ki tbc.-s bakteriaemiát, úgyszólván mind nemleges eredményre vezettek, amiről az alábbi kimutatás számol be:

a) Nem tbc-s megbetegedésekben positiv eredményről *Popper* két izben számol be:

egyszer 44 rheuma esetéből 7 volt positiv és 39 sepsis és letalis influenza esetéből 9 volt positiv,

másszor 514 különböző esetéből 34 positivet talált.

b) Nem tbc.-s megbetegedés esetén 100%-ban negativ eredményről számolnak be:

polyarthritisben 7 szerző 292 esetben,

multiplex sklerosisban 2 szerző 8 esetben,

schizophreniában 3 szerző 77 esetben,

chorea esetén 1 szerző 4 esetben,

különböző idegrendszeri megbetegedésben 5 szerző 78 esetben számol be.

Mindezen adatok áttekintése után megokoltnak látszik az a bevezetésben említett kritika, mellyel az utánvizsgálók a Löwenstein-féle methodikát illették.

Először is a *Löwenstein* ajánlotta táptalajt tették vizsgálat tárgyává és egybehangzóan ismerik el, hogy a gümőbacillus tenyésztésére szolgáló táptalajok közül ez a legmegfelelőbb.

Számos, aprólékos gonddal végzett kisérlet igyekezett arra fényt vetni, hogy az áramló vérben egyáltalában előfordulhat-e gümőbacillus. Az ilyenirányú vizsgálatot *Huth* és *Lieberthal* végezték klinikánkon 1931-ben, akik kimutatták, hogy ha az állatoknak intravenásan tbc-s bacillus suspensiót adtak s az állat szívvéréből szakaszos vizsgálatokat végeztek, a beadástól számított 24 óra eltelte után a vér már bacillusmentesnek bizonyult. Hasonló eredményekről számol be *Mannteufel* és *Kollmann*, újabban *Szüle*, ki az intravenásan beadott tbc.-bacillust a szív-vérből a beadástól számított 3 órán belül tudta csak kulturálisan kimutatni, ezután 24 óráig csak állatoltással, amikor a kultúrális kimutatás többnyire már nem sikerült. 36—48 órával az oltás után már az állatoltás is túlnyomó részt negativ eredménnyel járt, jeléül annak, hogy a szervezet a legrövidebb időn belül igyekszik a gümőbacillusokat a corpuscularis részecskékhez (korom, tuss) hasonlóan a vérpályából eltüntetni, amiben a nyirokszervnek és a reticuloendothelialis rendszernek jut jelentős szerepe.

A vizsgálatban használatos citratos vérnek és a vele kapcsolatos kezelésnek hatását a bacillus kimutathatóságára ugyancsak *Szüle* vizsgálta. Annak a minimalis bacillusmennyiségnek (egy normalkacs egymilliószoros higításából 0.1 ccm), mely a Löwenstein-táptalajon még éppen makroskopos telepet alkot, csak a kétszeresét (0.2 ccm) kell a citratos vérhez keverni, hogy az a táptalajon kinőhessen, mert az ennél is kisebb mennyiségű bacillus a manipulatio alatt az edényekhez és eszközhöz tapadva nem kerül a táptalajra, vagy azzal a vele együtt kikent vérstroma miatt nem érintkezve nem nőhet ki. A vér alakelemeinek a növekedést gátló hatását *Schramek* is felemliti és kiemeli, hogy a számos haemolysáló eljárás közül, mely ezen gátló hatást igyekszik megszüntetni, a Busson-féle saponinos és a Löwenstein-féle ecetsavas módszerhez viszonyítva a *Löwenstein* által később ajánlott destilláltvizes eljárás a legmegfelelőbb s vele teljesen kielégítő eredmény érhető el, amiről *Kelemen* is meggyőződhetett controllkisérleteiben.

Miután a vérből végzett gümőbacillus-tenyésztésnek módszerét az ellenőrző kisérletek kifogástalannak találták, az érdeklődés az eredmények leolvasási és értékelési technikája felé fordul annál is inkább, mert mind gyakrabban tünt fel az irodalomban a (bár csekélyszámú) positiv eredményről beszámoló közleményben a „Löwenstein felfogása szerint positiv" megjelölés. Ez az elnevezés a mikrokultúrák, tehát a csak górcsövileg, de makroskoposan nem látható kis telepek értékeléséből indul ki. Ezért az olyan csövekben a táptalaj felületét, melyeken a szokott idő alatt makroskopos telep nem nőtt ki, kacscsal levakarják az oltáskor rávitt anyaggal együtt s az így összegyüjtött kis tömeget Ziehl—Neelsen szerinti festés után górcső alatt megvizsgálják.

Löwenstein maga ismeri el, hogy positiv eseteinek 30%-át ilyen mikrokultúrák kikent készítményéből ítélte positivnak, miután abban több saválló bacillust talált. *Pollák* és *Mach* összes positiv eredménye, *Saenz*-nek 60 %-a mikrotelepen alapszik. Az ilyen leletek természetesen csak kellő kritikával értékelhetők, miután a kimutatott bacillusok tovább-oltása elmaradt és *Tiedemann* hangsúlyozza, hogy az ilyen leletek esetén a továbboltás többnyire nem is sikerül. *Popper*, kinek a rheumatikus megbetegedések 20%-ában sikerült mikrokultúrák górcsövi vizsgálata által positiv eredményt felmutatni, a kimutatott saválló bacillusokat továbboltani s így állatoltás útján azokat gümőkórbacillusnak identificálni nem tudta.

Még tartózkodóbb *Levin* álláspontja, ki arra figyelmeztet, hogy az erythrocyták külső protoplasmarészletei és a leukocyták, granulák is savállók és festődésre nagyon hasonlítanak a tuberculosis-bacillushoz.

Az elhangzott kritikák szemmeltartása mellett is oly feltűnő magas *Löwenstein* positiv eseteinek a száma, nem csak a tüdő és egyéb szervek gümőkórjában, hanem más, a tbc.-vel, eddigi tudásunk szerint semmi összefüggésben nem lévő betegségekben is, hogy *Löwenstein* szükségesnek látta, eredményeit megvédendő, nagyvonalú hypothesis felállítását. Elgondolásában kiterjeszti a gümőbacillus okozta kórképet és ennek csak egyik megjelenési formájának tekinti a „szokásos gümős elváltozást". Szerinte a gümőkór részben érelváltozás. A gümőbacillus megtámadja az érendothelt s gyakran intimatuberculumokat idéz elő, ez az áramló vérbe törve gümőbacillaemiát idéz elő.

Ha a hallottak után a tbc.-s bakteriaemia mai állását össze akarnók foglalni, úgy *Kelemen* álláspontjával egybehangzóan a következőket mondhatjuk: Az a körülmény, hogy a Löwenstein-iskola a tbc.-s bacillaemiát az egymástól úgy kórtanilag, mint klinikailag messzeálló betegségekben, mint az izületi rheumatismus, a multiplex sklerosis, a chorea, a dementia praecox, a schizophrenia, asthma bronchiale stb. igen nagy számban mutatta ki, igyekezvén azok pathogneesisét közös nevezőre hozni, továbbá az, hogy azonos, de nem gümősnek ismert betegségben, mint pl. a polyarthritis, *Löwenstein* hol talált bacillaemiát, hol nem, a positiv és negativ esetek azonban egymástól sem klinikailag, sem a boncasztalon nem különböznek, — tartózkodó álláspont elfoglalására kényszerít.

Ha mindezek után mégis szükségesnek véltük az urologiai klinikán hasonló vizsgálatok elvégzését, úgy ezt két okból tettük: Először, mert *Lichtenstern* cikkén kivül a különben bő idevágó irodalomban egy munka sem foglalkozik tbc.-s bakteriaemiára vonatkozó sorozatos vizsgálatokkal a húgy-ivarszervek gümőkórjában s az itt hiányzó adatokat pótolni kivántuk. — Másodszor, mert *Lichtenstern*, *Löwenstein*nel együtt vizsgált esetei kapcsán, melyekben a vér kultúrális feldolgozását — kiemeljük — *Löwenstein* személyesen végezte, oly messzemenő következtetéseket von a komor kórjóslatú vesegümőkór kórjelzésére vonatkozólag, hogy ezen kérdésben állásfoglalásra csak saját utánvizsgálataink alapján vállakozhatunk.

Fentiek cikkeikben arról számolnak be, hogy egész sor (pontosabb adatokat nem közölnek) vesegümőkórosban műtét előtt és röviddel műtét után, továbbá 1—4 éve fennálló, öt tbc.-s vese- és öt tbc.-s mellékhere kiirtása utáni sipoly esetében a vérben tbc.-s bakteriaemiát találtak és a sipolyok záródása után hét esetben a vérből a gümőbacillus eltünt. Három olyan beteg vizeletében, akin a felső húgyutak gümőkórjára volt gyanú, azonban semmilyen eljárással sem sikerült náluk gümőbacillust kimutatni, *Löwenstein* tbc.-s bacillaemiát talált s csak hetekkel ezután jelentek meg a bacillusok a vizeletben is.

Ezen leletek alapján *Lichtenstern* leszögezi, hogy a tbc.-s bacillaemia révén gyakran lehetünk abban a helyzetben, hogy a húgyivarszervi gümős megbetegedés esetén korai kórjelzést állíthatunk fel, megállapítja továbbá, hogy ezen baj miatt műtöttekben a bacillaemia annak a jele, hogy a fajlagos megbetegedés a szerv kiirtásával még nem zajlott le s ezeket a betegeket csak akkor minősíthetjük teljesen gyógyultaknak, ha a gümőbacillust

nemcsak a vízeletükben, de vérükben sem tudjuk már kimutatni.

Idevágó vizsgálatainkat 30 betegen végeztük, kik egy- és kétoldali vese-, mellékhere- vagy universalis húgyivarszervi gümőkórban szenvedtek, vagy ilyen okból végzett műtét utáni sipoly miatt keresték fel osztályunkat.

Vizsgálatainkhoz *Löwenstein* által előírt és az utánvizsgálók egész sora által kifogástalannak minősített táptalajt használtuk s az ugyanott leírt, s jelenleg legelterjedtebb, a haemolysishez destillált vizet használó módszert alkalmaztuk. A vér egy részét, mintegy 20 esetben, a Kovács-féle Haemat segítségével vettük le, mely a 3 ccm 10%-os natrium citricumot használatra kész állapotban tartalmazza. A többi 10 esetben a teljesen steril cautelák mellett a fecskendőben levő citráthoz szívtuk le a 10 ccm vért. A vért minden esetben még aznap feldolgoztuk. A savót centrifugálás után elöntve, az üledéket 50 ccm-es kémcsőbe hozva, ott steril destillált víz szakaszos hozzáadásával állandó rázás közben haemolysáltuk. Ujabb centrifugálás. Az üledéket a haemolysált vérből mindig újra feltöltve, centrifugáltuk mindaddig, míg az egész anyag üledéke a centrifugacső fenekén össze nem gyült. Ezt többször cserélt destillált vízzel addig mostuk, míg szennyes szürke szinű nem lett. Ezután minden egyes anyagot három-három Löwenstein-féle, kongóvörössel festett táptalajra oltottuk, melyeket parafinnal zártunk le. Az igen kényes methodika minden phasisában nagy gondot fordítottunk a steril feltételek megtartására s így a haemolysáláshoz, mely különösen alkalmas az anyag fertőzésére, többször cserélt Pasteur-pipettákkal dolgoztunk, de így is 90 csövünkből 8-on banalis csírtól származó fertőzést találtunk, melyek csövenként 2—6 telepet alkottak.

Ezen szennyezéstől eltekintve az összes csövek sterilek maradtak, rajtuk makroskoposan semmiféle telepképződést nem sikerült észlelni, noha a csöveket 2 hónapnál tovább figyeltük.

Fentebb kifejtettük, hogy a mikrokultúrák bizonyító erejének megbizhatatlansága miatt az irodalomban hitele alig van s ezért vizsgálataink során az eredmény leolvasásakor nem voltunk rá tekintettel. Igy megalapozottnak látszik az a vélemény, hogy vizsgálataink 100%-osan *negativ* eredménnyel jártak, melyeknek tanulságát a következőkben foglalhatjuk össze:

1. húgyivarszervek, jelesül a vese florid gümőkórjában a gümőbacillust a vérben kimutatnunk nem sikerült.

2. Ugyszintén negativok voltak oltásaink a gümősen elváltozott húgyivari-szerv eltávolítása után visszamaradt s hosszabb ideig fennálló sipoly eseteiben is.

3. Fenti két pontban foglaltak miatt a gümős bakteriaemiát korai kórjelző-adatként nem értékesithetjük.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem II. szemklinikájának közleménye (igazgató: Blaskovics László ny. r. tanár).

1%-os tonogen szemészeti alkalmazásáról

Irta: *Tóth Zoltán dr.*, klin. tanársegéd.

A subconjunctivalisan adott adrenalin fejfájást és vérnyomásemelkedést okozott. Ezt kiküszöbölendő *Hamburger* a „Links-Glaukosan" nevű syntheticus l. suprarenin és 2%-os methylaminoacetobenzkatechin oldatából álló készítményt ajánlotta szembecseppentésre glaukoma simplex, iritis glaukomatosa esetén irislenövések szétszakítására vagy ahol glaukomára gyanus szemen akarunk tágított pupillán át szemfeneket vizsgálni. A glaukosan a sympathicus hatalmas izgatója. Hatásmódjáról megoszlanak a vélemények. *Thiel, Hamburger* és mások szerint glaukomában azért csökkenti a szem nyomását, mert a kezdeti érszükületre következő múló érbénulás segíti levezetni az érhártya venás vérbőségét. Mások a sugarastest működésének csökkentésével magyarázzák jó hatását. A pupillát tágító hatása sympathicus hatás, az alkalmazkodás legtöbbször kifogástalan marad. Ma már a glaukoma simplex és az iritisek gyógykezelésében szinte nélkülözhetetlen.

A glaukosan külföldi gyártmány és megszerzése körülményes. Ennek pótlására a *Richter-gyár 1%-os tonogent* hoz forgalomba ugyancsak szembecseppentésre. A becseppentés következőképen történik: előzetes 1%-os pantocain-érzéstelenítés után 2 cseppet cseppentünk az alsó áthajlásba — a beteg fekhet, vagy hátra tartja fejét, — ½—1 percig minden irányba nézetjük a beteget, majd szemét behunyja s ¼ óráig várunk. A becseppentés után pár perc mulva a kötőhártya elfehéredik. 8—10 perc után rendszerint az alsó szemhéjbőrön vértelen fehér foltok jelentkeznek — tonogen jutott a bőrre — a szemrés tágabb s a pupilla — ép szemen — alul kezd tágulni. A becseppentést ¼ óránkint ismételjük a szükséghez mérten 2—4-szer egymásután. Ha a beteg fejfájásról panaszkodik — gyakran már jó előre — kevert port adunk. Iritisesek fejfájása a becseppentések után a lenövések húzásából származik és ilyenkor legtöbbször mutatkozik is eredmény.

Kétségtelen, hogy a tonogen iritis esetén a keringés megjavitásához hozzájárul a lenövések szétszakitása által is: tágul a pupilla s így a szem belső folyadékcseréje élénkül. Sokszor meglepő, hogy mily gyorsan felszívódik az izzadmány a csarnokból. Szolgáljon például alábbi esetünk:

S. I.-né 25 é. 1 hete iritis acutája van a jobb szemén. Bal szeme ép. Felvételkor 6/0 a látása beteg szemén, szeme izgatott; szük, nem kerek a pupilla, a csarnokban felhőszerü izzadmány, alján 2 mm-nyi pseudohypopyon, a csarnokvízben sok corpusculum, áramlás nincs. Szemnyomás nem fokozott. Hasogató féloldali fájdalom. Mindjárt a felvétel órájában adunk negyedóránkint 3-szor egymásután 2—2 csepp 1%-os tonogent a fenti előirás szerint. Csak a fontosabb változásokat jegyezzük itt fel: az első ¼ óra után a pupilla helyenkint tágabb, csipkés szélü. A 2. becseppentés után fájdalmat érez szemében. A második ¼ óra elteltével a pupilla kerek, egészen tág, a lenövések helyén a lencsetokon festékkoszorú, a pupillaszélről izzadmánycafatok lógnak a csarnokvízbe. Délutánra már 12/0-t lát. További kezelése erélyes tágítás hármascseppel[1]). 3-szor naponta borogatás. Röntgenbesugárzás. Másnap megint 2-szer cseppentünk tonogent, látása már 25/0, a csarnokból eltünt az izzadmány, a corpusculumok mozognak. 4. napon látóélessége 40/0, a bulbus halavány, csak a szaru körül van még csekély ciliaris pir, iris csillog. Fájdalma megszünt. 9. napon távozik gyógyultan.

Ez csak egy kiragadott példa a többi közül. Azt mondhatjuk, hogy röntgenbesugárzással együtt alkalmazva a tonogent csak igen ritkán akadunk e kezeléssel dacoló iritis acutára. Csak nem szabad minden esetet egyformán kezelnünk. Gyakran 2—3-szori becseppentésre sem szakadnak el az összenövések s ha ilyenkor még egy becseppentést adunk a pupilla kerekre tágul. Persze utána folytatjuk hármascseppel a pupilla erélyes tágantartását. Megpróbáltuk friss sérüléskor az irisbecsípődés kiszabadítására, de eredménytelenül, akárcsak a rögtön utána adott glaukosant is. 2 esetben *szemnyomás emelkedést* észleltünk glaukoma simplex esetében, sőt *rohamot* is. Ebben is megegyezik a glaukosan hatásával.

---

[1]) Összetétele: scopolamin 0.02 + cocain 0.2 + tonogen 2.0 ad 10.0 Aqu. dest.

Használjuk: glaukoma simplex esetén. Igen gyakran a mioticumokra nem csökkenő szemnyomás párszori 1% tonogen becseppentése után a normalis értékekre szorítható. A szem megpuhulása olykor csak 2—3 napi használatra következik be. *(Hamburger)*. Utána a mioticumok is hatásosabbak. Legyünk azonban óvatosak glaukomás esetek alkalmával, hogy rohamot ki ne váltsunk vele. Ezt legtöbbször elkerülhetjük, ha *Gifford* ajánlatára előtte és utána is eserinezzük a szemet. Ne adjuk egyszerre mindkét szembe.[2]) Természetesen ezt használjuk *glaukomára gyanus* szemek fundus vizsgálatához szükséges pupilla tágításra. *Iritis glaukomatosa* esetén *(Erdmann)*. *Iritis acuta* esetében, ha a szokásos tágítók cserbenhagynak, okvetlen próbáljuk meg a tonogent. Kitünően hat, ahol sok az izzadmány s nem régi a lenövés. Tapasztalatunk az, hogy röntgenbesugárzás egyidejű adásával az iritis acuta igen jól és gyorsan gyógyul. *Uveitis chronica, üvegtesti homályok* esetén is jó segitségünkre lehet. *Iridektomia optica előtt* a szokásos látóélesség vizsgálatához elegendő, ha a szóbajöhető legtisztább szarurésznek megfelelő helyen megérintjük párszor a limbust 1%-os tonogenes vattával, hogy a pupilla kitáguljon. (A szaru hámjára vigyázzunk). Gyakorló orvosnak is igen ajánlható, főként iritis esetén. Használatra, mint 1%-os tonogenből írandó fel a kivánt mennyiség.

Végeredményben: a Richter gyár magyar gyártmányú 1%-os tonogen hatása teljesen egyezik a glaukosan hatásával. Alkalmazása is azonos a glaukosanéval.

RÖVID KÖZLÉSEK A TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSI GYAKORLATBÓL.

Rohamos szülés árnyékszéken.

Irta: *Schranz Dénes dr.*

A törvényszéki orvosi szempontból és a szülészek által rohamosnak nevezett szülés fogalma nem fedi egymást. A törvényszéki orvostanban azt a szülést nevezzük rohamosnak, amelynek kitolási szaka folyik le pillanatok alatt (überstürzte Ausstossung der Frucht), amit főleg először szülő, állapotukat titkoló nőknél fordul elő. Ezzel szemben a szülészi szempontból rohamosan lefolyónak mondott szülés (überstürzte Geburt, partus praecipitatus) esetén a szülés egyes szakaszai a rendesnél jóval gyorsabb egymásutánban és rövidebb idő alatt folynak le, ami a tapasztalat szerint tág szülőcsatornájú többször szült nőkön fordul elő inkább.

A vidéki törvényszéki orvosi gyakorlatban előforduló rohamos szülések jelentékeny része árnyékszékben folyik le, s ezekben az esetekben a szülött rendesen az árnyékszéktartalomban elmerülve fulladás következtében hal meg. Azonban nem minden árnyékszéktartalomból kiemelt szülött mondható rohamosan megszületettnek, még akkor sem, ha a köldökzsinórcsonk szakadtvégű, mert az egyebütt született s esetleg tényleg rohamos szülés útján világrajött magzat utólag is bejuthat az árnyákszékartalomba, pl. ha az anya született gyermekét ily módon akarja eltüntetni. Mindenesetre ha a szülött testének lenyomata, vagy nagyobb mennyiségű magzatszurok máshol található fel, vagy a szülött testén olyan idegen anyagok tapadnak, amelyek nem eredhetnek az árnyékszéktartalomból *(Kenyeres)*, végül ha a szülött körül igen kevés vér van, s ha ugyanott a lepény is fellelhető — amelynek megszületése a tapasztalat szerint eléggé tetemes vérzéssel szokott járni — ezek a körülmények amellett fognak szólni, hogy a szülés nem az árnyékszékben folyt le. Persze ilyenkor azt is tisztázni kell, hogy mennyi ideig tartózkodott az anya az árnyékszéken, mert elvégre a magzatnak és a lepénynek megszületése is lefolyhat egy helyen rövid időn belül, s esetleg a magzat a lepénnyel együtt összefüggésben születhetik meg rohamosan. *Fog* esetében húszéves először szülő leány a robogó vonat klozettjén szült álló helyzetben úgy, hogy magzata a megfelelő tágasságú klozetcsövön keresztül mindjárt kiesett a vonatból. Nevezett csak 12 percig tartózkodott a klozetton, s a vasúton csak 31 percig utazott és viselkedése senkinek sem tünt fel. A lepény megszületése csak a lakáson következett be (vonat klozettjén lefolyt rohamos szülésről eddig még csak 4 esetben számoltak be).

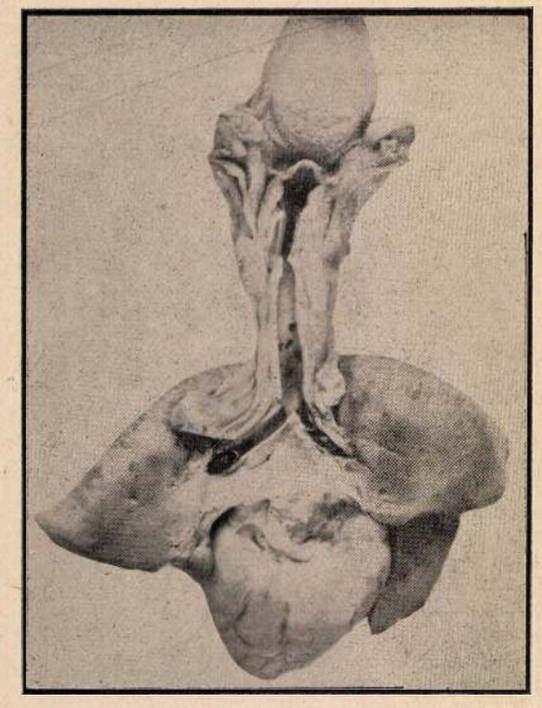
Amennyiben a magzat feje nem azonnal merül el az árnyékszéktartalomban, vagy a szülés egyéb helyen történt s a magzat utólag jutott az árnyékszéktartalomba — feltéve, hogy élve született és légzett — akkor a légutakban, illetve a tüdőkben levegőt is fogunk találni. Az árnyékszéktartalomnak a légutakban feltalálása mellett a légtartó tüdők tehát még nem szólnak a rohamos szülés ellen, mert ha az elmerülés lassan történik — pl. az árnyékszéktartalom csak kevéssé lágy — a szülött előbb szívhat magába levegőt s csak a további légzését akadályozza meg a légutakba jutó, illetve a légzőnyilásokat elzáró anyag. Az is lehetséges, hogy a pöcegödörbe jutott magzat nem merül el — talán azért, mert a tartalom igen sűrű, vagy sekély — légutait nem zárja el az árnyékszéktartalom, hanem a gödörben önálló életet kezd, ami órákig, sőt napokig eltarthat, s a halál ilyenkor kihülés, illetve táplálékhiány miatt következhetik be (az elvérzéses halál a köldökzsinóron keresztül igen ritka!). *Bayard* esetében a pöcegödörbe jutott szülött négy napig élt, *Ximenez* esetében pedig négy órával a szülés után a gödörből kiemelt szülött életét még meg lehetett menteni. Természetesen ha a magzat élettelenül, tehát halva született rohamosan az árnyékszékben, vagy ha élve is született, de esetleg valamely oknál fogva nem légzett, ebben az esetben a vizsgálat alkalmával sem levegőt, sem árnyékszéktartalmat nem fogunk találni a légző nyilásokban. Viszont nem szabad elfelejtenünk, hogy a halál után a holttest bolygatásakor is juthat folyékony árnyékszéktartalom a légutakba, bár ez a tapasztalat szerint sohasem hatol mélyebbre.

Az árnyékszékben történt rohamos szülések legmegbizhatóbb jele az, ha a szülött légutaiban (esetleg a nyelőcsőben és a gyomorban) csupán a belehelt, illetve beszívott árnyékszéktartalmat találjuk meg, levegőt azonban nem, mert ebből nyilvánvaló, hogy a légzés akkor indult meg, amikor már a szülött az árnyékszéktartalomban elmerülve volt, helyesebben olyan helyzetet foglalt el, ha nem is volt teljesen elmerülve — mondjuk csak arccal volt elmerülve —, hogy a légutai előtt közvetlenül nem levegő, hanem az az anyag volt, amelyből az első légvételek alkalmával magába szívott. Az ilyen typikusnak mondható nyilvánvalóan rohamos szülési esetek aránylag ritkák, s ha elő is fordulnak, közlésre nem igen kerülnek. Épen ezért az alábbiakban egy ilyen esetről számolok be.

21 éves háztartási alkalmazott saját bevallása szerint január közepén közösült először életében, s szüret idején érezte, hogy a szüléstől már csak néhány nap választja el. Szolgálati helyén titkolta a terhességét, hasát elkötötte úgy, hogy állapota nem tünt fel senkinek. A szülést megelőző éjjelen alig tudott aludni, mert a hasa fájt és többször ki kellett mennie az árnyékszékre. Reggel 7 óra

[2]) Nem adjuk glaukoma acutum és haemorrhagicum esetében!

tájban ismét görcsöt érzett a hasában és kiment az árnyékszékre, ahol elfolyt a magzatvize s ezt követően rövid idő mulva valami feszülést érzett, felállani már nem tudott, ekkor ki is esett a gyermek belőle, s a köldökzsinór is elszakadt úgy, hogy a szülött a gödör tartalmában elmerült. Állítása szerint a magzatvíz elfolyását vizelésnek tartotta. Az eset után rosszullétről panaszkodott és lefeküdt. Az elhivott pénztári orvossal nem engedte magát megvizsgáltatni, állapotát eltitkolta. Mielőtt a hatósági orvos megérkezett volna, megszületett a lepény, de még ekkor sem vallotta be a dolgot s arra hivatkozott, hgy azért nem hagyja magát megvizsgálni, mert szégyeli magát s különben sincs hasmenésen kivül semmi más baja. Minthogy erősen vérzett, a kórházba szállították, ahol bevallotta a szülést. Itt kiderült, hogy a hüvely középvonalában a gátra is ráterjedő másfél cm hosszú repedés van. A helyszíni vizsgálat alkalmával az árnyékszék ülőkéjén és falán vérnyomokat találtak, a magzatot pedig az árnyékszéktartalomban fedezték fel, csak a lábai álltak ki, s azoknál fogva kiemelték.



A leányszülött holttestének megvizsgálásakor megállapitást nyert, hogy az 52 cm hosszú és 2650 *g* súlyú, fejkörfogata 32 cm, az áll-nyakszirti átmérő 13.5 cm, a haránt 9, az egyenes 11.5, a vállszélesség 12, a csípőszélesség pedig 9.5 cm, a köldökcsonk szakitott végű, 4.5 cm hosszú, a jobb falcsont felett a bőralatti kötőszövet 2—3 mm vastagságban kocsonyás, véresen beszűrődött, s a csonthártya alatt is laposan elterülő vérzés van. A szív üregeiben néhány csepp vér találtatott, a tüdők a gerincoszlop mellet foglaltak helyet, a nyelvnél fogva vizbemártott mellkasi szervek elmerültek. *A légcső alsó részében, továbbá mindkét főhörgben barnássárga híg nyálkás, bélsárra emlékeztető szagú folyadékban mákszemhéjak közt a jobb főhörgben két szőlőmagot, a bal főhörgben pedig egy körte- és egy almamagot lehetett felismerni,* amelyek a nyálkás anyaggal a légutakat elzárták (l. az ábrát). A kékesvörös színű léptapintatú tüdők felszinén nagyítóüveggel sem lehetett léghólyagcsás rajzolatot látni, ellenben a jobboldali tüdő alsó lebenyének mellhártyája alatt néhány gombostűfejnyi vérzést lehetett találni. A torokban, a nyelőcsőben és a gyomorban kevés nyálka volt. A tüdőkből kimetszett darabkák szövettani vizsgálata alkalmával megállapitást nyert, hogy az alveolusok legnagyobb része nem tágult ki, de a kitágultak sem tátonganak annyira, mint azt a légzett tüdőben látni szoktuk, az alveolusokban sárgás-barnás, részben szerkezetnélküli amorph, részben szemcsés tömegek mellett nyálka s itt-ott vérsejthalmazok mutatkoztak, a mérsékelten tágult, magas hámmal borított hörgágakban pedig ezeken kivül harántcsíkolt izomdarabkák és növényi rosthalmazok is. A hajszálerek tágultaknak bizonyultak s a szövetközökben is lehetett helyenként kilépett vörösvérteseket felismerni.

A főtárgyaláson a leány arra a kérdésre, hogy bűnösnek érzi-e magát, igennel válaszolt s hozzátette, hogy ha gyermeke életben marad, akkor is eltette volna láb alól, mert munkahelyéről elbocsájtották volna s szegénységében nem tudta volna gyermekét felnevelni. A bíróság az enyhítő körülmények mérlegelésével csupán gyermekölés vétségében mondotta ki bűnösnek az anyát azért, mert házasságon kívül született gyermekét közvetlenül a szülés után szándékosan megölte akként, hogy az árnyékszékben szülte meg s ezáltal oly helyzetbe hozta, hogy a gyermek az árnyékszék levében megfulladt.

A bíróság tehát az orvosszakértői vélemény alapján beigazoltnak vette, hogy a szülés kétségtelenül rohamosan folyt le, azonban a vádlott beismerését és azt a kijelentését véve alapul, hogy ujszülött gyermekét mindenképen elpusztította volna, a gonosz szándék szem előtt tartásával mondta ki bűnösnek gyermekölés vétségében. Megjegyzendő, hogy a rohamos szülés esetében a szakértőnek nyomatékosan fel kell hívni a bíróság figyelmét — mint azt egyebek között *Walthard* és *Winckel* hangsúlyozzák — arra a körülményre, hogy *a rohamos kitolási szakban a szülőnő olyan tehetetlen helyzetben lehet, amit az akaraterő nem tud legyőzni,* amennyiben tudatára is ébred annak, hogy a szülés pillanata elérkezett — s ha nem kel fel az árnyékszékről, a magzat a gödörbe kerül és ott könnyen meghalhat — rendesen nincs ereje ahhoz, hogy felkeljen és legalább a gödörbeesést megakadályozza. Ilyen esetekben ugyanis az szokta épen vita tárgyát képezni, hogy a szülőnő tudott-e arról, hogy a szülés pillanata előtt áll, s nem éppen azért ment-e az árnyékszékre, hogy a magzat a gödörben elpusztuljon és a szülés ily módon rejtve maradjon a világ előtt, továbbá, hogy ha észrevette a magzatnak a gödörbe esését, miért nem gondoskodott a kimentésről. A vádlottnak az az előadása, hogy nem ismerte fel a szülés idejének elérkeztét, megfelelhet a valóságnak, mert különösen az először szülő nő — *Haberda* szerint a többször szülő nő is, ha előzetes szülései elhúzódottabbak voltak — a tágulás szakában jelentkező, nem mindig kifejezett fájdalmak jelentőségével gyakran nincs tisztában, azokat székelési-, vizelési ingernek tarthatja, s egyszerre rohamosan meglepi a kitolás úgy, hogy körültekintő cselekvésre már nem képes.

Az elhúzódó tágulást igazoló kisebb-nagyobb fejdaganat jelenléte nem szól a rohamos szülés ellen, ép úgy megfelelően fejlett magzat esetén a szülőcsatorna csekélyfokú sérülése sem. Az irodalomban olyan eseteket is közöltek, amelyben farvégű szülés folyt le rohamosan. Esetünkben a magzat eléggé jól fejlett és érett volt, szülési fejdaganata ép úgy, mint a hüvely-gátsérülés csak csekélyfokú volt, ami mind azt igazolja, hogy a szülőuutak a magzat részére eléggé tágak voltak, s így meg volt a mód arra, hogy a szülés rohamosan folyjék le.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Paraganglioma okozta paroxysmusos hypertensio. *Kelly, Piper, Wilder, Walters.* (Proc. Staff Meet. Mayo Clinic. 1936. 11—5.)

Az irodalomban talált esetek felsorolása után a szerzők ismertetik betegük történetét: A 37 éves nőnek 5 év óta egyre gyakrabban támadt szívdobogásos rohama émelygéssel és gyengeséggel, főleg a menses idejében és testi megerőltetés közben. A roham percekig tart, néha hányással jár; gyakori tünetek még: fájdalom az epigastriumban, égető-szorító érzés a mellkasban, teltség a fejben, remegés, izzadás, káprázás. Egy észlelt roham alatt a systolés vérnyomás 90 Hg/mm-ről pillanatok alatt 280 Hg/mm-re szökött, ugyanakkor bradykardiás lett a beteg. A jobb bordaiv alatt homályosan tumor volt tapintható. Mütét alkalmával a jobb vese felső polusánál tokba zárt, kb. 10 cm átmérőjü daganatot találtak, venái igen tágak voltak. Belsejében vérzések, nekrosisok látszottak. Szövete paragangliomának bizonyult. Az eltávolított daganatban 300 mg-ra becsülhető epinephrint mutattak ki. A betegnek több rohama nem volt, 4 hónappal a mütét után teljesen jól érezte magá *Perémy dr.*

A leukaemia családi előfordulása. *Curschmann.* (Klin. Wschr. 1936. 6.)

A leukaemia családi előfordulása nem tartozik a ritkaságok közé. Leggyakrabban chronikus myeloid leukaemia fordul így elő. *Curschmann* chronikus lymphadenosist is észlelt apán és fián is. A kérdés még sincs eldöntve, hogy az ok endogen constitutionalis factorban, vagy exogen hatásban, esetleg véletlenben rejlik-e? *Curschmann* valószínünek tartja endogen constitutio mellett exogen kiváltó hatás szükségességét is.

Kleiner György dr.

Sebészet.

Csonttörés-gyógyulás és belső secretio. *R. Heydemann.* Göttingen. (Bruns Beitr. z. kl. Chir, 1935, 162, 3.)

Cikkében foglalkozik a veleszületett és szerzett csökkentértékűséggel, a vitaminhiánnyal, a belsősecretiós mirigyek veleszületett és szerzett disfunctiójával. A szerző állitja, hogy minden mirigy, amelynek belsősecretiója van, több-kevesebb befolyással rendelkezik a csontképzésre és a csonttörés gyógyulására. Áll ez elsősorban a hypophysisre, továbbá a mellékvesére, pankreasra, pajzsmirigyre, mellékpajzsmirigyre és ivarmirigyekre. *Kenessey László dr.*

A gerincoszlop rheumatikus merevségei. *F. Federschmidt.* Bad Dürkheim. (Bruns. Beitr. z. kl. Chir. 1935. 162. 3.)

Röntgenfelvételeket közöl eseteiből, melyeken polyarthritis s egyéb rheumatikus megbetegedések után destructiv rheumatikus csontfolyamat látható a gerincoszlopon. Ezen folyamat nemcsak a lágyrészeket, lumbálplexust, hanem a csigolyák testét is megtámadhatja. Mivel különböző betegségek ugyanazon tüneteket okozhatják s a betegségek fel nem ismerése téves diagnosisra és nem megfelelő therapiára vezethet, tartotta szükségesnek, hogy eseteit közölje.

Kenessey László dr.

Szülészet.

A Franz-féle mütét eredményeiről. *Wehefritz.* (Zbl. f. Gyn. 1936—3.)

Franz az Alexander-féle mütétet laparotomiával kötötte össze, melynek célja egyrészt az esetleges összenövések oldása és mellékmütétek elvégzése, másrészt az, hogy ellenőrizze az Alexander-féle mütét eredményeit. A ventrofixatióval kapcsolatban a klinikus legfontosabb feladata annak megállapitása, hogy a panaszok mennyiben függnek össze a rendellenes helyzettel és hogy csak akkor operáljon, ha a panaszok másképen meg nem szüntethetők. A göttingeni klinikán 1926—33 években 78 asszonyt operáltak ezzel a módszerrel. A postoperativ lefolyás elvételt esetektől eltekintve zavartalan volt. Átlagos ápolási idő 19 nap. Az esetek 71.8 %-át egy év után ellenőrizték. A controllvizsgálat eredményei: panaszmentes volt 66.07%. Anatomiailag csak egy esetben nem volt sikeres a mütét, de a panaszok mégis megszüntek. Az összes operáltak közül 16% került másállapotba, kik közül 4 asszony elvetélt. A mütét eredményei tehát jók, de olyan esetekben, amikor a méh nehéz (metritikus) vagy a hátsó felületén nagyobb sebfelület van, inkább alkalmazzák a Doleris-féle eljárást. *Bäder Andor dr.*

Chronikus hypochrom anaemia nőkön. *Gray* és *Wintrobe.* (Amer. Journ. of Obstetr. and Gyn. 1936. 31.)

Az utóbbi években többen foglalkoztak egy anaemiafajtával, amely főleg 20—25 év körüli nőkön fordul elő. Tünetei: fáradtság, gyengeség, szívdobogás, gastrointestinalis vagy ideges panaszok. A sklerák kékek, vagy gyöngyszerü fehérek, a bör ráncos, nem rugalmas, néha a nyelven kisfokú papillaris atrophia található. Systolés zörej, tapintható máj. A vér a haemoglobin csökkenését mutatja, csaknem normalis vörösvérsejtszám mellett. A vörösvérsejtek alakjában különbség észlelhető, makrocyták is előfordulnak, de a legtöbb sejt kicsiny. Az anaemiát a vas kedvezően befolyásolja, de a vas elhagyása után recidiva igen gyakori. A megbetegedés oka három tényezőre vezethető vissza: rossz emésztődés, haemoglobinképző anyagokban elégtelen táplálkozás és fokozott haemoglobinszükséglet. Az első két tényező magában még nem váltja ki az anaemiát, de a haemoglobinszükséglet kisfokú emelkedése, egyes asszonyokon még a normalis menstruatiónak megfelelő vérvesztés esetén is anaemiát okozhat. 40 ilyen anaemiában szenvedő nőt volt alkalmuk átvizsgálni, főleg nőgyógyászati szempontból. Vérzéssel járó nőgyógyászati megbetegedéseket (myoma, menorrhagia, vetélés utáni vérzés stb.), vagyis olyan eseteket, ahol fokozott haemoglobinképződésre volt szükség, 31-szer találtak (77.5%). A gyomorvizsgálat 32 esetben mutatta a gyomorsav teljes vagy részleges hiányát. A betegek diaetája 25 esetben volt haemoglobinképző anyagokban többé-kevésbbé szegény. 34 eset vasra jól gyógyult, de közülük újabb vérvesztés vagy terhesség kapcsán 15 recidivált. Hangsúlyozza, hogy a recidivák elkerülésére a további vérvesztés megelőzése (castratio vagy mütét által) ajánlatos. *Biró István dr.*

Szemészet.

Szemmütétek előkészitése. *Schley.* (Klin. Mschr. für Aug. 1935. dec. üléstudósitás.)

A napközi megnyugtatáshoz a sedativumok közül az abasin, brosedan stb. jól beváltak. Combinált hypnoticumok még hatásosabbak; igy a lubrocal és noktál együtt, valamint abasin-evipan-phanodorm kevert por. A morphium, pantopon, scopolamin-dilaudid gyorsan vezet nem kivánatos hányáshoz; ezek helyett a frankfurti klinikán 75 betegen sikerrel alkalmazták a „rektidon"-t (Riedel-Haen), melyből 0.8 ccm kilogramm testsúly-t adott klysmában 20—30 perccel a bulbus megnyitó mütétek előtt. A beteg nyugodtan, felületesen alszik, de az operateur tud vele beszélni. Izgalmi jelenségeket, feszitést, köhögést nem látott. A mütét után adott rektidonkúp az alvást meghosszabbitja.

Intravenás rövidnarkosis céljaira az „eunarkon"-t (Riedel-Haen) próbálta ki 30 betegen (iridektomia, enucleatio, tenotomia gyermeken, szemhéjjvarrat). 2—4 ccm lassú befecskendése után ½—2 perccel mély álom jelentkezett. Hasonló adag utánfecskendésével akár ¾ óráig is meghosszabbitható a narkosis, melyet coffeinnel könnyen meg lehet szakitani. Megfelelő technika az alapfeltétel.

Grósz István dr.

Exophthalmus intermittens. *Hippert.* (Arch. d'Ophtalm. 1936. február.)

Szerző 2 eset kapcsán ismerteti a kórképet, melyet az orbita varikokeleje okoz. Exophthalmus csak akkor keletkezik, ha venás pangás van az orbitában; ez előidézhető a fej előrehajtásával, a jugularis összenyomásával, a fejnek a beteg oldal felé fordításával *(Mann)*, erőltetett kilégzéssel. Ilyenkor megduzzad a szemhéj is. Az exophthalmus fokán kivül *(Hertel* szerint) mérhető az ehhez szükséges idő is, sőt a kettő segitségével graphikon készithető. A bántalom rendesen egyoldali, főleg baloldali. A varikokele a vena ophthalmica sup. területén található. A nyugalmi exophthalmus oka az orbitalis zsir másodlagos sorvadása. Az exophthalmus int. létrejön, ha valamilyen akadály van a venás elvezetésben: vena fac. ant. vagy a vena ang. veleszületett szükülete továbbá a vena ophthalmica cavernosusbeli vagy a vena facialis jugularisbeli beszájadzásának szükülete. Érdekes, hogy a betegek néha a status varicosus képét mutatják: viszértágulatok testszerte. Néha a crisis alatt pulsatio érezhető. A röntgen képen a fissura orbitalis néha szükebb; olykor phlebolithek is kimutathatók. Az állapotot orbitalis vérzés complicálhatja. Differential diagnostikailag csak az angioma jön szóba; olykor csak a lefolyás dönt; fontos itt az enophthalmus hiánya. A prognosis általában jó, de az orbitalis vérzés a látóideg nyomásos sorvadását idézheti elő. A gyógyitás mütéti: a varix kiirtása, lekötése vagy rögösitő oldatok befecskendése. Szerző chinin-urethant ajánl. (*Weekers* jó eredményt látott a 8%-os chininum bihydrochloricum carbamidatumtól; lásd: O. H. 1935. 8. szám. Ref.) *Grósz István dr.*

Gyermekgyógyászat.

Klinikai és röntgenologiai utánvizsgálatok pylorusspasmusos gyermekeken. *A. Viethen.* (Jb. f. Khlk. 146. 2.)

Pylorusspasmusos gyermekeken az acut tünetek lezajlása után még évekig fennállhatnak ideges zavarok a gyomor-bélrendszer részéről, igy étvágytalanság, hányás, hasi fájdalmak stb.

Szerző vizsgálat tárgyává tette, hogy ezen klinikai tüneteknek, amelyek az esetek 50%-ában fennállanak, röntgenologiailag milyen elváltozások felelnek meg a gyomor-bélcsatorna részéről.

46 pylorusspasmusos gyermeken történt utánvizsgálat. Ezek közül 37 conservativ, 9 operativ módon lett megelőzőleg kezelve.

Az utánvizsgálat időtartama 11 gyermeken ½—1 év, 25 gyermeken 1—6 év és 10 gyermeken 6—10 év volt. A vizsgálat eredménye a következő volt.

1. 18 gyermeken hypotoniás, illetőleg atoniás, tágult, rugalmatlanfalú gyomrot talált, renyhe peristaltikával, elhúzódó ürüléssel, mig 8 gyermeken rugalmasfalú gyomrot, élénk peristaltikával, gyors ürüléssel, továbbá spastikus tüneteket a cardia és vastagbél részéről.

2. Pylorusspasmusos gyermekeken még 3—6 éves korban is bikaszarv alakú gyomrot láthatunk, a normalis horogalakú helyett.

3. Ezen röntgenologiailag megállapitható elváltozások operált pylorusspasmusos gyermekeken is előfordulnak.

Sonnauer Péter dr.

Amit a gyakorlóorvosnak a gyermekkori kala-azarról tudni kell. *D' Oelnitz.* (Le Nourrisson 1935.)

A kala-azar vagy leishmaniosis visceralis az utóbbi években a Földközi tenger déli partvidékéről (Tunis, Marokkó, Algir, stb.) az curópai partvidékre is eljutott és az utolsó években több megbetegedés fordult elő Franciaországban is. Mig Hindusztánban a kala-azar főleg a felnőtt kor betegsége, addig a Földközi tenger partvidékein inkább a gyermekkorban fordul elő. Kórokozója Leishman és Donovan által felfedezett protozoon. Bizonytalan kezdeti tünetek (fáradtság, emésztési zavarok, hőemelkedés, stb.) után láz jelentkezik, amely jellemző módon rohamokban áll elő. A beteg anaemiássá válik és egy idő mulva a bőr jellegzetesen tej- vagy porcellánfehér szint vesz fel. Amig a hatalmas léptumor állandó jelenség, a májduzzanat és a máj functiós zavara esetleg hiányozhatik is. A vérben csökken a vörös- és fehérvérsejtszám, főleg a neutrophil leukocyták száma fogy meg. A nyirokmirigyek testszerte megnagyobbodnak. A diagnosis felállításában a klinikai tünetek mellett a biologiai reactiók is segitségül szolgálhatnak. Ilyen a léppunctio, a formolos-próba (1 ccm serumba 2 csepp 40%-os formololdatot cseppentve tejszerü zavarodás jön létre), Chopra-reactio (a beteg serumába óvatosan néhány csepp antimonsóoldatot cseppentünk, mire az érintkezési felületen hártya képződik).

A kala-azar specificuma az antimon. Franciaországban főleg az organikus vegyületeket alkalmazzák, mert kevésbbé toxikusak és a mellett erélyesebb hatásúak is. Mint adjuvans a vas, arsen és májkészitmények szerepelnek. Jó hatású a vértransfusio is. Antimon resistentia esetében — ami azonban egészen kivételes — szóba jöhet a lépkiirtás.

Móritz Dénes dr.

Bőrgyógyászat.

Gócfertőzés jelentősége az ekzema kezelésében. *Memmescheimer.* (Med. Kl. 1935. 37.)

A bőrtúlérzékenység lassú kifejlődését többek között a szervezetben lévő beteg gócok segithetik elő, vagy legalább is a meglévőt még érzékenyebbé tehetik. Közelfekvő ennélfogva a gondolat, hogy kiséreljük meg a bőr ártalmas ingerekkel szemben fennálló túlérzékenységét a beteg gócok eltávolitása útján csökkenteni. Feltünőek egyes betegeken a focalis gócok eltávolitása után tapasztalható gyors gyógyulási eredmények. Évek óta fennálló ekzemák, amik különböző beavatkozással szemben dacoltak, a fertőző góc kezelése után gyorsan és véglegesen meggyógyultak. Szerző 76 gyógyultan elbocsájtott betege közül egy éven belül csak 10 recidivált, mig 15 gyógyult esetében, kiken focalis infectio gyanuja nem forgott fenn, egy éven belül 6 esetben jelentkezett újból az alapbaj. Valószinü, hogy az utóbbi esetében valamilyen fertőző góc elkerülte a figyelmet, s igy ezek ilyenirányú kezelésben nem részesülhettek.

Gödény Sándor dr.

Ujabb klinikai-kisérleti adatok a lymphogranuloma inguinale kérdéséhez. *Löhe és Schlossberger.* (Derm. Ztschr. 1935. 72. k. 2. f.)

21 éves nő urethra-bemenetében és kisajkain lévő babnyi lymphogranulomás primaer affectussal, kétoldali felületes és mély inguinalis csomókkal került osztályukra. Az excisiós darabbal egy majmot és két tengerimalacot ojtottak be. 12 nap mulva a majom agyi tüneteket és később visszafejlődő bénulást és görcsöket mutatott. Az egyik tengerimalacról, melynek 12 nap elteltével mogyorónyi granulomája fejlődött, egy újabb majomra és tengerimalacokra továbbojtottak. A majom typusos jelenségek között döglött meg. Ezt a második passage-t három majom és három tengerimalac ojtása követte, s az ojtás az összes állatokon megfogamzott. A majmok megdöglöttek, a tengerimalacok granulomát kaptak. Hasonló módon 12 passage-t sikerült létrehozni. Minden ojtási sorozatból antigent állitottak elő, melyet beteg és controll egyéneken próbáltak ki. Az olyan l. i. betegeken, akik kezdetben 10—14, később 5 napos időközökben kaptak ojtást, positiv volt az eredmény, gyengétől az egész erősig, az erősség az ojtások számával csökkent. A harmadik passage antigenjével kezelt betegek igen erős ojtási jelenségeket kaptak és a régebbi helyek is fellángoltak. Majom és tengerimalac agyemulsiójából származó ojtóanyag hatását rendkivüli mértékben csökkenti, ha Seitz-filteren szürik. Szüretlenül u. i. igen erős Frei-reactiót s a nyirokcsomók kifejezett visszafejlődését látták láz és hidegrázás kiséretében még nagyobb higitásokban is, szürve pedig alig voltak észlelhetők helyi és általános tünetek.

Dóczy Gedeon dr.

Adatok a blastomatosus megbetegedések (sarkomák) klinikai képét utánzó mykosis fungoides d'emblée kérdéséhez. *Fuhs.* (Derm. Ztschr. 1935. 72. k. 3. f.)

Szerző bő irodalmi adatok ismertetése után az Arztklinikáról 6 beteg kórtörténetét közli fényképekkel együtt. A betegség klinikai képe mykosis d'emblée volt és csak a szöveti vizsgálat deritette ki a pontos diagnosist. Szerinte csak a legpontosabb szöveti vizsgálat óvhat meg a kórjelzési tévedésektől, mert a mykosis sajátos polymorph sarjszövetet, a sarkoma pedig jellegzetes kötőszövetes daganatos felépitést mutat.

Dóczy Gedeon dr.

Urologia.

Prostatatúltengés kezelése Pepsin—Prégl oldattal 152 esetben. *E. Payr.* prof., Leipzig. (Ztschr. f. Urol. 1936. 30. 2.)

1. Pepsin—Prégl- (presojod) oldat befecskendezése prostatahypertrophiában a gáton eredményes és veszélytelen. 2—3 napos időközökben 4—6 befecskendezés szükséges.

2. 68%-ban megindul a spontán vizelés. Az eredmény tartama 1—5 év között ingadozik.

3. Olyankor jön számitásba, mikor az operatio nem végezhető el.

4. A rossz vesemüködés miatt mütétre nem alkalmas betegek alkalmasakká válhatnak.

5. Az elvégzés topographikus anatomiai ismeretet igényel.

6. Prostatatályog esetén nem tanácsos befecskendezni, hanem fel kell tárni. Ellenjavalja kő, vagy köves prostata, diverticulum, súlyos pyelitis és súlyos cystitis esetében.

7. Minden kétely téves feltevésen, diagnostikai, vagy technikai hibán alapul. Az eljárás veszélytelen.

8. A presojódot röntgenbesugárzás előtt kell alkalmazni.

9. A pepsinkezelést az állandó fistula elhelyezése előtt meg kell kisérelni. Sok embert megszabadithat az állandó kathetertől.

10. A kb. 30% eredménytelen eset megoszlik rák, complicatiók (kő, diverticulum, súlyos pyelitis stb.), technikai hibák között. Rák esetén is elérhető javulás.

Fa Imre dr.

Az alsó hugyutak nyirokereiről. *D. W. Mc Kenzie és A. B. Wallace.* (Journ. of Urol. 1935. 34. 516.)

Kisérleteket végzett nyulakon annak eldöntésére, hogy vajjon van-e közvetlen nyirokpálya az ureterek mentén a kismedencei szervekből a vesékhez. Kisérleteihez colloidális tuss oldatot használt. A kisérleti idö elteltével az állatokat úgy boncolta, hogy a hasi szervek és a peritoneum eltávolitása után a kismedencei szerveket a vesékkel együtt távolitotta el anélkül, hogy a nyirokrendszert laedálta volna. Az igy nyert készitményt sorozatos szövettani vizsgálatnak vetette alá. Normális hólyagba fecskendezve a tust absorptiót egyáltalában nem látott, hasonlóképpen nem volt lényeges absorptio akkor sem megfigyelhető, ha traumának tette ki a hólyag nyálkahártyáját, kivéve, ha a trauma fekélyképződéshez vezetett. Ha a trigonumba fecskendezett festéket, vagy az ureter szájadékok köré, vagy a hólyagnyakba a festék a hólyagkörüli nyirokerekbe és az aorta bifurcatiojánál levö nyirokcsomóban volt kimutatható. Az ureter alsó harmadának falába fecskendezett festék a lumbalis nyirokcsomókba került. Ha kettévágta az aorta körüli nyirokútak continuitását és úgy fecskendezett festéket az alsó ureter szakasz falába, akkor sem talált festéket az ureter nyirokereiben; ezt a beavatkozást a medencei szervek lymphatikus oedemája követte. Ha az egyik uretert lekötötte úgy, hogy ez hydronephrosishoz vezetett és a másik ureter alsó részébe festéket fecskendezett, úgy a festék az aorta körüli nyirokcsomókba és a hydronephrotikus vesében is ki volt mutatható. Kisérleteiből bizonyitottnak látja, hogy infectiosus agensek sem haladhatnak közvetlenül az ureter falában levö nyirokereken keresztül a vesébe, hanem ezek a sacralis, illetve lumbalis nyirokláncon keresztül hatolva a truncus lymphaticuson át kerülhetnek a véráramba és innen haematogen úton át a vesébe.

Bodon György dr.

Elméleti tudományok.

Poliomyelitis elleni activ immunizálás. *W. H. Park és M. Brodil.* (Journ. Am. Med. Ass. 1935, 105, 1989.).

Szerzök már elöbbi munkáikban igazolták hogy a reconvalescens serum nem hatásos a poliomyelitis therápiában. Magyarázatul felhozzák, hogy a virus az idegek mentén halad tova és a gerincvelö melsö szarvainak sejtjeihez kötödik, tehát egy zárt rendszerben marad, ezért nem valószinü, hogy a serum a megtámadott sejtekhez hozzájut, de ha oda kerül is, nem valószinü, hogy a virust közömbösiteni képes. A reconvalescens serum kevés vagy semmi haszna, továbbá a virusgazdák valószinüleg magas száma miatt egyedüli észszerü védekezés az activ immnuisálás útján lehetséges. Több kisérlet után majmok gerincvelejéböl formaldehyddal végzett közömbösités mellett vaccinát készitettek, amely emberre és állatra ártalmatlannak bizonyult és az elért immunitás megfelel a reconvalescensek immunitásának. Az ellenanyag termelés már egy hét múlva kimutatható, három-négy hét alatt éri el kifejlödését és még nyolc hónap múlva is fennáll. Az oltás nagy tömegen alkalmazását megnehezíti, hogy a fogékonyak kiválogatásához, valamint az elért immunitás ellenörzéséhez majom-kisérletekre van szükség.

Petrilla Aladár dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Tolna vármegye szekszárdi Horthy Miklós közkórházának másfélszázados működése. Összeállitotta: *Dr. Treer István* igazgató föorvos.

Bátran mondhatjuk: egy fejezet orvostörténelem, s egy fényes lap hazai kulturtörténelem az, mi e 450 oldalas, a bökezü ügyszeretet pazarlásával kiállitott, számos fényképpel diszitett, de ezeknél is értékesebb táblázatokban beszélö pompás könyv lapjairól felénk sugárzik. — Közel 7 millió ápolási nap és 226,491 beteg, mihez még 4568 idetartozó házilag ápolt elmebeteg is számitható, — nem kicsiség az ország egészségügyének fejlödésében. Ha átlapozzuk a kórház 87 lapon megirt történelmét az 1862-ben megnyilt „Ferencz-kórháztól" az 1929-ben felavatott új 750 ágyas gyönyörü és modern kórházig, a meghatottság fog el bennünket ennyi nemes áldozatkészség, szivós kitartás és diadalmas akarat láttán.

Az új modern kórház terveinek, felszereléseinek és lüktetö életről tanuskodó betegforgalmának tárgyalása után az egyes osztályok utolsó 15 évi müködéséről számolnak be az osztályvezetök: *Treer István*, belgyógyász ig. föorvos, *Sztanó Sándor*, ideg és elmegyógyász, *Novák Miklós*, e. m. tanár, sebész, *Tóth Sándor*, e. m. tanár, szülész és nögyógyász, *Szüle Dénes*, e. m. tanár, a tbc. osztály föorvosa és *Kovács V. Károly*, a röntgenes-prosector. Beszámolóikban nem egy értékes tárgyalásával találkozunk az orvostudomány kérdéseinek, a különlegesen érdekes, nehéz esetek bravuros megoldásának, melyek megnyugtató bizonyitékai annak, hogy ez a kórház az orvosi tudás és operativ készség mai színvonalán áll.

Midön az eltelt 150 év alatt elért fejlödéshez öszinte elismeréssel gratulálunk, a kórház további jövöjéhez szerencsét kivánunk.

Vámossy prof.

Lehrbuch der Geburshilfe. *W. Stoeckel.* 4. javitott kiadás. (G. Fischer. Jena, 1935. Füzve 40 M, kötve 43 M.)

4. kiadásában jelent meg a standard munkának tekinthetö szülészet. Az idöközben elhalt munkatársak helyett *Stoeckel* illetöleg tanitványai *Mikulicz-Radecki, Ottow* és *Philipp* professorok dolgozták át a megfelelö fejezeteket. A könyv terjedelme is megnött az átdolgozás ill. újabb részek beiktatása által (1036 old.). Felesleges kiemelni a könyv kiállitásának tökéletes voltát és a nagyszámú új ábra didaktikus értékét. A számos új átdolgozó ellenére is azáltal, hogy azok *Stoeckel* tanitványai, a mü még sokkal egységesebbé vált és még jobban magán viseli *Stoeckel* iskolájának nagyszerü tanitó rendszerét.

A könyv a gyakorlatban fontos kérdések beható ismertetése által úgy az orvostanhallgató, mint a gyakorló orvos részére megbizható tanácsadó. De még az irodalom újabb haladását figyelemmel követni tudó szakember részére is rendkivül értékes a könyv. Itt kikristályosodva és minden felesleges ballaszttól mentesen tekintheti át az utóbbi évek gazdag tudományos elöhaladását. Legnagyobb átalakuláson az utóbbi évek kutatási irányának megfelelöleg a terhesség biologiájával, valamint pathologiájával foglalkozó fejezetek *(Seitz* tollából) mentek át. A hormon- és vitamintan újabb eredményei mind helyet nyertek ép úgy, mint az ikerterhesség fejezetében az újabb öröklestani kutatások. Hasonlóan nagyobb átdolgozást mutat a megtermékenyités és placentatio fejezete *Mikulicz-Radecki*-tól. De minden egyes fejezet figyelembe veszi a legutolsó idök haladásának eredményeit. Haszonnal forgathatja a szakember is, mert egy tankönyvnél kevéssé nagyobb terjedelmü müben az újabb tudományos megismerések kézikönyvbe illö gazdag sorozatát találja meg.

Frigyesi József prof.

Lehrbuch der inneren Medizin. *Th. Brugsch.* 3. átdolgozott kiadás. (Urban & Schwarzenberg, Berlin—Wien. 1936. I., II. Ára: 50 márka.)

A német belgyógyászati tankönyvek régibb typusából *Strümpel* müve *Seyfarth* átdolgozásában is eddig a legkiválóbb maradt, ami a betegségek rendszeres és mégis a valósághoz hü, szemléletes leirását, továbbá a kórbonctani megalapozást illeti. A másik typus kórélettani alapra épitve törekszik mai klinikai tudásunk szabatos összefoglalására, ami már több szaktudós együttmüködését kivánja meg. *Bergmann*- és munkatársainak ilyen irányú müve kiváló a maga nemében. *Brugsch* ismét egymaga vállalkozott a belorvostan egész anyagának tankönyvszerü feldolgozására. Müve inkább az első typust képviseli, de azért a klinikum elméleti alapjai, a functionalis pathologia új eredményei is szóhoz jutnak benne. *Brugsch* könyvének legerösebb oldala és igazi értéke mégis a tünettan kimeritö és gondos tárgyalása, a kórképek böséges ismertetése, a részletekre és a mindennapi kis bajokra is kiterjedö figyelme. Igen hasznos gyakorlati útmutatásokat tartalmaz az általános therapia fejezete, mely a diaetetikáról és a physikalis gyógyitás módjairól szól. Elvont fejtegetések helyett sok használható concret adatot és útmutatást tartalmaz az általános alkattan fejezete is. A belsö betegségeket rendszeresen tárgyaló fejezetek az óriási anyagnak eléggé egyenletes és arányos feldolgozásáról tanuskodnak; mindenütt megnyilvánul a szerzö nagy tapasztalata, az ismereteket biztosan rendezö jó didaktikai készsége. További kiválósága a könyvnek az egy szerzötöl származó egynemü tárgyalásmód és a folyékony stilus. Külön kiemelendö a therapia fejezeteiben a részletekbe bocsátkozó sok gyakorlati tanács. Ábrái egyszerü kivitelben is szemléltetök, néhány jó szines tábla is van a müben. Rendszeres tanulásra és alkalomadtán tanácskeresésre egyaránt alkalmas munka ez, mely orvostanhallgatóknak és gyakorló orvosoknak melegen ajánlható.

Perémy dr.

Eigenständigkeit, Fremdhalt und Haltlosigkeit. *G. Schorsch dr.* (Georg Thieme, Leipzig, 1936. 65. Ára 4.5 M.)

A németnyelvü irodalom újabban csak úgy ontja az új szóképzéseket, melyre irigylésreméltóan alkalmas. A három

címszó közül az első kettő teljesen új, „eigenständig", aki a saját lábán bír megállni az életben, „fremdhaltig", aki az életben másokra támaszkodva boldogul, „haltlos" pedig aki az életben bukdácsol és semmire sem megy. Szerző könyvét „ein charakterologischer Beitrag zum Problem: Führertum und Gefolgschaft" alcimmel magyarázza, tehát egészen alkalomszerű. Az összes vezető személyiségekre érvényes merev kaptafát nem lehet találni. A rideg uralkodó személyektől abban különböznek a vezér, hogy érzelmei a tömegben kedveltté teszik, visszhangra találnak, mert ő is a közösségben gyökerezik. Magába bízása és a tisztelet, mely kijár, „lefelé" biztosítják tekintélyét, gondolkodása pedig felelősségérzetéről kezeskedik „fölfelé". Tehát csak „eigenständig" ember vezetőnek, vezérnek való. Követőit pedig a nagy tömeg alkotja, akik csak másokra támaszkodva tudnak boldogulni vagy akik támaszt keresnek, mert magukban nem elég erősek, ezek a „fremdhaltbedürftige". Elégtelenségük rögtön nyilvánvalóvá lesz, ha önállóan kell intézkedniök, mert erős akarat még nem elegendő, hogy a hiányzó tehetséget tartósan pótolja. Az igen szellemesen megírott könyvecskét a mai viszonyok szülték és mindenkire sok érdekeset rejt.

Reuter prof.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület április 4-i ülése.

Hozzászólások *Manninger Vilmos*: „Egyenletes sugáreloszlást biztosító készülék radiumtüzdelésre" címen márc. 21-én tartott bemutatásához.

Láng A.: Csak az anatomiai képletek figyelembevételével szabad a radiumtüket elhelyezni, ezt sablonműszerekkel elvégezni veszélyes. Homogen besugárzásról ott nem lehet szó, ahol különböző intensitású sugárforrás áll egymás mellett úgy, hogy azok derékszögben találkoznak. Vetített képeken demonstrálja a kényes anatomiai helyzet mellett elhelyezett rádiumtüket.

Kisfaludy P.: Aggodalmát fejezi ki, hogy ez a technikailag ügyes megoldás a radiumgyógymód legfontosabb területén, a szájüregben alig lesz használható. Véleményét arra a tapasztali tényre alapítja, hogy a szájüregnek sem a bonctani viszonyai (érfal sérülés! stb.), sem a feltünő nagy sugárérzékenységbeli különbségek (nekrosis!) nem engedik meg, hogy előre beállított készülékkel végezzük a radiumtüzdelést. A bonctani viszonyokat minden egyes esetben összhangba kell hozni, úgy a sugárhomogenitás elveivel, mint a daganat szövettani és klinikai képével is. Röntgenfelvételeit vetíti le, melyekkel igazolja, hogy minden ilyenfajta műszer segítsége nélkül, inkább a gyakorlatra támaszkodva, a feltételeknek teljesen meg lehet feleni.

Manninger V.: Köszöni a hozzászólásokat, amelyek ép azt igazolták, hogy ezen pontos bevezető és irányító eszközre szükség van. Csak ha az isodosisnak megfelelő engyenletes elosztással adagoljuk a sugárzást, számíthatunk nagyobb daganatok gyógyulására. Az eddig hozzáférhető daganatoknál természetesen nincs szükség beosztásra. Csak a tapasztalás fogja igazolni, hogy nagyobb daganatokra beválik-e ez az eljárása végleges tünetmentesség szempontjából.

Bemutatás:

Pólya J.: *Gyomorrák és sigmarák sikeres eltávolítása ugyanazon egyénből.* 44 éves nő 1935. május 14-én jelentkezett 6 hónap óta fennálló, időről-időre jelentkező hasi görcsökkel, melyek csak néhány percig tartanak; pontosan localisálni nem tudja őket. Ezen idő óta étvágytalan, 5—6 kg-t fogyott. Köldök felett ökölnyi mozgatható daganat. Peroralis röntgen először csak ptosist és hypotoniát, majd 9 nappal később a nagy görbületen telődési hiányt talált, melyet a vizsgáló extraventricularis nyomásnak tulajdonított. Beöntéses röntgen normalis leletet ad. A június 6-án végzett mütét alkalmával nagy gyomorcarcinomát talál, melyet a kimetszett kb. diónyi köldöksérv helyén át könnyen eltávolít a gyomor ⅔ részével együtt. Csonkok egyesítése modifikált *Billroth I.* szerint. Mütét után 19 nappal a betegen, ki ekkor már egészen jól érezte magát, ileus-tünetek állnak elő, nagy loccsanás és puffadás főleg a bal hypogastriumban. Emiatt június 26-án újra megoperálja. Kisökölnyi sigmarákot talál, melyet kiirt, a csonkot extraperitonealisan helyezi, az oralis csonkba a bélsár elvezetésére vastag üvegcsövet köt. Miután a két bélcsonk közti válaszfalat leszorítás által elpusztította, elzárta az ajakossá vált bélsipolyt, úgyhogy a passage a végbél felé megint kifogástalanul megindult. A beteg november 9-én gyógyultan hagyta el a kórházat, jelenleg nagyon jól van, hízott, panaszmentes. A gyomorban lévő daganat carcinoma gelatinosum, a sigmában levő adenocarcinoma volt, mely a heges subserosába tályogképződéssel áttört. (Prof. *Zalka*).

Előadások:

Báró Korányi S.: *A tüdővész elleni küzdelem eredményének kritikája.* A tbc. elleni küzdelem organisatiójának hatásossága kétségtelen ott, ahol az olyan tökéletességü, mint Nagybritanniában, Dániában, Németországban stb. *Brand* illustratióként egy angol, a diagnostika és megfigyelés minden szükségletével ellátott tbc. védekezési központ organisatióját ismerteti, amelynek két „tuberculosis-inspectora" mint consiliarus és közvetítő a gyakorló orvos és a különböző gyógyító és megelőző intézmények közt 1926. dec. 31-én 2173 tbc.-s beteget tartott nyilván, kb. 300 gyakorló orvossal cooperálva, a rendelkezésükre bocsátva szükség szerinti egységes organisatiót, kórházi, sanatóriumi, üdülőhelyi, tengerparti, praeventoriumi, isoláló helyeket, mindennemü segélyt, stb., stb, szükség esetében segédszemélyzetükkel és consiliariusi minőségben akár lakásukon is rendelkezésükre állva pénzbeli és időbeli korlátozás nélkül. Más a helyzet olyan szegény országban, mint a mienk, ahol Pestmegyén kívül (a pestmegyeiek túlnyomó része Budapesten és környékén van) az egész országnak mindössze 1965 tbc. ágya van, költségkímélésből azok jelentékeny részét is üresen tartják, 77 dispensaire-ünkre 2333 P állami segély jut egyre évente. Azok pedig úgy vannak elosztva, hogy közülük háromezernéhányszáz kis- és nagyközségben mindössze 27, a többi Budapesten van elhelyezve! Hogy ilyen körülmények között nálunk a védekezés hatásos nem lehet, az természetes. Annak az erőnek, amivel szemben a védekezésnek folynia kell, illustratiója a következő néhány példa. A világháború a tbc.-halálozást világszerte különböző mértékben fokozta, még a semleges országokban is. Az ezt kifejező halandósági görbék hullámhegyeit és völgyeit elválasztó fordulópontok synchronicitása azonban megmutatja azt a meglepően egységes befolyást, amellyel ez a népekre, bár inficiáltságuk és megpróbáltatásuk különböző foka, de egyidejüleg egyirányú változása szerint is hatott. A hatás abból állott, hogy fokozódásával a tbc.-ben szenvedők mind fiatalabban haltak el, vagyis a lefolyás az első (még békebeli, gyermekkori) fertőzéstől a halálig megrövidült. A legsúlyosabban ért korosztály Budapesten már a háború második évében több mint 20 évvel volt fiatalabb a békebelinél és ez még 10 év mulva is változatlan maradt. E gyorsult lefolyás a multban a leghathatósabb ma is azon tényezők között, amelyek az utolsó évek lényeges tbc.-halandóság csökkenését okozva a javulásnak látszatát keltik. Abból pedig, hogy Budapest és a vidék tbc. halandóságának hullámzása közben a kettőnek görbéi közt a correlatio egyformán szoros maradt, következik, hogy az a különbség, amely Budapest és a vidék ellátottsága közt fennáll, a védekezés eszközeiben még mindég elégtelen ahhoz, hogy a kettő közti szoros összefüggést megbontsa.

Bakay L.: *A sebészi gümőkór kezelése.* A sebészeti tbc. elnevezés ma már nem helytálló, amennyiben a tbc. csaknem minden megnyilvánulásának a gyógyításában szerep jut a sebésznek is. Helyesebb tehát, ha a tbc. sebészetéről beszélünk. Az extrapulmonalis gümős megbetegedések száma igen nagy. Az eszmésztőcsatorna, a hashártya, a hasüreg parenchymás szervei, a nyirokérrendszer, a belső elválasztású mirigyek, a vérerek, az emlők, a mozgatórendszer, a központi és környéki idegrendszer gümős megbetegedései mind idetartoznak. Az extrapulmonalis megbetegedések közül a csontok és izületek tbc.-je fordul elő leggyakrabban. *Ranke* elgondolása alapján a tbc, secundaer stadiumának kell tekintenünk ezeket a megbetegedéseket. A klinika statistikája alapján foglalkozik a csont és izületi gümőkóros megbetegedések gyakoriságával. A különböző országokból származó adatok összehasonlításával a test különböző csontjaiban és izületeiben történt localisálódás arányszámát adja. Tárgyalja az újabb diagnostikai módszerekkel elért eredményeket és felhívja a figyelmet a korai diagnosis nagy jelentőségére. Ezután foglalkozik az általános és helybeli gyógykezelés különféle módszereivel. A klimato- és heliotherapia jelentőségét méltatja. Kitér a Sauerbruch—Gerson—Hermansdorfer-féle tbc.-s diaetára, amellyel klinikáján nem sok eredményt ért el. A conservativ therapia a Balassa—Dollinger-féle elgondolás alapján ma is a legcélravezetőbb eljárásnak mondható. Tárgyalja az ambulans és a kórházi kezelésnek a jelentőségét. A sebészi eljárás nem mindig állítható ellentétbe a conservativ eljárással, mert az előbbi a felnőtt csont- és izületi gümőkórban sokszor elkerülhetetlen és kiváló eredményt hozhat. Beszél a paraarticularis gócok eltávolításának az indicatiójáról. A Helle—Lange—Albee-féle rög-

zítő eljárás spondylitis esetén nem minden tekintetben váltotta be a hozzáfüzött reményeket, mint ahogy az a késői eredmények összevetéséből kitünik. A Robertson—Lavalle-féle eljárás a paraarticularis folyamat gyógyítására még nem tekinthető kipróbáltnak, amennyiben állandó eredmények felülvizsgálására nem kerülhetett a sor.

Specifikus szernek a keresése nem járt eredménnyel. Az aranysók nem váltak be. Az immuntherapiás eljárásokról végeredményben kevés jót mondhat. A nem specifikus fehérje alkalmazása sem váltotta be a hozzáfüzött reményeket. A röntgenkezelésről megoszlók a vélemények. Az előadó nem sok eredményt látott tőle, még leginkább a kis izületek alkalmasak a besugárzásra. Különösen sipolyos esetekben a sziksós vizes fürdők jótékony hatást gyakorolnak. Az előadó röviden megemlékezik a hévvizekkel elért eredményeikről.

(Az előadás egész terjedelmében az „Orvosképzés"-ben fog megjelenni.)

A budapesti Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztályának március 10-i ülése.

Safranek J.: *A balneo-physikalis gyógyító eljárások jelentősége a légutak betegségeiben.* Összefoglalva a klimás tényezőknek, az ásványvízkúráknak, a hydro- és thermotherapiás eljárásoknak a légutak betegségei szempontjából fontos élettani hatásait, e gyógytényezők alkalmazásának indicatióit ismerteti. Részletesen foglalkozik a laryngologusokat különösen érdeklő inhalatiós therapiával. Élettani hatásait tekintve, ezen orvoslásmód egyrészt a respiratiós therapia egy nemét alkotja, másrészt bizonyos hydro- és thermotherapiás tényezők is szerepelnek, a gyógyszeres inhalatiók pedig a pharmakotherapiának physikai úton alkalmazását jelentik. A localis alkalmazásra szolgáló gyógyszeres inhalatiók közül gyakorlati és balneotherapiás szempontból legfontosabb az elporlasztott gyógyszeres folyadékok belélegeztetése. A megfelelő technikai berendezéssel és methodikával a finoman elporlasztott, optimalis nagyságú és kellő felszínfeszültségü folyadékcseppecskék a légárammal, illetve aspiratio útján a legkisebb hörgökbe is eljutnak. A felső légutak betegségeiben az inhalatiós therapia legfőbb javalatát a chronikus hurutok alkotják, főképen pedig a szivós, vagy pörkökké beszáradó váladékkal járó esetek. A mélyebb légutak hurutos bajaiban az inhalatiós therapia az egyedüli, az általános gyakorlatban alkalmazható localis kezelésmód, mellyel főleg a secretiós zavarokra vagyunk képesek hatni. A hatás lényege, hogy a megfelelő gyógyszeres inhalatiók a légutak váladékát oldják, elfolyósitják, a kóros váladék eltávolodását elősegitik s váladéktömegek felhalmozódását meggátolják. Végső következtetésben mondható, hogy a klimato-therapiának s az ennek keretében használatos physikai orvoslásmódoknak a légutak betegségeinek gyógyitásában jelentékeny szerep jut.

bilkei Papp L.: *A Szent Gellért Gyógyfürdő gyógytényezőinek ismertetése.* A physikalis therapia, a „természetes gyógymód" fő értéke abban rejlik, hogy természetes erőt, physikalis tényezőket, a vizet, a fényt, a hőt és elektromos energiákat, mechanikus beavatkozásokat állitunk be a gyógyitás szolgálatába. A physikotherapia tüneti kezelés, amely az edzésre, az életfunctiók gyakorlására, a betegségek megelőzésére, a legjobb gyógyitó eljárás. A balneotherapia ingertherapia, a szervezetre gyakorolt hatás a hévvizekben oldott gázok, sók, kén és rádióactivitás hatása megegyező az intracutan ingertherapiával. Ehhez járul még a thermikus hatás, főként a hyperaemia által előidézett fájdalmatlanitás, a felszivó hatás, a hegek és az izületi elemek lágyrészeinek felpuhitása, a functiós kezelésre előkészitő hatás.

A Szent Gellért Gyógyfürdő gyógyitó berendezése teljes, lehetővé teszi az összes simultan és combinált kezeléseket, amelyek chronikus megbetegedések esetén szükségesek. Az iszapfürdők és borogatások mellett főként a nagy 40° C és 35° C thermal társas medencék a különböző hőfokú hőlégkamrákkal és zuhanyokkal felszerelve alkalmasak a mozgásszervi megbetegedések fürdőkezelésére. A dusch-massage a víz alatti massage, az egyéni zuhany kezelések a vízgyógyintézetben vannak, itt vannak a villamosfürdők, habfürdők és a bélfürdő. Egészen egyedülálló a Szent Gellért Gyógyfürdő nőgyógyászati physikotherapiás berendezése. A physikotherapia a legmodernebb typusú, ultrarövidhullámú készülékkel vált teljessé. A pneumatikus kamra és az inhalatiós helyiségek újjá alakultak. Felhívja a szakosztály tagjait, hogy a székesfőváros által fenntartott inhalatoriumot használják fel betegeik javára.

A Term. Tud. Társ. Élettani Szakosztályának március 12-ülése.

Berend M.: Kutya-gyomornyálkahártyán végzett vizsgálatai szerint, ez a vérhez képest szénsavanhydrasét alig tartalmaz.

Simon S., Zsoldos P. és Nagy F.: *A chinin társalkaloidáinak hatása a hőmérsékletre és a simaizmokra.* A chinidin-, a cinchonin- és a cinchonidinsulfat hőcsökkentő hatása egészséges és coli-bacillussal fertözött lázas nyulak esetében egyenlőnek mutatkozott a chinin-sulf. ilyenirányú hatásával. Hasonlóan épp ilyen jó hőcsökkentőnek bizonyult a chinakéregből előállított, az alkaloidák összességét sósavas só formájában tartalmazó keverék is. Ez utóbbi méhösszehúzó hatása megegyezik a chininével, nemkülönben a vérnyomásra kifejtett hatása is. A chinakéreg alkaloidák nemcsak az adrenalin vérnyomásemelő hatását csökkentik, hanem a sympatholét és az ephedrinét is. Ellenben cinchonidin adagolás után a hypophysis hátsólebeny kivonat vérnyomásemelő hatása nemcsak, hogy nem csökkent, hanem a cinchonidin injectio előtti értéknél jóval tartósabbnak bizonyult.

Beznák A.: *Acetylcholin intravenús injectiójának hatása a ductus thoracicus lympha képződésére.* Acetylcholin injectiójára a ductus thoracicuson keresztül kifolyó lymphának a mennyisége 30—80%-al nő. Az ilyenkor elválasztott külön lympha 70%-ban a bélből és maradék részében a májból jön.

Az acetylcholin a villusok praecapillaris és capillaris arteriáit tágítja. A praecapillaris arteriák kitágulása nagyobb mint a capillarisoké és ez a lymphatermelés megnövekedésére vezet. Atropin ezt a hatást megszünteti. Jóllehet az acetylcholinnak ez a hatása a növekedett lymphafolyást egyedül is okozhatja, mégis valószinü, hogy az acetylcholin a capillaris fal áteresztő képességét is növeli.

A villusok összehúzódása, amelyet az acetylcholin szintén kivált, a lymphatermelésnek nem lehet oka, mert chlorazolskyblueval kezelt állatokban a lymphafolyásra gyakorolt hatás kifejezettebb, mint a normalis állatokban, noha ez a festék a villusok összehúzódását teljesen megbénítja. Az acetylcholin által okozott bélmozgás szintén nem lehet a fokozott lymphatermelésnek oka, mert a bélmozgás fokozódása általában a lymphafolyás fokozódása után mutatkozik. Mirigymüködés, mint a lymphafokozódás oka szintén kizárható volt.

A Szegedi Tud. Egyet. Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának március 11-i ülése.

Előadás:

Sipos K.: *Müvi sensibilisálás Koch-bacillus ellen.* E kisérletekben azoknak az egészséges állatoknak vizsgálták a gümőkóros allergiáját, melyeket Finsen-hólyagtartalom hosszú ideig történő sorozatos intracutan oltásával kisebb-nagyobb mértékben tuberkulinérzékennyé sikerült tenni. E célból a tuberkulinérzékennyé tett tengeri malacokat Koch-bacillussal fertözte intracutan. Négy kisérleti sorozatban 15 malacot vizsgáltak igy. Ezek közül három másnapra erösebbfokú, hat jóval gyengébbfokú gyulladásos reactiót adott az oltás környékén. Hat malactól semmi reactiót sem kaptak. E korai reactióktól függetlenül a kisérlethez használt összes malacokban a gümőkór a megszokott módon folyt le. A positiv reactiók specificitását főleg a tuberkulinérzékenység és a gümőkórbacillus elleni érzékenység közt megfigyelhető párhuzam támogatja. Az ezúton létrehozott gümőkóros allergia nem oly erös, hogy az a gümőkór menetére lényeges befolyást tudna gyakorolni. Az érzékenység különböző fokai a sensibilisálásra használt különböző bőrgümőkórosoktól eredő savók különböző reactióképességével magyarázhatók.

Jancsó M.: *A-vitamin kimutatása szövetekben optikai uton:* Ismerteti mikroskopos eljárását, melynek az a lényege, hogy a friss praeparatumot vagy a formalinban rögzitett anyagból készitett metszetet fluorescentiát gerjesztő láthatatlan utraibolya sugarakkal világítja meg. Igy sikerült az A-vitamint több halmozódási helyein, pl. a májban és a retinában a sejtekben láthatóvá tennie. Az A-vitamin a szövetekben zöldessárga színben élénken fluoreskál, miközben átalakul A'-anyaggá és végül valószinüleg β-ionná és a fluorescentia megszünik. A májban a vitamin az isotrop zsírcseppekben foglal helyet; különösen dús vitaminképet mutat carotinnal etetett patkányok mája. Nöstény egerekben az A-vitamin-

tartalom általában észrevehetően több, mint himekben. Világossághoz alkalmazkodott fehér patkányok retinája vizsgálatakor az A-vitamin hatszögletű mezők ragyogó mozaikja alakjában jelenik meg, míg a sötéthez alkalmazkodott és vörös lámpánál kivett szemek retinája ultraibolya megvilágítással láthatatlan. Világosság hatására a retinában jelentékeny mennyiségben A-vitamin képződik, amely sötétben ismét quantitative retinabiborrá alakul át. E két carotinoid reversibilis és fényérzékeny átlakulása a fény perceptiójának biochemiai alapja. Az előadó eljárásával a látás e chemiai folyamata közvetlenül és könnyen tanulmányozható és ezzel vizsgálatai methodikailag új utat nyitnak meg a látás és az A-vitaminosis jellemző tünete: a haemeralopia mechanismusának kutatásában. Kiemeli ezzel kapcsolatban az A-vitamin nagy ultraibolya fényérzékenysgét a sejtekben és utal arra, hogy úgy látszik a természet a fényperceptio, a környezethez történő színalkalmazkodás, stb. céljaira általában carotinoid természetű vegyületeket alkalmaz. A szemben különleges sejtek is vannak, melyekről kimutatta, hogy testükben nagy mennyiségben A-vitamint halmoznak fel. Módszere valószínüleg jó szolgálatot fog tenni az A-vitamin biologiai functioinak kutatásában.

Blazsó S.: *A fejlődő szervezet kén-anyagcseréje:* (Kézirat nem érkezett.)

A Debreceni Orvosegyesület február 20-i ülése.

Bemutatások:

Nikodemusz I.: *3 májinjectióra gyógyult thrombosis eset.* A thrombosis a májinjectiók hatására (campolon na ponként 2 ccm) egy hét leforgása alatt teljesen gyógyult, a fájdalmasság pedig már az első injectiótól megszünt.

Thurzó J.: A thrombosisnak májkészítmények befecskendéssel történő gyógyítását észszerü megalapozási kezelésnek tartja. Ismeretes ugyanis az, hogy az ideggyógyászati gyakorlatban sok utánvizsgáló véleménye szerint is *Collella* és *Pizzoli* palermoi professorok által ajánlott gyógymód alkalmas az agyi vérzések és thrombosisok kezelésére. Ez a módszer abban áll, hogy az iktust elszenvedett betegnek 5 naponként 10—20—30 ccm sajátvért adunk intramuscularisan. E gyógymóddal azt érjük el, hogy a képződő thrombus felszívódása és így a beteg gyógyulása kedvezőbb lefolyású. Arteriosklerotikus és hypertensiós egyéneknek az apoplexia és agyi thrombosis megelőzésére is ajánlatos sajátvér oltásokat adni oly tünetek esetében, amikor agykérgi izgalmak, egyes izomterületeken rángások, stb. jelentkeznek. Néhány esetben szintén kedvező eredménnyel alkalmazta e gyógymódot. A palermói professorok véleménye szerint egyenesen mühibának kell mondanunk, ha az említett esetekben a sajátvéroltásokat elmulasztanók. A májkészítmények hatása thrombosisok esetében nagymértékben hasonló a sajátvér befecskendésekből álló gyógymódhoz és éppen ezért észszerünek tartja.

Előadás:

Neuda P:. (A bécsi sebészeti klinikáról mint vendég). *Theorie und Praxis einer Lebertherapie und prophylaxie der Thrombosen.* Az 1931. óta a bécsi II. sebészeti klinikán folytatott, a spontan thrombosis és embolia létrejöttére vonatkozó kisérleti eredményeit ismerteti. A vérpangás, a vér összetételének és az endothelnek változásai erre kellő magyarázattal nem szolgálnak. A thrombosis történés élén egy immun folyamat, egy antigen antitest reactio áll, amely reactio által az ebben a milieuben suspendált formaelemek (elsősorban a thrombocyták) agglutinálódnak. Az agglutinatiót követi a véralvadás. Ily módon keletkezik az ismert thrombocyta agglutinatum a thrombus fejében és a csatlakozó coagulatum a farki részben. Ez a thrombosisra hajlamos egyénben agglutinatiós hajlamosság két betegség, a lues és a carcinoma nyomán keletkezik. Ez az autoagglutinatio, amely a betegek immunbiologiai elváltozása a szervezetben lévő ártalmas anyagokra vezethető vissza, amelyeket serologiailag antitesteknek nevezhetünk. Az antitestek elsősorban agglutináló hajlamossággal bírnak és ilymódon az agglutinatión és véralvadáson át thrombosishoz vezetnek, később azonban ezen tulajdonságuk megváltozik és thrombus oldódás, embolia keletkezik. A thrombosis mint ismeretes leginkább az alsó végtagokon és a medencén localisálódik, ami e területek morphologiai sajátosságán alapszik. A májtherapia a májban feltételezett antithrombotikus elven alapszik és eddig valamennyi spontan thrombosisnál bevált. Postoperativ thrombosis esetén tartalékként 5 ccm campolont vagy paracytholt injiciálunk, azután naponta 2 ccm-t intramuscularisan. Átlagban 10—12 befecskendezés elegendő. Gátló tényezők: keringési zavarok és infectio. Szív- és agythrombosist jó sikerrel kezelt paracythol mite (semmi esetre sem forte)-vel.

Március 5-i ülés.

Bemutatás:

Fazakas S.: *Kétoldali congenitalis atypikus szivárványhártyarés.* 44 éves nön a jobb irisben felül-kivül ½10—½12° között egészen a gyöki részig terjedő, kifelé szélesbedő, a bal szivárványhártyában pedig 2 colobomát mutat be. Ezek közül az egyik kivül-alul van. Középszéles és kifelé keskenyedik. Szárai az iris gyöki része előtt 1½ mm távolságban hegyes szögben találkoznak. A másik rés befelé az orr felé irányul, téglaalakú, magassága 1½ mm, szélessége 3½ mm. A typikus és atypikus colobomák előállásának többféle lehetőségét megemlítve kiemeli, hogy a szivárványhártyarést is, mint minden egyéb torzképződést több, csak részben ismert tényező abnormis összejátszása hozza létre. Egy még 1928-ból származó mikrophotographiai készitményén pl. a viszonylagosan nagy s a kehelyhasadék irányában egészen a szemteke falához lapuló lencse s azon vaskos kötőszöveti köteg az egész uveára kiterjedő coloboma oka, mely a kehelyhasadék hátsó része felől ugyancsak nasalisan a kóros elhelyezkedésü lencsetok hátsó felszinéhez húzódik s nő azzal össze. A coloboma histogenesisének a kérdése még ma sincs teljesen tisztázva. Véleménye szerint nincs két egyformán fejlődött rés.

Előadás:

Probstner A.: *Radiumgyógyitás a nőgyógyászatban.* (Kézirat nem érkezett meg.)

Kovács F.: Amióta klinikáján a röntgenkészüléket Tuto berendezésre átszereltette, lehetővé vált a méhrák közvetlen besugárzása ólomcsöves tükör segélyével közvetlen a vulvára nyomott lámpával. Ily módon a betegek egy hüvelyi, — ezenkivül 1 abdominalis, 1 sacralis és 1 glutealis mező besugárzást kaptak. Az ily módon elért eredmények semmiképen sem maradnak a radiumkezelés eredményei mögött. Egy-két sugárkezelés után a portio teljesen feltisztul, a rákos fekély behámosodik, a parametriumok fellazulnak és a rákos masszák helyén heges pótszövet képződik. Igy az előzőleg teljesen inoperabilis rákok gyakran válnak operabilissá. Tapasztalatai az ilyen módon végzett, közvetlen portio besugárzással, annyira jók, hogy most már a radiumnak hiányát nem érzi. A radium-kezelés hátrányának tudja be az azután nem ritkán előforduló heges méhszáj- és hüvelyszükületeket, sőt elzáródásokat is. Ismerteti saját esetét, hol előzőleg más intézetben, portio-rák miatt végzett, ismételt radium-kezelés után teljes, vonalas hüvely-elzáródás következett be, amely mögött a rák a kismedencét már teljesen kitöltötte. Utal *Baseden* eseteire, amelyekben előzőleg rádiummal kezelt rákos betegek utólag másállapotba kerültek. Ilyeneken a radium okozta hegesedés a szülés alkalmával nagyon súlyos zavarokat okozott. Egyik beteg esetében a heg tágíthatatlansága miatt a szülés közben elhalt magzatot Porro-mütét útján kellett eltávolitani. Ujabban kiterjedten alkalmazzák a radiumot nem rákos eredetü méhvérzések kezelése céljából is. Ilyenkor is előjöhet a heges gynatresia kockázata, amelynek a következményei hydro pyometra stb. lehet. Éppen ezért hozzászóló a radiumnak nem rákos eredetü méhvérzések elleni kezelésére használatát a gynaekologiában helyteleniti.

Weninger A.: Párhuzamot von a röntgen- és gammasugarak physikai és biologiai tulajdonságai között. A röntgensugarakat biologiai szempontból jelentősebbnek tartja, mert a carcinoma-készség állapotában lévő sejtekre depressiv hatást gyakorolnak, míg a radium feladata ugyanaz, mint a mütété: a már kifejlődött daganat eltávolitása, elroncsolása. A debreceni női klinikán radium hijján intravaginalis röntgenbesugárzásokat végeznek ólomüveg-tubusokkal s igy szüretlen nagy intensitású sugártömeggel a portiorákok direct besugárzása lehetséges. Az eljárás kitünően bevált.

A Pesti Izr. Hitközség Kórházai Orvosi Karának március havi ülése.

Weltner L.: *Érdekesebb hólyagkő esetek.* 1. 67 éves férfibeteg súlyos arrhythmia perpetuumban és hyperthyreosisban szenvedett, a mütétre csak végső szükségből kerülhetett sor, a köképződés hólyagdiverticulumban indult meg, szilványi kő képződött, amely keskeny nyakkal a gurdély nyilásán kinőtt és a hólyagban vele összefüggő, diónyi kő fejlődött, az előbbinek tükörképeként. Az érdekes, súlyzóalakú kő négy év alatt jött létre. 2. 68 éves férfi, diónyi kövek rugószerü nyulványa benött az urethrába, beszorulva az orificium internumba. 3. 48 éves nő, incontinentia urinae post partum miatt paraffinbefecskendezést kapott a hólyagnyak sphincte-

re köré. 2 évre rá a paraffin részben a septum uretrovaginaleba, részben a hólyagba vándorolva kőképződéshez vezetett.

Faragó Zs.: A tünetek enyhe, vagy súlyos voltára, a kő nagyságára, vagy helyzetére nem lehet következtetni, mert kicsiny kövek is okozhatnak súlyos tüneteket. Utal a diagnostikai nehézségekre. A diverticulumban ülő kövek prostata hypertrophia téves diagnosisára vezethetnek. Két ilyen tévesen kezelt beteget emlit meg. Bemutat egy 90 gr. és egy 120 gr. súlyú követ.

Fischer A.: 1. *A bal bordaivből kiinduló chondromyxoma.* Nagy, gyermekfejnyi tumor 42 éves nőbetegen, mely a bal bordaiv belső felszínéről indult ki. Eltávolitása a peritonealis és pleura üreg megnyitásával, a fali peritoneum, a fali pleura és a rekesz egy részének, valamint a lép nagyobb részének resectiójával volt csak lehetséges. Beteg, akin a hasfal és mellkasfal reconstructiója teljesen sikerült, a nagy műtétet jól állotta ki és zavartalanul meg is gyógyult. 2. *Operált tüdőechinococcus.* Nagy férfiökölnyi inficiált és bronchusba áttört echinococcus tömlő a jobb tüdő alsó lebenyében. A jobb pleura üregben az alsó és középső tüdőlebenyt bő savós sanguinolens exsudatum is boritja. A pleura lemezek összetapadva nincsenek, az exsudatum miatt ezek összenövése el sem érhető és igy a Sauerbruch-féle eljárás nem alkalmazható. Kénytelenek a műtétet össze nem nőtt pleuralemezek mellett végrehajtani. Az echinococcus üreget és pleuraüreget külön drainezik. Beteg a nagy beavatkozást jól birta ki.

Biedermann J.: A vérkép, röntgenkép már műtét előtt valószinüvé tették az echinococcus diagnosist; de ellene szóltak a negativ complement és cutan próba. A röntgenkép az echinococcus rekeszes osztódottságát mutatta.

Steiner B.: *A gyermekkori tbc. problemáiról.* A gyermekkor halálos áldozataiból ötvenszázalék a gümös agyhártyagyulladásra esik. A meningitis tbc. rendesen meglepetésszerüen éri az orvost, előzetes manifestatióról nem tud. Ez a tény arra utal, hogy kórismézési eljárásunk nem megfelelő, a friss fertőzés időszaka, amelyben a gümös agyhártyalobot leggyakrabban észleljük, nem részesül kellő figyelembe. Friss fertőzés megállapitásában segitségünkre van: 1. kórelőzmény, 2. a gyermek kora, 3. jellemző klinikai tünetek, (eryth. nodosum, phlyctaena, pleuritis, stb.) 4. az évenként kétszer végzendő tuberkulin-próba eredménye; 5. a Gröer-próba, 6. röntgenlelet. Meningitis tbc. létrejöttében az allergiás állapot döntő lehet; desensibilisáló kisérleteket ajánl a frissen fertőzötteken.

BÁRÁNY RÓBERT
1876—1936.

Ez a magyar nevű, magyarországi származású Nobeldíjas upsalai professor egyetemi tanulmányait Wienben végezte. Utána 2 évet Németországban töltött a legkiválóbb professorok ideg- és belklinikáján. Visszatérve Bécsbe egy ideig még a belgyógyászattal foglalkozott, majd *Politzer* tanár fülklinikájára lépett be, ahol 1905-ben már mint assistens dolgozott. *Politzer* utóda *Urbantschisch* klinikáján tartotta a fiatal tudóst, aki 1907-ben docenturát kapott.

A háború alatt 1915-ben Przemysl elestével hadifogságba került; 1916-ban nyerte a Nobel-díjat és ugyanazon évben a háborúban szerzett térdizületi bántalma miatt mint rokkant hadifoglyot kicserélték s visszatért a bécsi klinikára. 1917-ben hivták meg Upsalába a fülészeti tanszékre.

Alig néhány napja, hogy a világ fülorvosai felszólító levelet kaptak Stockholmból, ahol *Holmgren* professor, az Acta Oto-Laryngologica főszerkesztőjének elnöklete alatt szervező bizottság alakult *Bárány Róbert* 60-ik születésnapjának megünneplésére. Folyó hó 22-én lett volna az évforduló, amelyet a bizottság az ünnepelt nevére tett nagyobb alapítvány mellett egy emlékkönyv-szerű album átadásával óhajtott megünnepelni, amelyben néhány emléksorral és aláírásukkal szerepeltek volna a világ fülorvosai. Az emléklapok napról-napra érkeztek a szerkesztőségbe; levelek, melyek a címzetthez nem érkeztek el.

Bárányt még mint bécsi assistenst ismertem meg ezelőtt 30 évvel. A bécsi cursusok után Upsalában láttam viszont a szerény, komoly, igénytelen külsejű, akkor már harctéri betegsége miatt bicegő professort. Szervezete bár gyengének látszott, munkabírása, kitartása és szorgalma bámulatos volt. Klinikája akkor még egy kertes villában volt, de állt már a tervei szerint épített gyönyörű új fülklinika, amelynek berendezésén dolgoztak. Klinikájának legkisebb részletkérdéseit is maga dolgozta ki nagy szeretettel. Munkaképessége a mult évben súlyosan szenvedett agyvérzés következtében. Állapota egy ideig javult, míg egy héttel előbb újabb agyvérzés meg nem ölte. Mint minden felfedezőt és úttörőt, őt is sokan támadták. Csaknem érthetetlen az a rokonszenv-hiány, amivel vele szemben egyesek viseltettek. Ennek okát nem találom az ő személyében, az ő egyéni fellépésében, vagy harcmodorában; csupán csak félreértéssel tudom magyarázni. Egyes hívei és magyarázói felfedezéseit hamisan állitották be és ezért kellett szenvednie.

És ha most ennek a nagy embernek emlékére néhány sort irok, azt hiszem nem áldozhatok méltóbban emlékének, mintha egészen röviden leírom, hogy mit fedezett fel ő.

A 80-as évek elején a labyrinthus statikai részének élettana már elég világos volt. *Hőgyes* 1884-ben forgatással már az ember labyrinthusát is vizsgálta. Azt is tudták már, hogy a félkörös ívjáratok hővel is ingerelhetők, bár a physiologusok hőingereit, a labyrinthus falára tett jeges vagy tüzes tűt, a fülorvosok nem használhatták. A fülfecskendezésre előálló szédülést *Brown—Sequard* leírása óta minden fülorvos ismerte, de ennek okát mindenki a labyrinthusra gyakorolt nyomással magyarázta.

És itt kezdődik *Bárány* felfedezése. Ő volt az első fülorvos, aki rájött, hogy a fülfecskendezéskor előálló nystagmus oka nem a nyomás, hanem a folyadék hőmérsékének ingere. Ő csak egy eljárást fedezett fel, de az eljárás a gyakorlatban azt jelentette, hogy ő fedezte fel a fülorvos számára a labyrinthus hőingerét. Eljárása segitségével lehetővé vált, hogy az egyes ívjáratokat külön-külön vizsgálhattuk.

Felfedezését alapos tanulmány követte: 228 idevágó szakmunka áttanulmányozása után jelent meg 1906-ban a labyrinthus élettanáról irt első könyve, amely mérföldköveket jelent a fül-diagnostikában. Ebben a könyvben már magyarázatát is adja a hőinger élettani lefolyásának. Nemsokára ismét új vizsgáló eljárással lepte meg a világot, amikor a félkörös ívjáratok izgatására a végtagokban előálló izomeltéréseket a félremutatás segitségével vizsgálta. Természetes dolog, hogy a fülészeti diagnostika fejlődése nagy hatással volt a fül-sebészetre is, elsősorban a koponyaüri szövődmények gyógyitásában. *Bárány* vizsgáló eljárásai az ideggyógyászati diagnostikában is jelentős szerephez jutottak.

Emellett gyakorlati téren is számos újitás fűződik nevéhez, melyek közül a jólhalló fül működésének kizárására szolgáló „lármázó apparatus"-t említem csak meg. Amint megvan minden fülgyógyászati rendelőnek a „Politzere", a befujó gummilabdája, éppen úgy megvan „Bárányа" is, a lármázó készüléke.

Nem túlozunk, ha azt mondjuk, hogy *Bárány* felfedezése a modern fülészetnek egyik alapja és nagyon helyesen ítélt az a bizottság, mely *Bárány*-nak a Nobeldíjat ítélte oda.

Rejtő Sándor dr.

VEGYES HIREK

Dalmady Zoltán emlékére érmet veretett az Orsz. Balneologiai Egyesület, mit a korán elhunyt kitünő orvosnak és balneologusnak, a természet hüséges rajongójának, s a

turisztika lelkes szervezőjének számos barátja bizonyára szivesen szerez meg és soroz majd kegyeletes emlékei közé. Az itt eredeti méretében reproducált nemes bronz-érem *Berán Lajos* finom és előkelő művészetét, kivitele a m. kir. pénzverde tökéletes munkáját dicséri. A korlátozott számban vert érmek az orvosegyesület szolgájánál és kiadóhivatalunkban 6 pengőért kaphatók, szétküldését portómentes ajánlott levélben kiadóhivatalunk vállalta magára Budapesten 6 pengő 50 fill., vidékre vagy külföldre 7 pengő előzetes beküldése ellenében. Őrizzük kegyelettel egy igaz ember emlékét!

Az Országos Balneologiai Egyesület május 1-én Hévizen, 2-án Balatonfüreden rendezi XLI kongresszusát és május 3-án Balaton-Kenesén rendezi évi közgyülését. *Pénteken* (május 1-én) reggel 7 óra 30 perckor indulás a déli pályaudvarról. A résztvevők számára külön kocsik állanak rendelkezésre. Keszthelyen fogadtatás, utána a résztvevőket autóbuszok Hévízre szállítják el. A gyógyfürdő megtekintése után 1 óra 30 perckor ebéd. Délután 4 órakor autóbuszon vissza Keszthelyre. Délután 6 órakor I. tudományos gyülés a Hullám szálló nagytermében. Vacsora a Hullám szállóban. — *Szombaton* (május 2-án) reggel 8 órakor indulás Keszthelyről vasuton, külön kocsikkal Balatonfüredre. A részvevőket és csomagjaikat autóbuszok szállítják a vasutállomásra. Érkezés 10 órakor. Elszállásolás. Délután 6 órakor II. tudományos gyülés. — *Vasárnap* (május 3-án) délelőtt 10 órakor a résztvevők hajóval Balatonalmádiba mennek, a fürdőhely megtekintése után folytatják útjukat hajón Balatonkenesére. Ebéd 2 órakor. Délután 5 órakor a gazdasági osztály nagygyülése. 6 órakor közgyülés. Indulás Keneséről vonaton külön kocsikkal Budapestre 20 óra 26 perckor. Érkezés a keleti pályaudvarra 22 óra 02 perckor.

Napirend: 1936. május 1. (péntek) délután 6 órakor Keszthelyen a Hullám szálló nagytermében I. tudományos nagygyülés. Elnöki megnyitó: *Vámossy Zoltán;* — *Schulhof* Vilmos: A hévizi gyógyforrástó ismertetése, *Schulhof* Ödön: Kisérleti vizsgálatok a hévizi fürdők élettani hatásáról, — *Moll* Károly: A hévizi gyógyfürdő javallatai. — 1936. május 2 (szombaton) délután 6 órakor II. tudományos nagygyülés Balatonfüreden: *Dányi* Mihály: Fürdőkórházi tapasztalatok, — *Schmidt* Ferenc: A balatoni gyógytényezők*) — *Réthly* Antal: A napfény tartama a Balaton mellékén*), — *Aujeszky* László: A balatoni balesetek meteorológiája. — 1936. május 3 (vasárnap) délután 5 órakor Balatonkenesén a *Gazdasági osztály* nagygyülése. Elnöki megnyitó: *Bánlaky* Géza, — *Tormay* Géza: A Balaton-fejlesztés gazdasági hatásai,*) — *Szabó* Béla: A fürdőstatisztika kérdései*), — *Felber* Lipót: A magyar fürdők és ásványvizek közgazdasági jelentősége*). 1936. május 3-án (vasárnap) délután 6 órakor közgyülés Balatonkenesén. Elnöki megnyitó. Főtitkári jelentés. A pénztáros és számvizsgáló bizottság jelentése, a felmentvény elhatározása. Számvizsgáló bizottság választása 1937 évre, Esetleges indítványok. — Az indítványok a közgyülés előtt legalább 10 nappal az elnökség címére irásban küldendők be.

Tudnivalók a résztvevők számára: A congressus zavartalan lebonyolítása érdekében tessék jelentkezését *április 26-ig feltétlenül* beküldeni. Csak azokat a jelentkezéseket vehetjük figyelembe, amelyekkel egyidejüleg, de *legkésőbb április 28-ig* a részvételi díjat is megkapjuk. Később beérkező jelentkezéseket, vagy befizetéseket nem fogadhatunk el. Részvételi díj: a vasút, autóbusz és hajóköltséget, 3 napi ellátást beleszámítva, borravalóval együtt *28 pengő.* A részvételi díjba az italok nincsenek beleszámítva. A részvételi díj kézhezvétele után azonnal megküldik a 3 napra szóló szelvényeket tartalmazó füzetet. Elveszett vagy tévesen leszakított szelvények helyett készpénzzel kell fizetni. — A rendezés megkönnyítése céljából a jegyváltás közösen történik. Az arcképes vasuti igazolványok tulajdonosait is kérik menetdíjuk beküldésére, mert a nyujtott vasuti menetdijkedvezmény mértéke azonos az arcképes igazolvány nyujtotta menetdijkedvezménnyel. — Vidéki résztvevőknek 33%-os menetdijkedvezményre jogosító igazolványt biztosítanak kiindulási állomás—Budapest és vissza útvonalra. — Mindennemü pénzküldemény, levelezés a főtitkár címére: *Frank* Miklós főorvos, Budapest, I., Attila krt. 19. sz. küldendő, aki készséggel szolgál felvilágosítással. (Telefon: 53—3—13.)

*) Az Igazgatótanács felkérésére tartott előadás.

A BUVÁR fejlődéséről örvendetesen tanúskodik ennek a nagyszabású folyóiratnak húsvéti száma, amely páratlanul gazdag és változatos tartalommal most jelent meg. Az egyháznak és természettudománynak viszonyát emelkedett szempontból ismerteti *Cavallier József;* a biologiai kutatás új irányairól *Huzella Tivadar* dr., egyetemi tanár, a matematika lényegéről *Dávid Lajos* egyetemi tanár írt ebbe a számba. Budapest áramellátásáról *Bornemisza Nándor* tartalmas cikke tájékoztat, a rövidhullámok therapiás alkalmazását pedig *Rósa László* tárgyalja. A kosmikus sugarak végtelen világába vezeti el az olvasót *Cavallioni Ferenc,* a tengerek mélyén képződő szervetlen táplálóanyagról *Koch Nándor* tudományos riportja nyujt érdekes képet. A túlnépesedés kérdése, a tuberculosis gyógyítása, a légvédelmi tüzőrség modern müszerei remek képekkel illustrált kitünő cikkekben tárulnak elénk. *Csitáry Béláné* a békés honfoglalás bámulatos teljesitményét, a hollandiai Zuiderzee kiszárítását mondja el élményszerü közvetlenséggel. Néprajzi cikkek a cigányokról és a népies növénynevekről, tudománytörténeti megemlékezések Bunsen-ről és a selmeci bányaiskola hajdani hírneves tanáráról, Mikoviny Sámuelről, *báró Fejérváry Gézáné* beszámolója a Magyar Nemzeti Múzeum krokodilusainak újra-áttöméséről, értékes könyv- és folyóirat szemle külön említést érdemelnek. A BUVÁR új száma ismét azt bizonyitja, hogy a Franklin-Társulat természettudományi és technikai folyóirata a magyar szellemi életben missiót teljesit.

Helyreigazítás. Mult heti, 15-ik számunk 353. oldalán közölt febr. 24-i ülésjegyzőkönyv nem a debreceni, hanem a pécsi Egyetem Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztályának ülésjegyzőkönyve, a 27-i ülés a debreceni orvosegyesületé.

Molnár Béla dr., v. egyet. belklinikai tanársegéd ezévi rendelését megkezdte Karlsbadban (Alte Wiese 4. Deutsches Haus).

HETIREND

A Budapesti Királyi Orvosegyesület április 18-án délután 6 órakor tartandó ülésének napirendje. — Bemutatás: *Polgár Ferenc:* a) Féloldali massiv tudőatelektasia haemoptoe után; b) Haematogen tuberculosis és lépes tüdő („Wabenlunge") szövődése. — Előadások: *1. Angyán János:* A tüdőtuberculosis klinikájának mai állása. 2. *Illyés Géza:* Az urogenitalis tuberculosis.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztálya április hó 21-én d. u. ½7 órakor az egyetemi orr- és gégekórtani klinikán tartandó ülésének napirendje: Bemutatások: *Boskovitz György: a)* Tumort utánzó fekély a buccán. *b)* Röntgen-ernyő előtt a felső légutakból eltávolított idegentest. Előadás: *Deseő Dezső* prof. m. v.: Az orr-mellüregek élettani jelentősége és szerepe.

A Gróf Apponyi Poliklinika orvosai tudományos társulatának április hó 29-én d. u. ½ 7 órakor tartandó ülésének tárgysoroata. — Bemutatások: *Fehér Lajos:* Rosaceás keratitis esete. — *Boris Alfréd:* Érdekes röntgenológiai esetek. —

SEMMERING SANATORIUMOK

Ideális magaslati gyógyhelyek, üdülők, lábbadozók részére, diétás kezelések, diabetes, Basedow, Asthenia és Anämia esetekben.

„KURHAUS SEMMERING"
Főorvos: Dr. Fr. Hansy c. ü. főtanácsos.
Árak: 21 S-től.
„SEMMERING SANATORIUM
Főorvos: Dr. V. Hecht.
Árak: 14 S-től.

Zsingor Béla: Nagykiterjedésü vastagbélresectio carcinoma miatt. — Előadások: *Kraicsovits Rezső:* A vértáömlesztéshez szükséges véradó központok szervezete Európában. — *Epstein Tibor* és *Grün György:* A sternum-punctio diagnostikai jelentősége.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Üdülőnek alkalmas 10 szobás, 3 fürdőszobás villa 1540 négyszögöl parkban **eladó**. (Hidegkúti-út 82.) Magaslati fekvés, szép kilátással. Információ telefonon 60—2—02 reggel 8—9 óra között.

Butorozott nyaraló csendes nagy parkban, (a Zugliget felső végében) 5 nagy szobával, mellékhelyiségekkel és csukható verendával **idénylakásnak** azonnal **kiadó. Alkony-út 3—5. Tel. 33-0-03** 1/2 2—1/2 3 között.

Fogorvosnak nagyon alkalmas hallos ötszobás csukott-erkélyes lakás azonnal vagy májusra **kiadó VII., RÁKÓCZI-ÚT 52., III. em. (lift)**

A biharkeresztesi járás főszolgabírájától. 1063/1936. sz.

Pályázati hirdetmény.

A nyugdijazás folytán megüresedett nagykerekii körorvosi állásra pályázatot hirdetek. Az orvosi kör Nagykereki, Bojt és Bedő községekből áll, székhelye Nagykereki.

Az állás javadalma a 62.000/1926. B. M. számú rendeletben megállapított fizetés, 4 szobából és mellékhelyiségekből álló lakás udvarral és kerttel. Biharvármegye érvényben levő szabályrendeletével megállapított rendelési, látogatási és műtéti díjak. A törvényhatóság által ezidőszerint 260.— P.-ben megállapított évi fuvarátalány, melynek ellenében a körorvos a kör községeit hetenként egyszer beutazni köteles.

A pályázni kivánókat felhivom, hogy az 1908:XXXVIII. t.c. 7. §.-ában előirt képesítéseket, magyar állampolgarságukat, eddigi alkalmaztatásukat, erkölcsi és politikai megbízhatóságukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérelmüket hozzám a folyó évi április hó 28. napjának délután 5. órájáig adják be. Elkésetten beadott, vagy kellően fel nem szerelt pályázati kérvényt figyelembe nem veszek.

A választás határidejét később tüzöm ki.

Biharkeresztes, 1936. április 7.

Hollóssy István s. k.
főszolgabíró.

Kimutatás 1936. április 5—11-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) s halálesetekről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphteria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomi-elitis.		Morbilli.	Influenza.	Malaria.	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mb.	Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.411	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	7	1	—	—	—
3. Baranya	251.620	2	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	7	1	5	—	—
4. Békés	335.874	—	—	5	—	8	—	1	—	—	—	—	—	67	—	3	—	—
5. Bihar	180.415	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	7	—	1	2	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	43	—	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	—	—	1	—	—	—	5	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—
8. Csongrád	148.353	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	48	—	—	—	—
9. Fejér	231.165	—	—	2	—	1	—	2	—	—	—	—	—	91	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	1	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	74	—	—	—	—
11. Hajdu	182.047	—	—	—	—	5	—	3	—	—	—	—	—	10	1	—	—	—
12. Heves	322.207	—	—	—	—	2	—	6	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	420.142	2	—	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	41	1	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	3	1	—	—	1	—	5	—	1	1	—	—	16	2	—	—	—
15. Nográd és Hont	227.958	1	—	—	—	1	—	9	—	—	—	—	—	34	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,437.226	10	1	1	2	14	—	40	—	—	—	—	—	95	1	1	—	—
17. Somogy	389.792	—	—	—	—	2	—	4	—	—	—	1	—	61	—	4	—	—
18. Sopron	143.128	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	6	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	13	—	9	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	—	—	—	—	1	—	3	1	—	—	—	—	17	1	5	—	—
21. Tolna	267.133	3	1	—	—	3	—	3	1	—	—	1	—	42	—	—	—	—
22. Vas	273.776	1	1	1	—	—	—	9	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
23. Veszprém	246.551	1	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	35	—	—	—	—
24. Zala	368.371	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	40	—	8	—	—
25. Zemplén	149.043	2	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	9	—	—
I. Baja	29.791	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1.035766	5	—	7	—	28	—	57	—	1	—	—	—	106	1	—	—	—
III. Debrecen	122.825	2	—	—	—	2	—	5	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
IV. Győr	50.828	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.659	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	34	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.399	—	—	1	—	3	—	2	1	—	—	—	—	6	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
VIII. Pécs	67.527	—	—	1	—	2	—	2	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—
IX. Sopron	36.023	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.287	1	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	16	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
Összesen:	8,898.367	41	5	20	2	106	—	181	3	2	1	4	—	944	13	45	2	1
Előző évben:		23	3	28	—	161	8	178	6	3	1	—	1	914	106	32	—	—

Ekzema, furunculus gyulladásos sebek, lábszárfekélyek, szőrtüszőgyulladások stb. kezelésére. **„DERMASEPT“ kenőcs** Sebek, fekélyek gyors behámositása és sarjadzása. Különböző bőrbajoknál a visszketés, gyulladás megszüntetése és a gyors gyógyulás elősegitése.
Főlerakat „Humanitás“ gyógyszertár, VI., Erzsébet királyné út 30.

CENTRUM KIADÓVÁLLALAT RT., IX., KÖZTELEK-U. 1 IGAZGATÓ: BORNEMISZA GÁBOR.

80. évfolyam. 17. szám. Budapest, 1936. április 25

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., II. em. Telefon: 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 a kiadóhivatalban

Előfizetési díj: Az „Orvosi Hetilap"-ra és Az Orvosi Gyakorlat Kérdéseire együttesen egész évre 26 pengő, 220 csk., 350 dinár, 800 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belföldi dijak + portóköltség; félévre ezen összegek fele; negyedévre negyede, egy hóra 2.50 pengő. — A „Magyar Orvosi Archivum" egész évre 10 pengő, 70 csk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

Előfizetések küldendők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968 sz. postatakarékpénztári csekkszámlára. *Csehszlovákiában:* Lucenska Uverna Banca Uc. Spol.-hoz „O. H. betétkönyvére" Lucenec; *Jugoszláviában:* a Somborska 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.

• CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN •

Fontos névváltozás!

Surparil inj. és tabl. uj neve:

NEO-TROPARIN CHINOIN

Összetétele:
Injectio: 0.04 g Perparin és 0.0015 g Novatropin
Tabletta: 0.04 g Perparin és 0.0015 g Novatropin

Surparil comb. tabl. uj neve:

SURPARIL-CHINOIN TABLETTA

Összetétele:
0.05 g Perparin. 0.0015 g Novatropin,
0.15 g amidazophen, 0.015 g Sevenal

Uj csomagolás: SURPARIL-CHINOIN kup

Összetétele azonos a SURPARIL tablettával.
Dobozonként: 5 kup.

• CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN •

CALCIUM-RESORPTA

Pontosan, hatásosan adagolható, könnyen felszivódó calcium-készitmény

Forgalomban: syrup, dragéek és por alakjában

GEHE & CO., A.G. Gehe DRESDEN-N. 6

Képviselet: Dr. HAAS MIKLÓS „KERESZT" GYÓGYSZERTÁR, BUDAPEST, VII., RÁKÓCZI-ÚT 88.

Luteantin

TERHES SERUMBÓL ELŐÁLLITOTT GONADOTROP-HORMON.

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

UNIVERSALIS SEDATIVUM

Miaal

tabletta

Bromisovalerylurea + codein phenylaethyl. barb.

Nehéz elalvás, korai ébredés, vagy álmatlanság esetén
MEGBIZHATÓ, ENYHE HYPNOTIKUM.

Természetes, üditő alvást, reggel kellemes, spontán ébredést biztosit. Megszokás nincs, kábultságot nem okoz, a munkaképességet nem befolyásolja. Morphium-elvonó kurákhoz igen alkalmas.

DR. WANDER GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR R. T. BUDAPEST.

80. évfolyam. 17. szám. Budapest, 1936. április 25.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC — ISSEKUTZ BÉLA — GORKA SÁNDOR — HÜTTL TIVADAR
VÁMOSSY ZOLTÁN — POÓR FERENC — REUTER KAMILLÓ — ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR — SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Armentano Lajos: Az ascorbinsav hatása a capillaris resistentiára. (383—386. oldal.)
Angyal Lajos és Sakel Manfréd: A serdüléses elmezavar insulinkezelése (folytatás). (386—389. oldal.)
Szendi Balázs: Ujabb nézőpontok az ikerkutatás terén (folytatás). (389—391. oldal.)
Sztehlo István: A myomás vérzések kezeléséről. (391—393. o.)
Hollósi Károly: A bujakóros lágy emlődaganat (gumma mammae). (393—395. oldal.)
Remete Tibor: A baromfi gümőkór szerepe az ember húgyivarszerveinek gümőkórjában. (395—397. oldal.)
Herman Károly: Insula-daganat. (397—398. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (65—68. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Szülészet. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. — Bőrgyógyászat. — Urologia. (398—400. oldal.)
Könyvismertetés: (400. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (401—404. oldal.)
Schaffer Károly: Tünödések „Az Ismeretlen Ember" felett. (404. oldal.)
Darányi Gyula: † Charles Nicolle. (405. oldal.)
Vegyes hirek: (405—406. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Ferenc József Tudományegyetem belklinikájának közleménye. (Igazgató: Rusznyák István ny. r. tanár.)

Az ascorbinsav hatása a capillaris resistentiára.

Irta: *Armentano Lajos dr.* tanársegéd.

Már régóta ismeretes, hogy vannak haemorrhagiás diathesisek, amelyekben a vérnek sem vegyi, sem alaki vizsgálatával eltérést kimutatni nem sikerül. Ezekben a diathesisekben az érfal betegsége a szembetűnő. Ebbe az ú. n. vascularis purpurák csoportjába tartozik pl. a scorbut, a Schönlein-Henoch-féle purpura stb. *A. F. Hess* már korábbi munkáiban rámutatott arra, hogy nemcsak a nyilvánvaló, hanem a rejtett scorbutban is az érfalak csökkent ellenállóképességéről van szó. A capillaris resistentia (C. R.) tanulmányozására szolgáló módszerek csak újabb keletűek. Régebben csak minőségi próbákat alkalmaztak. (Rumpel-Leede-tünet, Stephan-féle endothel symptoma stb.). Ujabban azonban ezen minőségi próbák elveinek felhasználásával több mennyiségi mérésre szolgáló módszert közöltek. Igy *da Silva-Mello, Borbély, Bexelius, Carusi* stb. a Hecht-féle szívási próba, *Göthlin, P. Wiemer, Holmgren, Lyttkens* stb. a Rumpel-Leede-tünet mennyiségi mérésére szerkesztették készülékeiket. Az előbbiek a capillarisoknak a csökkent külső nyomással, az utóbbiak pedig a fokozott belső nyomással szemben mutatkozó ellenállóképességet mérik.

A C. R.-mérésre szolgáló módszerek lehetővé tették már kisfokú csökkenésnek a megállapitását. *A. F. Hess, Öhnell* ilyen irányú vizsgálatai után *Göthlin* volt az első, aki arra törekedett, hogy a C. R.-t meghatározó módszerével a szervezetnek kisebbfokú C-vitamin hiányát is kimutassa. Tekintettel arra, hogy a teljes C-vitaminhiánynak, a scorbutnak legjellemzőbb tünete az érfal fokozott átjárhatóságán (erősen csökkent C. R.) alapuló vérzések, valószínűnek látszott az az elgondolás, hogy a C. R. fokmérője a szervezet C-vitamintartalmának. *G. F. Göthlin* scorbutos étrenden tartva egészséges egyéneket, a rendes C. R. nagyfokú csökkenését észlelte, viszont iskolás gyermekek csökkent C. R.-át állandó narancsfogyasztással fokozni tudta. Vizsgálatai alapján arra az eredményre jutott, hogy a C. R. viselkedéséből következtetni lehet a szervezet C-vitamintartalmára és ezen vizsgálattal máskülönben egészséges emberen a C-vitamincsökkenés igen kis fokát is már ki lehet mutatni bizonyos szempontok figyelembevételével. Fertőző betegségekben ugyanis (vörheny, kanyaró, influenza stb.) továbbá fehérjevizeléses, gyomornedvhiányos és gyomorfekélyes betegekben szintén csappant az erek ellenállóképessége, bár ebből még nem lehet a szervezet C-vitaminállományának csökkenésére következtetni. Ám ujabban *Schroeder* felteszi a kérdést, hogy a fertőző betegségekben jelentkező vérzéses diathesisek nem vezethetők-e vissza a szervezet csökkent C-vitamintartalmára, minthogy C vitamin megterhelési kisérleteiben egyes fertőző betegségekben sokkal nagyobb volt a C vitamin felhasználódása. Igaz, hogy a C vitamin hiánya a fertőző betegségek keletkezését elősegíti, viszont az is lehetséges, hogy a fertőző betegségekben a C vitamin az anyagcserefolyamatokban fokozott mértékben használódik fel.

P. Schultzer, Göthlin adataira támaszkodva, részletes vizsgálat tárgyává tette az achylia gastrica és ulcus ventriculis betegek C. R.-át s nemcsak megerősítette *Göthlin* adatait, hanem még bizonyos kóroktani jelentőséget tulajdonít a C hypovitaminosisnak a gyomorfekély keletkezésében. *G. Dalldorf* és *Russel* szerint is csökkent C. R. hypovitaminosisra utal.

Göthlin, Schultzer vizsgálatainak igen nagy jelentőségük van, mert ha a C. R. tényleg fokmérője a szervezet C vitamintartalmának, akkor ezen egyszerű vizsgálat segitségével a C hypovitaminosis könnyen megállapitható. *E. Gabbe* a hypovitaminosis kimutatására a C vitaminnak a vérből végzett kimutatását ajánlja. Vizsgálatai szerint a rendes vér C vitamintartalma 0.7—1,21 mg% között mozog. 0.4 mg%-on aluli értékek mellett

a felkar leszorításakor a petechiák száma megszaporodik. Ha a táplálékkal jelentékeny mennyiségű C vitamint visz be, akkor a vér C vitamintartalma emelkedik, ugyanakkor azonban a petechiák száma nem csökken.

Harris és *Ray, Johnson* és *Zilva, Drigalski* és mások a vizelet csekély C vitamintartalmából következtetnek hypovitaminosisra. C vitaminmentes étrenden tartva ugyanis a betegeket, a vizelet redukáló képessége csökken, viszont a szervezet napi C vitaminszükségletét (40 mg) meghaladó ascorbinsav adása után magasra emelkedik. *Plaut* és *Bülow* a liquor csökkent C vitamintartalmával, *Jusatz, Török* és *Neufeld* a vér katalytikus képességének csökkenésével törekednek lappangó scorbutot kimutatni.

Minthogy valószínű, hogy még számos betegségben van C-vitaminszegénység, fontosnak látszott eldönteni, hogy a C. R.-vizsgálat tényleg alkalmas-e a rejtett hypovitaminosisok kimutatására. Vizsgálatainkban a C. R. meghatározására *Borbély* módszerét alkalmaztuk. Tapasztalataink szerint ezen módszerrel a C. R. igen csekély változása már kimutatható és amellett mennyiségi eredményeket szolgáltat. Kisérleteinkben természetesen pontosan megtartottuk mindazokat a követelményeket, amelyek az érfal ellenállóképességének vizsgálatakor szükségesek. (Melegfürdő, torna kerülése, a C. R.-nak ugyanazon hőmérsékleti viszonyok között (17—24 C) történő mérése stb.) A táblázatokban foglalt eredmények mind a fossa supraclavicularis bőrterületére vonatkoznak, minthogy *Borbély,* majd *Wiemer* vizsgálatai szerint a bőr ezen a területen a legvékonyabb s ezáltal sok hibaforrás kiküszöbölhető. A különféle készülékekkel és módszerekkel szerzett adatok természetesen nem adnak egyöntetű eredményt. A szabályos értékek ismerete végett ezért először fiatal, teljesen egészséges (minőségi) szempontból is kifogástalan étrenden élő egyénekben határoztuk meg a C. R.-át. Ezen vizsgálatok szerint a jelzett hőmérsékleten

1. táblázat.

Capillaris resistentia-vizsgálatok eredménye diabetes mellitusban.

Nem	Kor	C. r. Hg.cm.	Nem	Kor	C. r. Hg.cm.
nő	39 év	6 5	nő	48 év	9.5
férfi	55 „	25.0	nő	48 „	10.0
férfi	49 „	6.0	nő	39 „	12.0
nő	44 „	14.5	nő	62 „	12.0
nő	64 „	8 0	nő	51 „	9.0
nő	40 „	17.0	nő	55 „	7.0
férfi	44 „	7.5	férfi	51 „	11.0
férfi	56 „	17.0	férfi	51 „	11.0
nő	55 „	8.0	nő	52 „	15.0
férfi	42 „	20.0	nő	53 „	12.0

a nők C. R.-ja 17—23, férfiaké 18—25 Hgcm között van. Ezen élettani értékek valamivel nagyobbak a *Borbély* által ugyanazon bőrtelületre megállapított értékeknél. Vizsgálatainkat olyan betegekben kezdtük meg, akiken az eddigi irodalmi adatok szerint csökkent C. R. mutatható ki: így vascularis diathesisben *(Morawitz),* gyomorfekélyben, gyomornedvhiányban, sepsisben, nephritisben stb. szenvedő betegekben 35 esetben határoztuk meg a C. R.-át. Ezek a vizsgálatok azzal a meglepő eredménnyel végződtek, hogy igazán alacsony értéket csupán a vérzéses diathesisben szenvedő betegekben találtunk: ezek közül kettő a vascularis, nem thrombopeniás purpurák csoportjába tartozott, a harmadik beteg évek óta súlyos diabetesben szenvedett, azonfelül időnkint bőrvérzések, véres széklet jelentkeztek. Az első két esetben a C. R.: 9.5, illetve 11.0 Hgcm, harmadikban 6.0 Hgcm. Feltünő volt az a körülmény, hogy míg a vascularis purpurás betegek végtagjai, főleg a lábszárak tele voltak friss és régi vérzésekkel, addig a diabeteses betegen a C. R.-vizsgálat alkalmával a vizsgált területen kivül semminemű vérzés nem volt látható. A további vizsgálatok kideritették, hogy ebben az esetben szintén vascularis purpuráról volt szó, minthogy a vérzés, alvadásidő, thrombocytaszám szabályos eredményeket adott. (Vérzési idő: 4', alvadási idő: 3', thrombocytaszám: 255.000) Természetesen első elgondolásunk az volt, hogy a beteg cukorbaja és vérzéses diathesise között valamilyen kapcsolat van. Ezért ettől kezdve minden cukorbajosban meghatároztuk az érfalak ellenállóképességét. A mellékelt táblázatban 20 diabeteses betegben kapott eredményeket foglaltuk össze.

Amint az 1. sz. táblázatból látható, 20 eset közül 14-ben feltünő alacsony C. R.-értéket kaptunk, bár ezeknek a betegeknek nyilvánvaló vérzésük nem volt. Minthogy a cukorbetegek legtöbbje nyers gyümölcsöt nem kap, kinálkozó volt a feltevésünk, hogy ezekben az esetekben is C hypovitaminosisról van szó. E célból az ilyen alacsony C. R.-jú diabeteses betegnek, miután a megfelelő étrenden és esetleg insulinkezelésen cukor és acetonmentesek lettek, 5—15 napon át naponta 150—200 mg ascorbinsavat adtunk intravenásan 5 ccm destillált vízben. Amint a mellékelt 2. sz. táblázatból látható, az ascorbinsavnak hosszabb időn át nyujtott nagy adagjai sem tudják a cukorbajosok csekély C. R.-ját növelni. A következő feltevésünk az volt, hogy talán a hosszantartó insulinozás idézi elő a capillarisok ellenállásának nagyfokú csökkenését, azonban eddig e tekintetben sem lehetett eseteinkben szabályszerűséget találni, insulinban sohasem részesült betegen épúgy észleltünk csökkent értékeket, mint szabályosat és forditva. Minthogy a vizsgálatra kerülő cukorbajos betegek inkább az idősebb korhoz tartoztak, amikor tudvalevőleg a cukorbajhoz már legtöbbször érelmeszesedés is társul, figyelemmel kisértük arteriosklerotikus betegekben is a C. R. viselkedését. Ezen vizsgálatok elvégzése annál inkább indokolt volt, minthogy *Wiemer* arteriosklerotikusokban kisebb C. R.-át talált, másfelől *Plaut* és *Bülow* idősebb emberek liquorában sokkal kevesebb C-vitamint tudott kimutatni. Vizsgálataink szerint azonban arteriosklerotikusokban is rendes, sőt néha még nagyobb az érfalak ellenállóképessége. Valószinünek látszik ezek-

2. táblázat.

Capillaris resistentia-vizsgálatok eredménye diabetes mellitusban.

Nem	Kor év	C-vitamin előtt: Cr r. Hg. cm.	V. v. t. (millió)	Thromb. (ezer)	:C-vitamin után: C. r. Hg. cm.	V. v. t, (millió)	Thromb. (ezer)	Megjegyzés
nő	39	6.5	3.5	255	6.5	3.5	210	14 nap. 150 mgr. ascorbinsav.
férfi	49	6.0	3.22	26	7 0	3.3	54	10 „ 150 „ „
nő	64	8.0	4.6	248	7.0	4.5	200	7 „ 150 „ „
férfi	44	7.5	5.2	205	7 5	5.3	217	4 „ 150 „ „
nő	55	8.0	4.5	—	9.0	4.5	—	5 „ 150 „ „
nő	42	9.5	5.1	145	9.5	5.1	160	6 „ 150 „ „

után, hogy maga az anyagcsere-betegség (mint autointoxicatio?) hozza létre a capillarisok fokozott átjárhatóságát diabetesben. E kérdésnek az eldöntése azért nagyon nehéz, mert pl. a scorbutra vonatkozólag sincs eldöntve még, hogy a vérzések hogyan jönnek létre. *Aschoff* és *Koch* vizsgálatai szerint az endothelsejtek közötti ragasztóanyag lazul meg. Más vascularis purpurákban (pl. fertőző betegségekben) *Herrnheiser* a capillarisok endotheljének duzzadását tételezi fel. Minthogy *Schroeder* diabeteses betegekben 300 mg ascorbinsav napi bevitele után is a vizeletben alacsony értékeket talált, felmerül az a kérdés, hogy vajjon sokkal nagyobb C vitaminbevitellel nem lehetséges-e a cukorbajosok csökkent C. R.-át fokozni. Vizsgálataink ezirányban is folyamatban vannak.

3. táblázat.

Capillaris resistentia vizsgálatok érelmeszesedésben szenvedőkön:

Nem	Kor	C. r. Hg.cm.	Megjegyzés
nő	63 év	23 0	Vérnyomás 165/90
férfi	55 „	22.0	„ 185/110
férfi	67 „	26.0	„ 120/70
férfi	64 „	23.0	„ 150/70
férfi	62 „	22.0	„ 130/65
férfi	58 „	22.0	„ 160/90
nő	58 „	16.0	„ 230/120
férfi	55 „	26.0	„ 140/75
férfi	73 „	23.0	„ 160/80
férfi	62 „	9.0	„ 165/90

Az újabb irodalomban vált ismeretessé az a tény, hogy a heveny vesegyulladásosak vérvizelését az ascorbinsav megszünteti. *Böger* és *Schröder*, továbbá *Korányi* és *Bentsáth* vizsgálatai szerint a szemmellátható vérvizelést néha már 1—2 nap alatt eltünteti. *Böger* és *Schröder* a C vitamin vérzéscsökkentő hatását az albumin-globulin megszaporodásával magyarázzák. *Korányi* és *Bentsáth* azonban nem tudták megerősíteni *Böger* és *Schröder* felfogását. Valószinübbnek látszott előttünk az az elgondolás, hogy a vesevérzés megszünésének az okát a C vitaminnak az általános capillaris-rendszerre kifejtett előnyös hatásában kell keresni. E célból meghatároztuk 4 nephritises beteg C. R.-ját a vérzés alatt, az ascorbinsav adagolása előtt és annak befejezése után. Három esetben a vérvizelés (makroskopos) 2—3 nap alatt, egy esetben 10 nap alatt szünt meg, ugyanakkor a hajszálerek ellenállóképessége is 4—7 Hgcm-rel emelkedett annak ellenére, hogy mind a négy esetben a C. R. a vérzés alatt is szabályos értékeket mutatott. A C vitaminnak a gyulladásos vesevérzésben mutatkozó hatása érthetővé válik azon irodalmi adatok figyelembevételével, amelyek az ascorbinsavnak a vizeletben megjelenését tanulmányozták. Tudvalevőleg az intravenásan adott nagymennyiségű ascorbinsav a veséken keresztül választódik ki és nincs szoros viszonyban a vizelet mennyiségével, így valószínű, hogy a glomerulusokon keresztül kiválasztott nagy töménységű ascorbinsav „in loco" sokkal könnyebben fejtheti ki hatását, mint a szervezet többi capillarisaiban (4. sz. táblázat). A C. R.-al párhuzamosan végzett thrombocytaszámok nem mutattak lényeges változást az ascorbinsav-kezelés kapcsán.

A további vizsgálatok olyan betegeken történtek, akikben hypovitaminosis volt feltételezhető. E célból 5 ulcus ventriculi, 6 achylia gastrica, 2 endokarditis, illetőleg sepsis, 1 colitis ulcerosa, 1 cc. ventriculi, 1 stenosis pylori, 2 achyliával járó peritonitis tbc.-ban szenvedő betegben határoztuk meg a C. R.-t; a fekélyes betegekben rögtön a felvételük után, majd a hosszabb ideig tartó szigorú étrendi kezelés befejezésekor. Annak ellenére, hogy ezen betegek hosszú időn keresztül (2—3 hét) csak tej, majd utána Sippy I—II. étrenden voltak, a C. R. csökkenése csupán egy esetben volt kimutatható; a többi esetben a várt alacsony értékek helyett inkább magasabb C. R.-át kaptunk, amely a szigorú étrend ellenére tovább emelkedett. Igaz, hogy a vérző betegek intravenás calciumot kaptak, amely *Borbély* vizsgálatai szerint növeli a hajszálerek ellenállóképességét, amit vizsgálataink is megerősítenek. Minthogy a haematuriával járó nephritises betegek rendes C. R.-át is képes volt az ascorbinsav fokozni, a fenti esetekben is figyelemmel kisértük a hajszálerek ellenállóképességének viselkedését 150—200 mg ascorbinsav 5—10 napi intravenás adagolása után. E mérésekkel egyidejüleg mindig meghatároztuk a vörösvértest és thrombocytaszámot (*Fonio* szerint), annak kimutatására, hogy van-e összefüggés a C. R. és a thrombocytaszámközött, másfelől befolyásolja-e az ascorbinsav ép és kóros körülmények között a vörösvértest-thrombocytaszámot. (5. sz. táblázat.)

Amint a táblázatból látható, a C-vitaminnak 5—10 napon át történt adagolása után sem változott meg a C. R., csupán öt esetben (a vascularis diathesis, sepsis, endokarditis, stenosis pylori és peritonitis tbc.) kaptunk 3—4 Hgcm emelkedést. Az eddigi ulcusos és achyliás eseteinkben semmiféle változást nem sikerült kimutatni. A vörösvértestszám az összes esetekben (kivéve természetesen a vérző fekélyeket) változatlan maradt, a thrombocytaszám is csak akkora ingadozást mutatott, amekkora a számolási módszer hibaforrásával együtt jár. Arra a kérdésre, mi okozza azt a nagy különbséget, ami *Göthlin, Schultzer* és a mi vizsgálataink között van, egyelőre kielégitő magyarázatot nem tudunk adni. *Göthlin* maga hivja fel a figyelmet arra, hogy a C. R.-ra vonatkozó vizsgálatokat más éghajlat és táplálkozási viszonyok között élő népfajon is ki kell próbálni. *Göthlin* és *Schultzer* vizsgálatai ugyanis Skandináviában történtek. További vizsgálatok szükségesek arra vonatkozólag is, hogy milyen különbségek adódnak a különféle módszerrel végzett meghatározások között (fokozott belső nyomás, illetőleg szívó hatás között). *Wiemer* erre vonatkozó vizsgálatai szerint a Rumpel-Leede-tünet csak az erősen csökkent értékek esetében halad párhuzamosan a szívási próbával, míg a magasabb értékekben a szívási próbával a C. R.

4. táblázat.

Capillaris resistentia vizsgálatok haematuriásokon.

Nem	C-vitamin előtt: Cr r. Hg. cm.	V. v. t. (millió)	Thromb. (ezer)	C-vitamin után: Cr r. Hg. cm.	V. v. t. (millió)	Thromb. (ezer)	Megjegyzés
férfi	27.5	3.5	146	32.0	3.5	160	6 napig 150 mgr. C-vitamin, haematuria megszünt 2 nap alatt.
nő	21.0	3.7	187	25.5	3.88	248	7 napig 150 mgr. C-vitamin, haematuria megszünt 3 nap alatt
nő	26.0	3.8	258	31.0	4.0	197	5 napig 150 mgr. C-vitamin, haematuria megszünt 2 nap alatt
férfi	28.0	4.25	221	35.0	4.1	210	12 napig 200 mgr. C-vitamin, haematuria megszünt 10 nap alatt.

5. táblázat.

Cappillaris resistentia vizsgálatok ulcus ventriculi, achylia gastrica, stb. esetén.

Nem	C-vitamin előtt: C. r. Hg cm.	V. v. t. (millió)	Thromb. (ezer)	C vitamin után: C. r. Hg cm.	V. v. t. (millió)	Thromb. (ezer)	Megjegyzés
férfi	9.5	4.1	190	12.0	4.1	155	Vascularis purpura. Vérzési idő 4'. Alv. idő 6'. 2×10 napig 200 mg. C-vitamin.
nő	29.0	4.5	234	27.0	4.4	267	Achylia gastrica. 7 napig 200 mg. C-vitamin.
férfi	27.0	3.1	124	27.5	3.1	142	Achylia gastrica. 6 napig 150 mgr. C-vitamin
férfi	3.60	4.7	270	34.0	4.7	221	Achylia gastrica. 7 napig 150 mgr. C-vitamin
férfi	31.0	3.7	310	31.5	3.9	300	Achylia gastrica, cc. ventr. 6 napig 150 mgr. C-vitamin
nő	14.5	2.8	120	14.5	2.9	170	Achylia gastrica. 8 napig 200 mgr. C-vitamin
férfi	36.0	2.8	207	38.0	2.9	249	Ulcus ventriculi melaena. 8 napig 150 mgr. C vitamin
férfi	29.0	4.7	263	29.0	4.5	205	Ulcus ventriculi melaena. 8 napig 150 mgr. C vitamin
férfi	35.5	3.0	123	35.5	3.3	111	Ulcus ventriculi melaena. 10 napig 150 mgr. C vitamin
nő	26.0	—	—	27.0	—	—	Ulcus ventriculi melaena. 10 napig 150 mgr. C vitamin
nő	26.0	3.5	320	27.0	3.6	260	Peritonitis tbc. 5 napig 150 mgr. C-vitamin.
nő	32.0	3.9	277	35.0	3.9	190	Peritonitis tbc. Achylia gastr. 5 napig 150 mgr. C-vit.
nő	22.0	4.3	305	24.5	4.2	290	Endokarditis acuta. 6 napig 150 mgr. C-vitamin.
nő	25.0	3.5	245	29.0	3.5	220	Sepsis staphylococcica. 7 napig 150 mgr. C-vitamin
férfi	22.0	3.2	230	22.0	3.2	220	Cc. ventriculi. 13 napig 200 mgr. C-vitamin.
férfi	17.0	4.8	269	17.5	4.85	290	Colitis ulcerosa achlorhydria. 14 napig 200 mgr. C-vit.
nő	11.0	3.7	89	10.0	3.7	60	Vascularis purpura, Vérzésidő 3'. Alv. 4'. 12 napig 200 mgr. C-vitamin.
férfi	21.0	4.2	258	25.5	4.0	250	Stenosis pylori (ulcus) 7 napig 200 mgr. C-vitamin.

csökkenésének kisebb eltérései jobban megállapíthatók, mint a Rumpel-Leede-tünettel.

Eddigi vizsgálataink mindenesetre azt mutatják, hogy ha van is bizonyos összefüggés a csökkent C. R. és a hypovitaminosis között, ezt általános érvényűnek kimondani nem lehet. Vannak olyan betegségek, amelyek igen kis C. R.-al járnak és a C-vitaminnal egyáltalában nem befolyásolhatók. A capillaris vérzés létrejöttében — még ha csak a szorosabb értelemben vett vascularis purpurákat vesszük is tekintetbe — a szervezet C-vitamintartalmán kivül, még sok más tényezőnek is igen fontos szerep jut.

Vizsgálataink eredményét a következőkben foglalhatjuk össze:

1. Diabetes mellitus nagy hányadában feltünő csekély C.R. található, amely az ascorbinsavnak hosszabb ideig történő adagolásával sem befolyásolható. Annak ellenére, hogy cukorbajosnak gyakran kisebb a C. R.-ja, mint valóságos haemorrhagiás diathesises betegnek, diabetesben vérzések mégsem jelentkeznek. Ezekben a cukorbajosokban sem az alvadás-vérzésidő, sem a thrombocytaszám (egy kivételével) nem mutatott lényeges változást még C-vitamin adagolásra sem.

2. Vérvizeléssel járó nephritises betegek C. R.-ját az ascorbinsav fokozza. Valószinüleg ezen alapszik a C-vitaminnak előnyös vérzéscsillapitó hatása.

3. Vascularis diathesis két esetében a C-vitaminnak igen hosszú időn keresztül történt adagolása a vérzéseket nem szüntette meg, az alacsony C. R.-át csak kisfokban emelte, a thrombocytaszámot nem befolyásolta.

4. Ulcus ventriculi, achylia gastrica eseteiben csökkent C. R., amely C hypovitaminosis mellett bizonyitana, nem volt kimutatható. Ascorbinsavval a C. R.-át még oly esetekben sem sikerült fokozni, amelyek hosszabb időn keresztül vitaminszegény étrenden voltak.

5. A hajszálerek ellenállóképességének nagysága csak bizonyos fokig függ a thrombocyták számától: csökkent C. R. mellett szabályos lehet a thrombocytaszám, viszont a thrombopeniák rendszerint csappant C. R.-val járnak.

6. Az ascorbinsav nem befolyásolja sem a vörösvértestek, sem a thrombocyták számát.

A bécsi elme- és idegkórtani klinika (ig.: Pötzl O. ny. r. tanár) és a Pázmány Péter Tud.-Egyetem elme- és idegkórtani klinikájának (megb. vezető: Somogyi I. c. rk tanár) közleménye.

A serdüléses elmezavar insulinkezelése.

Irták:

Angyal Lajos dr. egyet tanársegéd és *Sakel Manfréd dr.*

(Folytatás.)

Az elmondottak szemléltetésére 3 kezelt esetünk kórrajzát közöljük:

1. *F. Konrád,* 26 é. egy. hallg. Felv. a bécsi elmekórtani klinikára 1935. XI. 22.

Kórelőzmény: Szülei elsőfokú unokatestvérek. A beteg mindig nyugodt, csendes, szorgalmas egyén volt. Az utóbbi időben utolsó vizsgájára készült és nagyon sokat tanult. 10 nap óta nyugtalan, zavart, üldöztetéses téveseszméket hangoztat, agressiv.

Jelen állapot: Izgatott, desorientált, gyanakvó, agressiv, köpköd, az orvost megüti. Az orvost bünügyi hivatalnoknak tartja, azt hiszi, hogy börtönben van. Eleinte vonakodik feleletet adni, később elmondja, hogy X. professort meggyilkolta, mert ez öt halálsugarakkal meg akarta semmisiteni . . . ö a vezér, és öt mindenki meg fogja csalni . . . nagy zürzavar van körülötte . . . politika miatt üldözik . . . a környezetében rejtélyes dolgok történnek, amelyeknek nem tudja a magyarázatát adni . . . az emberek félnek töle, nem mernek ránézni, stb. Bel- és ideggyógyászati lelete negativ.

Kórlefolyás: XI. 28-ig megfigyelési idő. A beteg súlyos psychomotoros izgalomban van, rácsos ágyban kell tartani. Az ágyban dobálja magát, ha valaki a közelébe megy, kiabál, köpköd, verekszik. Mindenkiben árulót, zsidót lát, szitkozódik, a „Vezér"-ről beszél; testében elektromos hullámokat érez. Th: altatóul amylenhydrat, dial, modiscop, scopolamin.

XI. 29. Insulin-kezelés kezdete. XI. 29: 20 E, XI. 30: 40 E, XII. 1: 50 E, XII. 2: 60 E insulin. Shok eddig nem jelentkezett. A téveseszmék változatlanul megvannak, de a hypoglykaemia alatt a psychomotoros izgalom már 40 EI után csökken. Az insulinkezelés első napja óta altatók nélkül alszik. XII. 3: 70 EI, utána 3 órával typusos nedves shok, amelyet a jelentkező motoros izgalmi tünetek miatt ½ óra mulva intrastomachalis cukoroldattal megszakitunk. A hypoglykaemiás állapotból magához térve feltünő változás észlelhető a betegen. Bár továbbra is ellenséges, gyanakvó, agressivitása és psychomotoros izgalma megszünt. Dissimulál. Keserüen kérdi, hogy miért van itt tulajdonképen és mikor engedik szabadon? XII. 4, 5, 6: Naponta 80 EI-t kap, amely után minden alkalommal typusos nedves shok fejlődik ki. A hypoglykaemia kifejlődése alatt teljesen hozzáférhető: téveseszméiről mint „esztelenség"-röl beszél, nem tudja elképzelni, hogyan juthatott ilyen gondolatokhoz.

Emellett még feszült, bizalmatlan, irónikusan beszél a „kezelés"-ről, kéri az elbocsájtását. XII. 7. Szünet. XII. 8—12: Napi 80 EI, minden alkalommal typusos nedves shok. XII. 10 óta nem csak a hypoglykaemia alatt, hanem délután is rendezett, nyugodt, udvarias. Belátja, hogy „esztelen" tervekkel foglalkozott, de nem tartja magát betegnek. Lényében még mindig van egy bizonyos aggódó és tartózkodó vonás. A hypoglykaemia alatt reactivált psychotikus jelenségek nincsenek. XII. 13. Pharingitis acuta, temperatura 38° C körül. Insulint kihagyjuk. Psychésen teljesen egészséges egyén benyomását kelti. Kiállott psychosisának tüneteiről mint betegségi tünetekről beszél, belátja a kezelés hasznát és szükségességét. XII. 17: Minthogy továbbra is teljesen panaszmentes, az insulinkezelést végleg, III. szakasz nélkül, befejezettnek tekintjük. A beteg szabad, rendezett, barátságos, udvarias, kiállott psychosisára vonatkozóan teljes betegségi belátást tanusit. Tudja, hogy beteg és „zavart" volt. Emlékezése a betegségére vonatkozóan homályos, elmosódó. Sajátságos állapotban volt — mondja — „von Bestrahlungswahn besessen". A klinikát nem ismerte fel, azt hitte, hogy léghajón, máskor hogy a hadügyminisztériumban van, hogy a rendörség üldözi. Az ágy rácsának érintésekor elektromos áramot érzett. Mint a sch. önkéntes javulásai esetén általában szokatlan jelenséget megemlítjük, hogy a beteg a kiállott psychosis élményeiről teljesen szabadon, minden tartózkodás nélkül beszél. XII. 21: Teljesen gyógyultan hagyja el a klinikát. 1936. I. 25: Levél az apától: a fiú teljesen egészséges, tanulmányai folytatásához ismét hozzáfogott.

2. *F. Wolf*, 17 é. tan. Felv. a bécsi elmekórtani klinikára 1935. VIII. 31.

Kórelőzmény: Korábban élénk, társaságkedvelő, kötelességtudó, jó felfogású fiú volt. Hónapok óta szeszélyes, kiszámíthatatlan, zárkózott, tanulásban megrekedt. 1 hete bizalmatlan, az ételeket rossznak találja, éjszaka zavart, nyugtalan.

Jelen állapot: Felvételkor lehangolt, gátolt, éjszaka nyugtalan, szorongó, modiskoptól alszik. Reggel erőszakkal kell az ágyból kivenni, ajkára fagyott mosollyal mondja, hogy tudja, hogy ideggyógyintézetben van. Tréfából egyik osztálytársa fürdőbérletét elvette, ezt a fivére egy alkalommal használta, emiatt kellett idejönnie. Beszéde hol körülményes, terjengős, hol agrammatikus rövidítéseket használ. Sivárnak érzi magát, 1 éve nehezen tud tanulni. Előadása szintelen, apathikus. Elmondja, hogy időnként zörejeket hall, így pl. lapátolás hangját a kertből. Amikor ezt említi, szorongó félelem lepi meg, mintha valami borzalmas elmény hatása alatt állna. Bel- és ideggyógyászati lelete negativ.

Kórlefolyás: IX. 17-ig megfigyelési idő. Feszült, agressiv, szorongásos rohamok. Gyakran lármás, fütyül, énekel, finnorog. Nyugtalansága miatt a fektetőn és rácsos ágyban kell tartani. Az ágyban ugrál, kiabál. A rendörség foglyának tartja magát. Altatók: pernokton, modiskop.

IX. 18. Az insulinkezelés kezdete. Reggel 6 ó. 45: 15EI, változatlan. IX. 19: 8 ó. 25 EI. ½10 körül csendes, nyugodt, D. u. sokat alszik. IX. 20: 7 ó. 30: 30 EI. ½10 körül cc. ½ órán át tartó psychomotoros nyugtalanság, majd megnyugszik. Altató nélkül alszik. — IX. 21: 35EI, IV. 22: szünet, IX. 23: 45 EI, IX. 24: 55 EI. Shok még nem jelentkezett. Csendes, de psychotikus, téves eszméi vannak, hallucinál. Állandóan madárhangokat hall; meg fog halni; a klinikán mindenkit tönkretesznek. Az orvosnak a következőket mondja: „Önök megnyerték a játszmát, győztek! Fogjon egy kalapácsot, üssön agyon!" Ő nemzeti szocialista, azért került ide, de nem fél a haláltól. A mellette lévő beteg valójában zsidó és színházat játszik. A zsidók és a keresztények nem házasodhatnak a saját fajtájukba, mert ez elfajzást okoz, ő ezért zsidó nőt fog feleségül venni. IX. 25: 65 EI, IX. 26: 75 EI, IX. 27; 85 EI, IX. 28; 85 EI, IX. 29: insulinmentes. Eddig shok nem jelentkezett, állapotában nincs újabb változás. IX. 30: 6 ó. 30: 90 EI. 9 ó.: Erősen izzad. Nagyfokú nyugtalanság: fütyül, énekel, dobálja magát, kiabál, majd lassan elcsendesül, typusos nedves shokba kerül. D. u. csendes, tájékozott, udvarias. Orvosát megkérdi, mikor és miért került tulajdonképen a klinikára. X. 1: 90 EI, nedves shok. X. 2: 7 ó. 30; 100 EI, 10 ó. 30; epilepsiás roham, amelyet 50 cm osmon intravenás alkalmazásával szüntetünk. X. 3: ϕ. X. 4—5: 90 EI, nedves shok. X. 6; ϕ. X. 7: 90 EI, nedves shok. Rendezett, nyugodt, hallucinatiói megszüntek, téveseszméit feladja. X. 8: 90 EI. Epilepsiás roham, emiatt 2 napos szünet. X. 11—12: 80 EI, nedves shok. X. 13: ϕ. X. 14—19; Naponta 80 EI, minden alkalommal typusos nedves shok. Időnként még erősen kötött, merev, szófukar. X. 20: ϕ. X. 21: 80 EI, epilepsiás roham. X. 22, 23, 24: ϕ. Teljesen nyugodt, rendezett, feleletei világosak, helyesek. Az ápolóknak segédkezik. X. 25: 70 EI; Epilepsiás roham. X. 26, 27, 28: ϕ. Rendezett, barátságos. Teljes betegségi belátás. X. 29, 30, 31: Naponta 65 EI, minden alkalommal nedves shok. Reactivált psychotikus jelenségek a hypoglykaemia kifejlődése alatt nem jelentkeznek. XI. 1: Minden tekintetben gyógyult egyén benyomását kelti. Téveseszméit teljesen elhagyta, érzékcsalódásai nincsenek. Udvarias, derüs. XI. 2: 65 EI, epilepsiás roham. A kifejlődő insulintúlérzékenység miatt a kezelést befejezzük. XI. 7: Teljesen gyógyultan bocsátjuk haza. Ellenőrző vizsgálat XII. 13-án és 1936. I. 18-án: Elmúlt betegségének tüneteiről minden gátlás nélkül beszél, panaszmentes. Szülei szerint teljesen kifogástalanul viselkedik, kiállott betegségének nyomát sem látják rajta. Sportol. Érdeklődése rendes, korábbi zenei tanulmányait ismét megkezdte. Orvosi tanácsra tanulmányait még nem kezdte el.

3. *J. Attila*, 26 é. hivatalnok. Felv. a budapesti elmekórtani klinikára 1935. VIII. 10-én.

Kórelőzmény: Betegsége előtti egyénisége bizalmatlan, szeszélyes, zárkózott. 5 hete nősült. 4 hete féltékeny, mindenkiben ellenségét látja. Azt hiszi, hogy a lakása padlójában csapóajtó van elrejtve, hogy ellenségei ezen keresztül behatolnak hozzá és őt megfigyelik. Hallási hallucinatiók.

Jelen állapot: Astheniás alkat. Viselkedése bizalmatlan, gyanakvó. Izgatottan panaszkodik: a klinikán elektromos sugarakkal hütik a veséjét, az orvosok és az ápolók szintén beletartoznak abba a szervezett társaságba, amely az ő tönkretevését tüzte ki célul. Házassága 9-ik éjszakáján a feleségét hidegnek találta. Az a gondolata támadt, hogy a felesége kint járt, amíg ő aludt. Csakhamar észrevette, hogy a padló sajátságosan hullámzik. Ebből rájött, hogy a padtóban csapóajtó van elrejtve. Szervérzési, szaglási, izlési és hallási hallucinatiók, féltékenységi, üldöztetéses, vonatkoztatásos és hypochondriás téveseszmék. Bel- és ideggyógyászati lelete negativ.

Kórlefolyás: VIII. 30: Állandó hypochondriás szorongás. Pulsusát tapogatja, azt hiszi, hogy percek alatt meghal. A gyomra és a belei összezsugorodtak, az orvosok összejátszanak a feleségével, őt vértelenitik, malariával oltják, injectiókkal mérgezik, az ételeibe is mérget kevernek, az ágyába alulról magas feszültségü elektromos áramot vezetnek, stb. Feleségét durván megtámadja, kiutasítja. Th: roborálás, nyugtatás és altatók. IX. 30: Állapota fokozatosan romlik. Meduna f. cardiazol-shok kezelést kezdünk el. IX. 30: 0.60 g cardiazol i. ven. X. 3: 0.80 g cardiazol i. v. X. 10: 1 g cardiazol i. ven. X. 15: 1 g cardiazol i. ven. X. 21: 1.20 g cardiazol i. v. és X. 24: 1.40 g cardiazol i. v. Typusos epilepsiás roham csak X. 15. és X. 21-én jelentkezett, a többi alkalommal, igy az utolsó 1.40 g-os adagra is csak óriási szorongás, remegés, halálfélelem. Minthogy a beteg a cardiazolüezelés kapcsán jelentkező testi érzéseket is beépiti a téveseszméibe (az orvos meg akarja őt ölni kisérletből, hogy ezáltal az emberiségnek használjon; őt állandóan izzasztják, zsibbasztják, stb.) és minthogy a kezelés alatt a beteg állapota tovább romlik (állandó kinzó hanghallások, a hangok azt mondják, hogy ő meg fog halni, ki fogják végezni; állandóan villamozást, zsibbadást érez; az ételeit mérgezetteknek, a levegőt mérges gázokkal telitettnek tartja), minthogy végül a beteg 1.40 gr cardiazolra sem reagált, a hatás szempontjából kivánatos görcsrohammal, a cardiazol-kezelést beszüntetjük és X. 30-án insulinkezelést kezdünk el. X. 30: 20 EI. X.31:30 EI, XI. 1: 40 EI, XI. 2: 40 EI, XI. 3: 50 EI. aluszékony. Orvosával szemben valamivel bizalmasabb. XI. 4: 50 EI, XI. 5: 60 EI, XI. 6; 70 EI, Shok még nem jelentkezik. XI. 7: 80 EI, XI. 8: 90 EI, XI. 9; 90 EI, XI. 10: ϕ, XI. 11: 80 EI, XI. 12; 100 EI. Erős izzadás, a hypoglykaemia kifejlődési szakában psychomotoros izgalom, később somnolentia. Szénhydratfelvétel után az izgalmi szakra vonatkozóan amnesiás. XI. 13: 100 EI. 3 óra mulva átmeneti psychomotoros izgalmi szak után typusos nedves shok, amelynek tetőfokán a cornealis reflex nem váltható ki, az inreflexek fokozottak, Babinski- és lábclonus m. o. positiv. D. u. nyugodt, hozzáférhető. XI. 14: 110 EI. Teljesen hasonló lefolyás, mint tegnap: rendkivül erős psychomotoros nyugtalanság, majd koma. D. u. az izgalmi szakra vonatkozóan teljesen amnesiás (Pötzl). XI. 16, 17, 18, 19: Mindennap 120 EI, a shok kifejlődése és lefolyása a már ismertette typussal azonos. XI. 20: Insulinmentes nap. A tegnapi napra vonatkozóan (nagyfokú psychomotoros izgalom) teljesen amnesiás. Elmondja, hogy szagokat még mindig érez, amelyek a pincéből jönnek fel, azonban ezek már sokkal gyengébbek és nem hiszi, hogy ezeknek valami jelentősége lenne. Hanghallásai megszüntek, környezete viselkedésében semmi gyanusat nem észlel. (Amint látható, a beteg számára a psychotikus élmények mintegy desactuali-

sálódtak, a beteg a psychosisát mintegy bizonyos távolból nézi. *Pötzl* szerint a kórképnek ez a változása, amelynek a gyógyulás szempontjából nagy jelentőséget tulajdonít, az emlékezethiányra vezethető vissza). X. 21—22: 120 EI, typusos lefolyású shok. XI. 23: insulinmentes. Panaszmentes, jól érzi magát. Hallucinatiói, téveseszméi nincsenek, a beteggel foglalkozás során sem sch. gondolkozási zavart, sem vonatkoztatásokat nem észlelünk. XI. 24: Mivel XI. 28-án hivatalát feltétlenül el kell foglalnia, elkezdjük a III. szakaszt. 3×40 EI-t adunk naponta. XI. 26: Teljesen egészséges egyénnek tetszik, feleségével kijár a városba. A mai napon teljesen gyógyultan hazabocsátjuk. XI. 30: Panasztalan, hivatalába bejár és munkáját kifogástalanul végzi. A klinikán eltöltött időre, valamint psychotikus élményeire nem emlékszik vissza: „Kérem az egész olyan, mintha valami álom lett volna, valami rossz álom, amit elfelejtettem".

Három közölt esetünk közül kétségtelenül az utolsó eset feltisztulása, illetve szociális szempontból nézve jelenleg teljes gyogyulása a legmeggyőzőbb. Ez a beteg ugyanis astheniás alkatával, praemorbid egyéniségével és súlyos kórfolyamati tünetektől nyüzsgő paranoid processusával eleve a legkedvezőtlenebb kórjóslatú volt. 2½ hónapi klinikai ápolás alatt a beteg állapota fokozatosan tovább romlott, a közben alkalmazott cardiazol-shok kezelés is eredménytelen maradt. Annál feltünőbb volt a hypoglykaemiás kezelés bevezetése után mutatkozó gyors javulás: 24 napos kezelés után a beteget tökéletesen gyógyult, munkaképes állapotban tudtuk elbocsájtani. Ez az eset teljesen megegyezik a bécsi klinika idevágó tapasztalataival, amely szerint *éppen a korábban csaknem kilátástalan paranoid folyamatok az insulin-kezelés legalkalmasabb tere.*

A hypoglykaemiás shok-kezelés eddigi eredményei.

A bécsi elmekórtani klinikán az első 2 évben, 1933. X.—1935. X. 31-ig összesen 104 beteg kezeltetett az insulin-hyperglykaemiás módszerrel. Az anyag *Dussik* és *Sakel* által részletesen feldolgozva a Z. f. d. ges. Psych. u. Neurol-ban fog rövidesen megjelenni. Statistikai adataink ebből az összeállításból származnak azzal a különbséggel, hogy mi az azóta tudomásunkra jutott újabb recidiv eseteket is figyelembe vettük.

Az alábbiakban heveny eseteken olyanokat értünk, amelyekben a beteg elsőizben kerül kezelés alá és a betegség első észlelhető tüneteit ½ évnél nem idősebbek; chronikus eseteknek számítjuk a ½ évesnél idősebb és visszaeső eseteket. A javulás fokozati megkülönböztetésére a teljes remissio, jó remissio, socialis javulás és nem javult elnevezéseket használjuk. A teljes remissióhoz azokat az eseteket számítjuk, amelyekben a beteg hivatásához visszatért, betegségi belátást mutat, környezete számára is minden tekintetben egészséges egyén benyomását kelti és psychotikus élményeivel szemben normalis álláspontot foglal el, azokat az orvosával szabadon megbeszéli. A jó remissióban lévő betegben teljes munkaképesség és sociabilitas mellett enyhe személyiségváltozás marad vissza, mint bizalmatlanság, zárkózottság, introversiós hajlam stb. Socialis javulásról beszélünk, ha a beteg defectus-remissiójában intézeten kívüli környezetébe beilleszkedik és valamilyen munka végzésére képes.

104 esetünk a következőképen oszlik meg:

I. Acut esetek száma	56	
ebből teljes remissio	42=75%	=89.3%
jó remissio	6=14.3%	
socialis javulás	1= 1.8%	
nem javult	5= 9%	
II. Chronikus esetek száma:	34	
A) Ebből eddig lökésszerű lefolyású volt	16 eset	
B) Egyenletes lefolyású volt	18 eset	
Az A) csoportból teljes remissio	6	
jó remissio	4	
socialis javulás	1	
nem javult	5	
A B) csoportból teljes remissio	3	
jó remissio	3	
socialis javulás	4	
nem javult	8	

Az összes chronikus esetekből tehát a teljes gyógyulás arányszáma 26.4%, a jó remissióé 20.6%, a hivatásképes, munkakörébe beilleszkedő eseteké tehát összesen 47%.

III. 9 ambulanter kezelt chronikus eset közül (a shok tartama alatt a klinika kórtermében fekszik, utána kisérővel hazamegy) teljes remissióba jutott 2, jó remissióba 4, socialisan javul 2, változatlan 1 eset.

IV. 2 régi paranoiás eset az insulinkezelésre nem változott.

V. 3 sch. beteg a kezelés alatt meghalt.

A teljes remissiók közül kiújult 5, a jó remissiók közül 9, a socialis javulások közül 1. A recidivás betegek közül 9 újabb insulin-shok kezelésen esett át, még pedig 5 jó eredménnyel, 3 eredmény nélkül, 1 még kezelés alatt áll.

A betegek katamnestikus észlelése pontosan folyik. A katamnestikus észlelés eddigi időtartama az első kezelési cyclus közölt dátumaiból kb. adódik.

Természetes, hogy a fenti számok nem tekinthetők absolut és végleges értékeknek. Bár 104 eset eredményei egy új gyógyító eljárás hatásosságának elbirálásában az eljárás nagy anyagon végzett utánvizsgálása vagy elvetése szempontjából komolyan mérlegelendők, komoly statistikai számítások alapja — bármily meggyőzőek is az egyes reactiók — csak sokkal nagyobb létszám lehet. Lényeges változást szenvedhetnek az idők folyamán a kiújulásokra vonatkozó adatok is. Az eddigi tapasztalataink alapján a sch. hypoglykaemiás-shok kezelését mindenesetre az eddig leghatásosabb gyógymódnak tartjuk, egyidejüleg azonban nagy súlyt vetnénk arra, hogy az insulin-shok kezelés a kórélettani, aetiologiai és a kielégítő theoretikus alap hiányában intézet-közileg megszervezett, pontos adatgyüjtésből származó tapasztalati tények alapjára helyeztessék. Ennek a megszervezésnek főbb pontjai lennének: 1. egységes eljárás a kezelésben és a remissiók fokozatainak megitélésében; 2. a javult esetek pontos katamnestikus nyilvántartása; 3. a tapasztalatok kölcsönös kicserélése.

A hypoglykaemiás shokkezelés veszélyessége.

Beszámolónk nem lenne teljes, ha végezetül nem emlékeznénk meg a kezelés veszélyeiről. A kezelés acut veszélyeire és a teendőkre már fent rámutattunk, azonban a kezelés során 3 haláleset is előfordult. A halálok az egyik esetben az insulin-hypoglykaemia kapcsán kifejlődő status epilepticus, a másikban, egy 36 éves egyén esetében, a hirtelen szívhalál okát az obductio arteriosklerosis arteriarum coronarium cordis, thrombosis art. coronariae dextrae-ben találta meg. A 3-ik esetben ugyancsak halmozott epilepsiás rohamok, majd bronchopneumonia okoztak halált, itt a boncolás meglepetésszerüen heveny pankreasnekrosist talált. A kezelés azóta kialakult szabályainak pontos betartásával a 3 exitus közül 2 kétségtelenül elkerülhető lett volna, ugyanis: az 1. beteg este 20 óra 30-kor kapott insulint, majd 23 órakor szénhydratot, valószínüleg nem kielégítő mennyiségben. Éjszaka súlyos újabb hypoglykaemia fejlődött ki, amit az ápoló csak későn vett észre és amelynek a megszüntetése semmiképen sem sikerült. A 2. beteg belvizsgálata nem talált tilalmat. Ha a vizsgálat itt Ekg felvételre is kiterjeszkedik, a beteg kétségtelenül nem kerül insulinkezelésbe. A fenti 3 halálos eseten kivül további,

az insulinkezeléssel kapcsolatos halálesetről nincs tudomásunk. Természetesen itt csak azoknak az intézeteknek az anyagáról beszélhetünk, amelyek a kezelésre vonatkozóan velünk a kapcsolatot fenntartják: ez az anyag a 200 esetet ma már messze meghaladja.

Ezen a 3 végzetes eseten kivül a többi esetben, sem a kezelés alatt, sem a kezelés után a szervezetnek semmiféle tartós bántalmazottsága nem volt megállapítható. A kezelés előtt minden beteg természetszerüleg gondos belgyógyászati vizsgálatnak vettetik alá. *De Châtel* és *Palisa* 19 esetben a shok előtt, alatt és után Ekg-vizsgálatokat végeztek és eredményeik szerint az insulin az egészséges szívizomra korántsem olyan ártalmas hatású, mint általában vélik. Szerzők még az észlelt legalacsonyabb (0.2 mgr%) vércukor esetén is rendes Ekg-görbét találtak. Vizsgálataik alapján megállapították, hogy a hónapokon át folytatott hypoglykaemiás shokkezelés sohasem vezetett a kezelés előtt egészséges szívizom maradandó változására.

Ezeken a vizsgálati eredményeken át nézve a hypoglykaemiás shokkezelés testi veszélyei semmiesetre sem mondhatók nagyobbnak, mint pl. a lázkeltés vagy kivált a malaria-kezelés veszélyei, természetesen a kezelési szabályok ismerete és gondos betartása mellett. Psychés ártalmat a kezelés következtében sohasem láttunk: a beteg a hypoglykaemia alatt gyakran jelentkező psychomotoros izgalmi és reactivált psychotikus jelenségekre a shok után nem emlékszik vissza, a kezelés és az orvos iránt leggyakrabban már pár nap mulva bizalommal viseltetik. Ha ehhez még hozzávesszük a jelentékeny étvágyjavulást, a beteg szükségszerű jobb táplálását, a kezelés alatt rendszerint jelentkező súlygyarapodást, továbbá a pontos betegészleléssel kapcsolatban a beteggel történő psychothreapiás foglalkozást, azt mondhatjuk, hogy a betegnek, a végleges eredménytől eltekintve is, csak haszna van a kezelésből. *Mindezek után a sch. betegek hypoglykaemiás shokkezelését és az eddigi eredményeknek nagyobb anyagon utánvizsgálását érdemesnek tartjuk.*

Irodalom: *Benedek L.:* Insulinshockwirkung auf die Wahrnehmung. Berlin 1935. — *Berze J.:* Wien. Med Wschr. 1933. 49 sz. — *De Châtel-Palisa:* Klin. Wschr. 1935. 50. sz. *Dussik—Sakel:* Z. Neur. 1936. (sajtó alatt). — *Meduna L.:* Z. Neur. 1935. — *Miskolczy D.:* Psych. Neur. Wschr. 1927. 2. sz. — *Sakel M.:* Z. Neur. 1930. és 1933. — Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie. Wien, 1935. — *Weygandt W.:* Psych. beurol. Wschr. 1935. 51. és 52. sz.

Kiadványainkat olcsón kapják meg kiadóhivatalunktól hátralékban nem lévő előfizetőink. A pénz előre beküldése után azonnal bérmentve küldjük meg az alábbi igen hasznos könyveket:

Soós Aladár: Étrendi előírások III. bővített kiadás — — —	5.— P helyett	4.— P
Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája 230. old., 110 ábra és 16 old. mümelléklettel		5.— P
Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal — — Vászonba kötve (8 P h. 7.— P)	6.50 P helyett	5.50 P
Rigler Gusztáv: Közegészségtan és a járványtan tankönyve —	25.— P helyett	5.70 P
Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala, 86 oldal — — —	2.50 P helyett	2.— P
Issekutz Béla: Gyógyszerrendelés	8.— P helyett	6.— P
Az orvosi tudomány magyar mesterei. Kiadja a Markusovszky Társaság 196 oldal	4.— P helyett	3.50 P
Krepuska István: A füleredetü agytályogok kór- és gyógytana ára		4.— P

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel való rendelésnél a portóköltséget is felszámítjuk.

A Tisza István Tud. Egyetem szülő- és nőbeteg klinikájának közleménye (igazgató: Kovács Ferenc ny. r. tanár.)

Újabb nézőpontok az ikerkutatás terén.

Irta: *Szendi Balázs dr.* tanársegéd.

(Folytatás.)

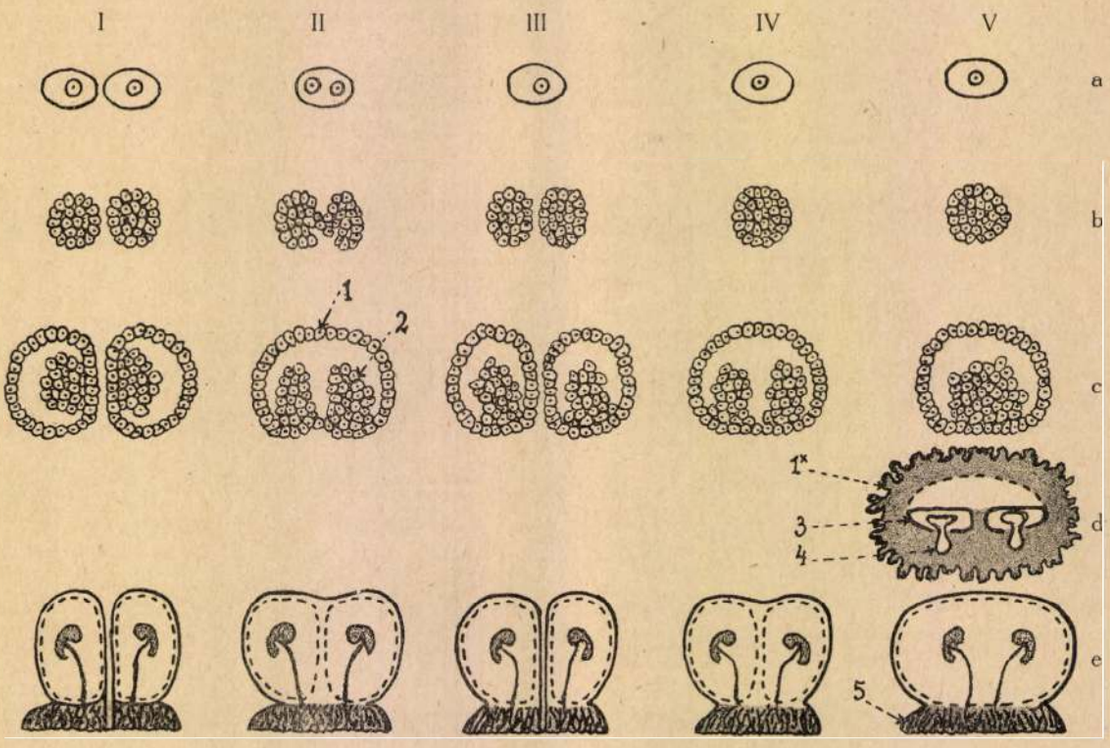
Szemelőtt tartva az ikerkutatás nagy öröklés-biologiai jelentőségét, *Kovács* professor irányításával mi is többirányban hozzáláttunk klinikánk ikeranyagának feldolgozásához. *Kovács* professor ezekkel kacsolatban már 3 év óta gyüjti és vizsgálja az elhalt leánymagzatok (vetélések, koraszülések, kiviselt újszülöttek) ivarmirigyeit és a nőgyógyászati műtétek során eltávolitott petefészkeket az ikerpeték, kétmagvú petesejtek és általában a tüszőberendezések szempontjából. 614 petefészekből 29.000 szövettani metszetet készítettünk eddig (58 magzati, 289 ivarérett korból származó petefészek). Ezen hatalmas anyag több — itt nem említett — szempontból történő feldolgozása folyamatban van. Eddig 9,000 metszetet az ikerpeték gyakoriságának szempontjából nézve 6 felnőttben és 11 gyermekben találtunk ikerpetét tartalmazó elsőleges tüszőt és 6 esetben felnőttben kétmagvú petesejteket is. Egy magzat petefészkében hármas petéjű elsőleges tüszők voltak gyakoriak. Ezen többpetéjű elsőleges tüszők elbirálásáról és jelentőségéről részletesen be fogunk számolni az egész anyag megvizsgálása után. Ehhez egyelőre csak annyit fűzünk, hogy az iker, vagy kétmagvú petesejtek előfordulása ezekben a petefészkekben nem véletlen, hanem az ezen petefészkeknek ez a (veleszületett) működési sajátsága. Ezekben a petefészkekben a kettős magvú és többes tüszők általánosak, illetve vannak többségben az egyes tüszőkhöz képest úgy, hogy ezekben egyidőben a kettős vagy többmagvú peték érése is gyakori lehet.

A kétmagvú petesejteket is tekintetbe véve a következő vázlatos ábrákkal igyekeztünk áttekinthetővé tenni a különböző ikerfejlődési lehetőségeket s azok nyomán a lepény és magzatburkok fejlődésének mechanismusát és szerkezetét:

Ezen fejlődéstani elgondolások alapján nyilvánvaló, hogy a III. táblázaton feltüntetett mechanismusok szerint *egypetéből dichoriális iker fejlődhetik teljesen elválasztott lepénnyel, éppenúgy, mint két petesejt megtermékenyítése esetén.* (l. 1. ábra). Másrészt *a kétmagvú petesejtből* a 2. ábra szerint *fejlődő iker közös chorionzsákkal, éranastomosisokkal összefüggő egylepénnyel bír, azaz az örökölten különböző iker monochoriális, éppen úgy mint* a 4. ábra szerint *egy petéből fejlődő, örökölten hasonló iker.* A kétmagvú petesejtekből fejlődhető ikerféleségekkel nem sokat foglalkoznak. Ennek oka az, hogy bővebbet a kétmagvú emberi petesejtek gyakoriságáról nem tudunk. Kétségtelenül számolnunk kell vele, ha ritkán is. A belőlük képződő ikrek fejlődési mechanismusa a legrejtélyesebb.

Az örökölten hasonó dichoriális (egypetéjű) ikrek megértéséhez. *Verschuer* elméletét a fejlődéstan terén is sokan elfogadták. Mások nem tartják valószínűnek, hogy az ikrekké-hasadás már az embryoblast és trophoblast különválása előtt is létrejöhet (I. tábl. mech. szer.) Közülük *Zietschmann* a kettős chorion esetleges létrejöttét örökölten hasonló (egypetéjű) iker esetén másodlagosnak tartja, lepényüket mindig közösnek. *A német örökléskutatók (Siemens, Fischer, Lenz* stb.) azonban *Verschuer* elméletét általában magukévá tették és a hasonlósági diagnosis eredményeire támaszkodva *kimondották, hogy a magzatburkok szerkezete az ikrek osztályozásában irányadóul nem szolgálhat, mert egyrészt egypetéjű ikrek is lehetnek di-*

3. táblázat.



choriálisok, másrészt különpetéjüeken is fejlődhetik közös chorionzsák, illetve *lepény*. Igy szerintük az ikrek elkülönitésében *alapul csakis az örökletes tulajdonságokra támaszkodó hasonlósági diagnosis szolgálhat.*

E kérdés eldöntéséhez az *örökléskutatók, fejlődésvizsgálók* és *szülészek további szoros együttműködése sükséges. Németországban ezt az együttműködést birodalomszerte megszervezték.* Nálunk *Darányi* professor most szervezi ezt a munkát s irányításával több helyen meg is indultak már a vizsgálatok és az adatgyüjtés.

Minthogy az emberi ikerképződés megfigyelése nem áll módunkban, továbbra is a különböző ikrek, ikervetélések és a kettős torzok s azok lepényeinek és burkainak szerkezete stb. lehet tanulmányaik tárgya, a hasonlósági diagnosis ellenőrzése és az új fejlődéstani elgondolások megalapozására és helyességének bebizonyitására. Közelebb vihet bennünket a kérdéshez, mint fejlődéstani ábráinkból (III. táblázat) is folyik, a lepények és magzatburkok gondos vizsgálása, elsősorban éranastomosisok kimutatása a dichoriális ikrek, vagy azok hiánya a monochoriálisok esetén. A biztosan kétpetéjü (különböző nemü) ikrek lepényénél szükséges és fontos ez abból a szempontból, hogy másodlagosan létrejöhet-e a lepények közt szerves összenövés, mint azt *Scipiades* és *Burg* felveszi, vagy milyen gyakran kell felvennünk a kétmagvú petesejtből képződő ikreket. Még inkább szükséges ez az egynemü ikrek esetén. Ennek gyümölcsét majd később értékesithetjük, mikor a hasonlósági diagnosis már felállitható és igy eldönthető, hogy örökölten hasonló, azaz egypetéjü ikrek esetén milyen gyakran mutatható ki az éranastomosis hiánya, a teljesen elváltozott lepény, ami bizonyitéka lenne nemcsak a hasonlósági diagnosis teljes értékének, hanem annak is, hogy ikerré hasadás már a morula-szakban is létrejöhet. *A kérdés tehát mind az örökléstan, a fejlődéstan, mind a szülészet szempontjából egyaránt igen fontos.*

Németországban az utóbbi évben *igen sok lepényt vizsgáltak át.* Ezek a vizsgálatok — erről személyesen volt alkalman meggyőződni — azonban még nem vezettek kielégitő eredményre, nem igazolták teljesen az örökléskutatók elméletét, u. i. örökölten hasonlóban elválasztott lepényt (anastomosisok hiányát) és az örkölten különbözőkben éranastomosisokat csak igen ritkán találtak és ezek az esetek mind vitatottak. *Egyelőre* tehát *csak azt mondhatjuk, hogy az öröklés-biologiai újabb kutatások erősen megrendítették a magzatburkok szerkezetén alapuló ikertant, de azt meg nem döntötték. A mindennapi használatból pedig nem fogja azt a hasonlósági diagnosis kiszorítani,* nemcsak azért, mert az is mintegy 10—15% hibával dolgozik, hanem mert a szülőágynál, sőt a kisgyermekkorban sem használható s véleményünk, illetőleg fejlődéstani elgondolásunk alapján mindig marad bizonyos százalék, amire a hasonlósági diagnosis még további kiépités után sem tud felelet adni. (l. III. táblázat 2. és 4., ill. 1. és 3. ab-t). Ez a százalék nem lesz sokkal kisebb, mint a kétmagvú petesejtből fejlődő (III. táb. 2 ábr. szerint) és a morula-szakban hasadó ikrek (III. táb. 3. ábr. szerint) százalékos előfordulása, amikben a chorion szerkezetére támaszkodó ikerosztályozás zavaró eredményt ad. *A hasonlósági diagnosisban* aonban egy *igen fontos segédeszközhöz jutottunk, ami* nem pótolja, de *igen értékesen kiegészíti az eddigi iker-diagnosist.* Fejlődéstani szempontból pedig — bár visszamenő következtetéssel — *újabb adatot szolgáltatott az ikrek fejlődési mechanismusához,* ami ugyan még bizonyitásra szorul, de eddig is igen termékennyé tette az ilyenirányú, elsősorban örökléstani, de szülészeti és fejlődéstani szakmunkásságot is. Legnagyobb jelentősége abban van, hogy alkalmas annak megállapitására, mely emberi sajátságok örökletesek, s melyek szerzettek.

Összefoglalva a mondottakat, a fenti kérdések megoldásához a következő vizsgálati és kutató eljárások útján juthatunk közelebb:

1. Közvetlenül az emberi ikerképződés fejlődéstani tanulmányozása. (Ez sajnos, nem áll módunkban.)

2. Visszamenő következtetés útján: az ikerlepények, ikervetélések, kettős torzok feldolgozása; contrastos stereoskopos röntgen-felvételek a lepény érhálózatáról, szövettani vizsgálatok a két lepényfal közötti sövény és az el-

választó magzatburkok szerkezetéről, a kürt ikerterhességek megfigyelése stb.

3. A kettősmagvú petesejtek, visszamaradó irányító testek gyakoriságának megvizsgálása.

4. A hasonlósági diagnosis.

5. A különböző módon kapott eredmények összehasonlítása.

Klinikánk ikeranyagát mi is ilyen irányban gyüjtjük és vizsgáljuk. Ebben a közleményben csupán az öröklésbiologiai iker-kutatások jelentőségéről és a kitűzött feladatokról kívántunk beszámolni. A klinikánkon gyüjtött s több irányban vizsgált anyagot rövidesen külön ismertetni fogjuk.

A III. táblázat ábráinak magyarázata:

a) A megtermékenyülő petesejt *b)* az abból fejlődő morula *c)* trophoblast (1) és embryoblast (2). *d)* Az ektodermára (3) és entodermára (4) különülés stádiuma, lehasadt amnionnal (— — —) és közös trophoblasttal (1*). e) a különböző mechanismus szerint fejlődött ikrek elhelyezkedése lepényüknek (5) és magzatburkaiknak szerkezete. ——— = chorion, — — — = amnion.

1. ábra. Fejlődhetik *iker két petesejt* egyidejü *megtermékenyüléséből*. A 2 spermioviumból 2 morula, abból 2 különálló, (ill. etőleg egymástól elvá'asztott) lepény és burokrendszer fejlődik. Az iker *kétpetéjü, örökölten különböző, dichoriális*. Hasonló a fejlődés az irányító testecske megtermékenyülésekor is.

2. ábra. Fejlődhetik *iker 2 magú egypetesejtből* is. Lehet, hogy itt általában 2 morula fejlődik, mint 2 petesejt megtermékenyülése esetén. Feltehető azonban, hogy azok elkülönülése nem mindig teljes, hogy a közös ovoplasma a trophoblastok (vagy embryoblastok) sejtjeit egy kerelben tartja. Igy összeolvadó, közös lepény, egy chorionzsák fejlődik. A keletkező iker *egypetéjü, örökölten különböző, monochoriális*. Kétségtelen, hogy a kétmagvú petesejtből képződő ikrek fejlődési mechanismusa a legrejtélyesebb.

3. ábra. Fejlődhetik iker *egypetesejtből*. Mégpedig a *morula* két egyenlő félre *hasadásából*. A keletkezett fél morulákból elválasztott (legalább sövényesen) két lepény s kettős chorionzsák fejlődik a kétpetéjü ikrekhez hasonóan. Az iker *egypetéjü, örökölten hasonló, dichoriális*.

4. ábra. Fejlődhetik *egy petéből* iker a tropho- és *embryoblast* elkülönülése után utóbbi kettéhasadásával is. Minthogy a trophoblast (a lepény és chorion telepe) osztatlanul fejlődik tovább, egy (közös) lepény s egy chorionzsák fejlődik. Az ilyen iker lepényénél kettős torz (chorioangiopag), közös, egymásba átfolyó érterületekkel. Az iker *egypetéjü, örökölten hasonló, monochoriális*.

5. ábra. *Egy petéből* keletkezhetik *iker az embryopajzs elkülönülése* utáni szakban annak *izolált kettéhasadása útján* az amnion lehasadása után. Minthogy itt a trophoblast mellett az amnion is osztatlanul fejlődik a közös lepény s egy chorinzsák mellett egy amnionzsák képződik. Az iker *egypetéjü, örökölten hasonló, monochoriális, monoamniota*.

A myomás vérzések kezeléséről.

Irta: *Sztehlo István dr.* főorvos.

A méh myomás daganatai esetén csak egészen kivételesen látunk olyan nagyfokú vérzést, amely a beteg életét közvetlenül fenyegetné. A myomás vérzésekre jellemző, hogy elhúzódó, bőséges, s sokszor darabos. Az elhúzódó vérzések lassan chronicus anaemiát okoznak; az ilyen beteg vére erősen hydremiás lesz, ez adja a viaszsárga arcszínt, az ú. n. myomássápadtságot. *K. Abel* foglalkozott a myomás vérzésekkel és azt tapasztalta, hogy súlyosabb vérzések leginkább a submucosus alaknál fordul elő. A myomás vérzésekre jellemző, hogy a vérzések közötti nyugalmi szak mind kisebb és kisebb lesz, a vérvesztesség fokozódik és az anaemia jelei mindinkább előtérbe lépnek. Néha azonban a vérzés egészen typusos is lehet. Figyelmeztet *Abel* arra, hogy nem szabad általtani magunkat azzal, hogy klimaxban a myomás vérzés végleg megszünik, mert hosszabb ideig tartó menopausa után újból felléphet vérzés. Rámutat arra, hogy bár ritkán, de kivételesen a myomás vérzés akár a beteg elvérzéséhez is vezethet. A gyógyszeres és sugaras kezelés sokszor felmondják a szolgálatot, legalkalmasabbnak tartja az időben elvégzett műtétet.

Bucura arra a megállapításra jut, hogy a nyugalmi szakban levő myomák esetén is keletkezhet igen súlyos vérzés. Bár a myomák 60%-a nem igényel beavatkozást, mégis fontosnak tartja a myomás betegek ellenőrzését, legalább félévenként. Ma már nem áll az a régi felfogás, mely szerint a myomás daganatok a klimaxban visszafejlődnek, sőt nem egyszer látjuk azt, hogy éppen a klimaxban erősen kezd nőni a myomás daganat.

A myomás vérzéseket *Albrecht* úgy magyarázza, hogy a submucosus és subserosus daganatok a venosus vérlefolyását gátolják, emiatt a pangás fokozódik. Szerinte a nagy vérzést 4 körülmény hozza létre. U. m. a nyálkahártya-felület megnagyobbodása, a praemenstruális hyperaemia, a myomás gócok által okozott venosus és a submucosus gócok által akadályozott, a méhizomzat rithmikus vérzését csillapító összehúzódása. *Schröder* a myomás vérzéseket hormonális zavarokra vezeti vissza. Szerinte a klimaxban vagy közel a klimaxhoz a nekrobiotikus nyálkahártya mellett még normalis foliculus hormontermelés van, de a luteinisáló hormonképződés már csökkent, s ezért látunk gyakran ilyenkor szünni nem akaró elhúzódó vérzést. *Frankl* írta le először részletesen a myomák esetén tapasztalt nagy vérzések okát. Szerinte submucosus myomák esetében subepithelialis receszerű érhálózat fejlődik ki, amely háló a tumormentes részekig terjed, a daganat szélén megtörést szenvednek az erek és ezáltal pangás fejlődik ki. Az érhálózat a praemenstruumban erősen vérbő lesz, a hyperaemia annyira duzzasztja az ereket, hogy egész érhálózatok repednek meg egyszerre. Legnagyobbfokú a pangás a submucosus polypok esetében. *H. Katz* hangsúlyozza, hogy a myomás betegeket menstruatio után kell vizsgálni, mert menstruatio előtt és alatt vérbőség következtében a daganat sokkal nagyobb, mint a nyugalmi szakban. A vérzést a szokásos méhösszehúzó szerekkel csillapítja. *Halban* a myomás vérzéseket ovarialis eredetűeknek tartja, ajánlja a röntgenkezelést, mely megszünteti az ovulatiót s ennek hatására a megvastagodott méh nyálkahártya visszafejlődik, a daganatos méh pedig zsugorodik és a vérzés megáll. Submucosus daganatok esetében a műtéti megoldást ajánlja.

Aschner foglalkozik a *Veith* által ajánlott chlorzink alkalmazásával és megállapítja, hogy ez a kezelés ma már idejét multa. Hasonlóképpen feledésbe ment a rézgálic és ezüstnitrát kezelés is. Hátrányuk, hogy szövetelhalást okoznak, s azonkivül szívósan tapadó véralvadék keletkezik utánuk, az alvadt vér jó táptalaj a bakteriumok számára, tehát ez a kezelés a fertőzés veszélyét rejti magában.

A myomás méh kikaparása sem hozza meg mindig a várt eredményt, mert sokszor kaparás után a megújuló hyperaemia következtében a vérzés ismét rendetlenül jelentkezik. A myoma submucosus alakjai esetében kerüljük a méhkaparást, mert könnyen megsérülhet a daganat tokja és ez a submucosus góc elhalásához vezethet. A kaparás előtt tapintsuk le a méh üregét, s ha submucosus gócot nem találunk, csak akkor kaparjuk ki a méhet. A méh-üreg letapintáskor nem minden esetben szükséges a méhnyak kitágítása, mert sonda segítségével anélkül is ki tudjuk tapintani a submucosus daganatot.

Eymer a myomásvérzések rádiumkezeléséről ír és jó eredményekről számol be. A rádiumbesugárzást a myoma és a metropathia kezelésére 1906. óta használják, különösen *Farbe, Kupfenberg, Miller* és *Jones* hívei a rádiumkezelésnek. A rádiumkezelésre azonban csak a kis myomák alkalmasak, melyek ökölnél nem nagyobbak. A nagy myomák, valamint a submucosus alakok nem alkalmasak a rádiumkezelésre, főleg az utóbbi alak esetén kerüljük az intrauterin rádiumalkalmazást, mert a méh üregébe helyezve, a submucosus góc tokjának sérüléséhez és ezzel a daganat elhalásához vezethet. Különösen azon betegek esetében jöhet szóba a rádiumkezelés, akiken a műtét valamely oknál fogva nem javalt, mint például bőrbetegségek, túlságosan kövér hasfal, vagy szívbaj esetén. Jó szolgálatot tesz a rádiumkezelés erősen kivérzett betegen, mikor a súlyos vérszegénység miatt műtét nem jöhet szóba. Rádiumkezelésre a nagy vérzés rendszerint gyorsan megszünik. Előnye az eljárásnak még az is, hogy csak a méh nyálkahártyájára hat, az ovariumokat megkíméli és így nem látunk alkalmazása után kiesési tüneteket. Minthogy azonban a nyálkahártya a rádiumbesugárzás után bizonyos idő elteltével ismét regenerálódik, időleges amenorrhoea elérésére a röntgennél alkalmasabb eljárásnak tartják.

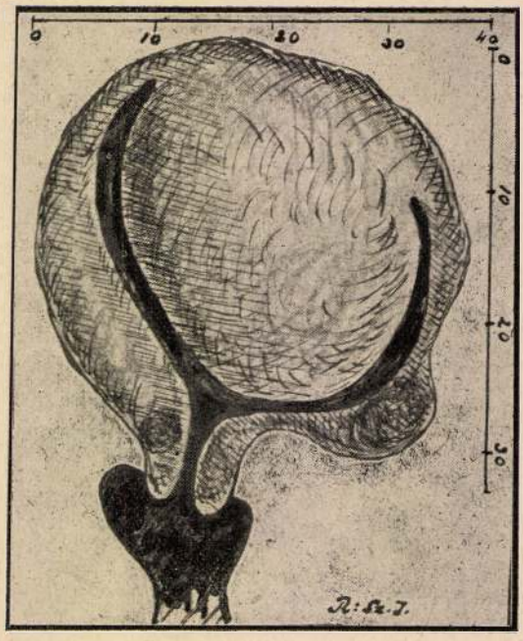
1920-ban *Vágó dr. Frigyesi* professor intézetéből beszámolt a kivérzett myomák esetében vérátömlesztéssel elért eredményeiről. Nőgyógyászati betegeken súlyos anaemia miatt 7 esetben végeztek jó eredménnyel vértransfusiót, ilyenkor a vérátömlesztés sokszor életmentő. Nagyobb vérmennyiség transfusiójával a vérveszteség következtében megcsökkent vérmennyiséget növeljük, kisebb véradagok ismételt befecskendezésével, viszont a vérképző szerveket vérképzésre serkentjük.

Anatomiai ok nélkül ismétlődő vérzések esetében defibrinált terhes vérbefecskendezésre a vérzés csillapodik. A terhes vérsavó vérzéscsillapító hatása a terhes vérben felhalmozott hormonokra vezethető vissza. Jó eredménnyel alkalmazzuk a vérbefecskendezéseket kivérzett betegeken műtét előtti előkészítéskor, műtét után pedig roborálás céljából.

A myomás vérzések csillapítására igen jól bevált eljárás a méh üregének formalinoldattal kiöblítése. A formalinos méhüri öblítést Fritsch-féle katheterrel végezzük s mindaddig öblítjük át a méhüreget, amíg a folyadék már színtelenül ürül.

A mi tapasztalásunk szerint a vérzést csillapító eljárásokkal csak akkor érhetünk el eredményeket, ha nincs jelen submucosus góc vagy kikocsányosodott submucosus polyp. A myoma submucosus alakjaiban minden vérzést csillapító eljárás csak ideig-óráig szünteti a vérzést. Leghelyesebb ilyenkor a daganatos méhet kiírtani hasmetszés útján vagy pedig ha a daganat nem túl nagy és nem kötött, vaginális úton. A havonta megismétlődő nagy vérzések következtében vérszegény lesz a beteg és ha ilyenkor mégis kénytelenek vagyunk beavatkozni, a műtét eredményei sokkal rosszabbak, mert a vérvesztesség következtében a szervezet elvesztette ellenállását. Annak szemléltetésére, hogy a submucosus daganatok esetén mily nagyfokú lehet a vérzés, ismertetem az alábbi esetet:

39 éves nőbeteg, első menstruatióját 14 éves korában kapta, két normalis szülésen esett át. 3 év óta vérzése rendetlenül jelentkezik; 3 hetenként, 8—10 napig tart, igen bőséges és darabos. Rendetlen vérzései miatt kórházi kezelésben részesült, ahol megállapították, hogy méhdaganata van. A rossz általános állapot miatt csupán konservativ kezelésben részesült. Status praesens: Jóltáplált beteg, feltünően sápadt, arca viaszsárga, hőmérséklete 36.2 C°, pulsusa 120 könnyen elnyomható, szapora. Légzése szapora és felületes. Vérkép: 32% Hgl. 2,000.000 vörös vértest és 11.000 fehérvérsejt, vizeletében kevés fehérje, szív részéről kóros elváltozás nem található. A beteg rendkivül elesett, szédül, 3 hét óta állandóan vérzik, többször elájult. Belső vizsgálatkor középtág hüvelyt vaskos portiot kisujj számára átjárható méhszájat találunk, méhtest emberfőnél jóval nagyobb, fundusa 2 ujjal gyomorgödör alatt tapintható, környezete szabad, a daganat jól mozgatható, középerös vérzés a hüvelyből. Tekintettel a leletre, először formalinos méhüregöblítéssel igyekszünk a vérzést csillapítani, egyuttal a vérszegénység leküzdésére naponta arzén vasas praeparatumokat injitiálunk. A megismételt formalin méhüregöblítések, ergotinkészítmények és terhes vérsavó adagolása dacára a vérzés nem csökken, miértis a méhüreget letapintjuk. A letapintáskor kiderül, hogy a hatalmas méhüreget a belső méhszájig érő submucosus daagnat tölti ki. A vérzés állandóan tart, a kezelés dacára sem csökken, hanem fokozódik. Az újból meginduló



erös vérzés következtében a beteg elájul, pulsusa alig tapintható, vérképe rohamosan romlik, 18% hemoglobin, 1,200.000 vörös vértest, 11.200 fehér vérsejt. Tekintettel a beteg súlyos állapotára ,vértransfusiót végzünk és azonnali műtétre határozzuk el magunkat. A beteg férje vérét megvizsgálva, feleségével azonos vércsoportba tartozik, akitől 600 gr vért veszünk és azt citratos-locke oldattal keverve a beteg karvenájába infundáljuk olyképpen, hogy 50 ccm-es fecskendőkbe felszívott és a test hőmérsékletén tartott vért a beteg venájába kötött canulon keresztül, egyenletes nyomás mellett befecskendezzük a vérpályába. Először 20 cmc-t infundálunk s csak amikor látjuk, hogy haemolysisre utaló tünetek nem jelentkeznek, folytatjuk az infusiót. A beteg az infusiót jól türi, csakhamar arcát halvány rózsaszínü pir önti el, pulsusa ismét tapinthatóvá válik, 6 órával a transfusio után 1 ccm domatrin, effedrin és 2 ccm cardiasol előzetes befecskendezése után *Frigyesi* professor által ajánlott paravertebralis és hasfali anesthesiában megnyitjuk a hasat. Mielőtt kigördítenök a hatalmas daganatot, intravenásan tonogent fecskendezünk, nehogy a hasüri nyomás hirtelen megváltozása következtében splanchnicus bénulást kapjon. Mütét alatt a beteg hypodermoklysist kap. Az emberfejnél nagyobb myomás méh környezete szabad. Az ovariumok visszahagyásával total exstirpatiot végzünk. Az egyszerübb és gyorsabb amputatio helyett csak kényszerüségből végeztük a total exstirpatiót, mert a hatalmas méhüreget kitöltő jókora gyermekfönyi submucosus myomás góc alsó polusa egészen a belső méhszájig ért, továbbá azért, mert mélyen a méhnyakon diónyi intramurális gócot tapintottunk. A kiirtott daganat súlya 7.320 gram volt 40×33 cm átmérőjü, felvágva a daganatot látjuk, hogy a hatalmas méhüreget gyermekfönyi széles alapon ülő daganat tölti ki. A hatalmas submucosus daganat a méh fundusából indult ki. Kivérzett myomák esetében különösen igen áldásos és jól vált be *Frigyesi* professor által ajánlott paravertebrális anesthesia; esetünkben is ezt az anesthesiát alkalmazták és csupán a daganat kigördítése közben adtunk kevés aethert. A beteg pulsusa mütét után 140, könnyen elnyomható. Mütét után 5 ccm camphort adunk és Katzensteint állítunk be. Az anaemia leküzdésére

szolgáló gyógyszer-készítmények adagolása mellett erőbeli állapota napról-napra javul, 4 heti fektetés után a haemoglobin 50%-ra, a vörösvértestek 3,600.000-re szaporodnak és per primam gyógyult hassebbel egészségesen távozik. Elbocsátás után 4 hétre belsőleg megvizsgálva, a műtéti terület teljesen reactiomentes, parametriumok szabadok, a beteg panaszmentes, jól érzi magát, hivatását zavartalanul teljesíti.

Az eset ismertetését több szempontból tartjuk érdekesnek; elsősorban azért, mert ritkán látunk myomában oly súlyos vérzést, mely a beteg életét közvetlenül fenyegetné. A mi esetünkben a rendelkezésünkre álló vérzéscsillapító eljárások nagyrészét kipróbáltuk, de eredménytelenül, kénytelenek voltunk beavatkozni akkor, amikor a közvetlen elvérzés határán volt. Ilyen esetekben a vérátömlesztéseknek kétségkivül óriási a jelentősége, anélkül a mi esetünkben is alig lehetett volna a beteg életét megmenteni. De tanulságos az eset azért is, mert igazolja azt a régi tapasztalást, hogy a széles alapon ülő submucosus daganatokban látjuk a legsúlyosabb vérzéseket, amiért is helyes, ha az ilyen daganatokat azonnal megoperáljuk s nem várjuk meg, amíg a beteg anaemiája napról-napra fokződik. A submucosus daganatok esetében ne kísérletezzünk vérzéscsillapító eljárásokkal sokáig, mert elmulasztjuk azt az időpontot, amikor a műtét kilátásai még jók. Az óriásdaganatok műtétével kapcsolatban még egy veszélyre kell rámutatnunk és ez a daganat kiemelése folytán létrejött intraabdominalis nyomáscsökkenés, mely splanchnicus bénuláshoz vezethet, ennek viszont az lehet a következménye, hogy a splanchnicus ér területe maximalisan kitágul és saját érrendszerébe bevérzik a beteg. A splanchnicus bénulást elkerülhetjük olyképen, hogy a daganatot lassan emeljük ki, előzőleg pedig intravenás tonogen-befecskendezéssel izgatjuk a sympaticus idegvégződéseket, ami által a mesenterialis erekben érszűkítést hozunk létre.

A Tisza István Tud.-Egyetem sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Hüttl Tivadar ny. r. tanár).

A bujakóros lágy emlődaganat (gumma mammae).

Irta: *Hollósi Károly dr.*

Az emlő bonctani szerkezete miatt gyakori székhelye mind a gyulladásoknak, mind a daganatoknak. A gyulladások az emlő élettani szerepével vannak kapcsolatban. A daganatok kiinduló helye az emlő kötőszövete és a tejutak mirigyeinek a hámja. Az emlő daganatai között különbséget kell tennünk a fertőző sarjadzásos és a valódi daganatok között. Az előbbiek közül leggyakrabban a gümőkór, a sugárgomba-betegség és a bujakór harmadszakos terméke: a lágy daganat (gumma) fordul elő.

A bujakór mindhárom szakának termékei megtalálhatók az emlőn. Leggyakoribb a kezdeti bántalom (initialis-affectio) a szoptatókon. *Pospelowin* 198 esetéből az emlő 69 esetben volt kezdeti bántalom székhelye, *Krefting* 280 esetéből 58-ban, míg *Müncheiner* 10.265 esetében 12.49 %-ban. A nagy gyüjtőadatok a fertőzés leggyakoribb székhelyéül az ajkat jelölik meg, legkisebb számmal szerepel a garat, míg az emlő 13—14%-kal a középhelyet foglalja el *(Neumann, Diney, Jullien* stb.). A másodszakos elváltozás a bibircs (papula) ritka, sokkal gyakoribb a bujakóros lágy daganat. Az irodalomban ismertetett esetek száma kevés. *Josephowitsch* említi, hogy az orosz irodalomban a saját észlelésén kivül *Blumenthal* (1926) és *Krinitzky* (1927) közöltek 1—1 esetet. *Lecéne* 10 éves anyagában 1 esetet sem látott. *Akaiwa* a japánoktól 1930-ban közli az első esetet, s az eddig ismertetett irodalmi esetek számát 45-re becsüli. Földrészünk irodalmában az első közlemények a 19. század közepén jelentek meg, de körülbelül már egy évszázaddal előbb ismerték e bajt. A német irodalomban elsőnek *Hennig* (1861), míg nálunk *Genersich* (1897) írta le. E baj ritka. Ennek okát abban kell keresnünk, hogy más betegségekkel tévesztik össze. Klinikánk 13 éves emlőbajos anyagában (368 emlő-műtét) 2 esetben tudtuk észlelni.

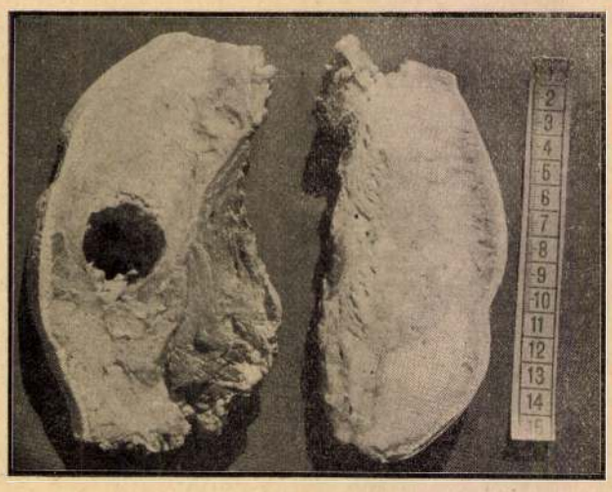
1. eset. 54. é. nő. Első havibaja 14, utolsó 45 éves korában. Négyszer szült; koraszülése, vetélése nem volt. Nemibajról nem tud. Felvétele előtt 3 hónappal diónyi, fájdalmatlan daganatot vett észre a bal emlőjében. Orvosa ezt eltávolította és szövettani vizsgálatot végzett, aminek eredménye alapján (carcinoma simplex) műtétre küldte be.

Jelen állapot: közepes termetü, jól fejlett és táplált nő. Bal emlőbimbója a jobbnál valamivel magasabban áll. Töle oldalra és sugár irányban mintegy 8 cm hosszú simán gyógyult műtéti heg. Magában a hegben és ettől mindkét oldal felé kiinduló, nyulványosnak látszó, egész terjedelmében gyermekökölnyi, kemény, alapja felett elmozgatható, a környezettel összekapaszkodott terimenagyobbodás. A környéki nyirokcsomók megnagyobbodtak. Wassermann-kémlés: ++++. Mütét: a bal emlő eltávolítása Kocher szerint. A kiirtott emlőben, az 5 hete végzett próbakimetszésből származó hegben mogyorónyi, véres tartalmú tömlő, mely diónyi a környező heggel összefolyó szélü, tömött tapintatú, fehéres-szürke metszéslapú, ürcseszerü (alveolaris) daganatcsomóban fekszik. A hónalji nyirokcsomók megnagyobbodtak, de daganatos elváltozás nélkül. A daganat a nagy mellizom hólyájával nem kapaszkodott össze. Szövettani vizsgálat *(Orsós* prof.): „Az emlőben nagyobb, sajtosan elhalt gócok vannak, melyek peripheriáján az elsajtosodott rész elemei folytatólagosan átmennek a még festődő szövetelemekbe. Az elhalt gócokon kivül az emlő szövetében, nevezetesen a zsírszövetben hatalmas reticulum-sejt burjánzás, makrophagos sarjszövetképződés mutatkozik. A zsírszövetben egyes zsírsejtek nagyobb üregekként alvadnak egymással össze, melyek falát nagy, sokszor többmagvú makrophagok hámként bélelik. A kötőszövetben szétszórva is sok, különféle óriássejt látható. A vázolt szöveti elváltozás leginkább gummának felel meg." E kórszövettani képet a klinikai észlelés is megerősítette. Az asszony a műtét utáni 17. napon gyógyultan távozott.

2. eset 64 é. nő. Első havibaja 13 éves, utolsó 49 éves korában. Teherben sohasem volt. Nemi bajról nem tud. 8—10 hónap óta a jobb emlőjében göböt érez, mely nem fáj. Orvosa — a daganatot ráknak tartván — mütétet tanácsolt, ebbe azonban a beteg nem egyezett bele. A daganatra több röntgen-besugárzást kapott (4), visszafejlődés nem következett be, sőt még lassan növekedett.

Jelen állapot: gyengén fejlett és táplált nő. A máj alsó széle 2 haránttujjal meghaladja a bordaivet. A jobb emlő a balnál nagyobb. A bőr pigmentált. Az emlőbimbó kiemelkedő. Tapintáskor az emlő mirigyes állománya mögött körülbelül lúdtojásnyi, kemény, göbös felszínü, alapja felett elmozgatható, a bőrrel össze nem kapaszkodott terimenagyobbodás. A jobb nagy mellizom széle alatt babnyi nyirokcsomó. Wasserman-kémlés: ++++. Mütét: a jobb emlő Kocher szerinti eltávolítása. Az eltávolított emlőben körülbelül lúdtojásnyi, az ép felé egyenetlen szélü, szürkés-fehér szinü, finom szerkezetü daganat. A daganat közepén az emlőbimbó alatt diónyi, mállékony szövettel bélelt üreg (1. ábra). A kiirtott nyirokcsomók duzzadtak, de daganatos elváltozás bennük meg nem állapítható.

Szövettani vizsgálat *(Orsos* prof): „A vizsgálatra beküldött emlőrészlet nagyobbrészt elhalt szövetből áll. Az elhalás határán fibroblastokban gazdag lymphocytásan beszüródött sarjszövet van, melyben jellegzetes elhelyeződés nélkül, sokszor az edények közelében óriássejtek találhatók. A lelet alapján gümőkór, vagy gumma jöhetne szóba, de az elhalás is, a sarjszövet minősége is sokkal inkább az utóbbi mellett szól. Kórjelzés: Gumma mammae. A mütét utáni 9. napon a beteg torkát fájlalja, láza nincs. Kiderül, hogy a garat hátsó falán diónyi, félgömbszerüen kiemelkedő, rugalmas terimenagyobbodás van, melyet (retropharyngealis) garatmögötti lágy daganatnak tartunk. A klinikai észlelés, a kórszövettani vizsgálat bujakóros lágy emlődaganat mellett szólott. Az asszony a mütét utáni 11. napon távozik elsőlegesen gyógyult sebbel. Bujakórellenes kezelést rendelünk el. A beteg ellenőrző vizsgálatra nem jelent meg.



1. ábra.

A sebészt a bujakór harmadszakos elváltozásai érdeklik *(Pinardi)*, azért, mivel nehéz elkülöníteni az emlő más daganatos betegségeitől. A lágy daganat előfordulhat mind az öröklött, mind a szerzett bujakórban. Széles heges udvara a mirigyszövetet teszi tönkre, amelynek eredménye a kifekélyesedés, majd a zsugorodás. Jellemző a lassú növekedés, a fájdalmatlanság, a mozgathatóság; az alappal és a bőrrel a legritkább esetekben szokott összekapaszkodni, akkor is csak hosszú fennállás után. Ha a bőrt áttöri, létrejön az éles szélű „lyukasztó vas"-sal ütött fekély. A lágy daganat határa rendszerint jól körülírt, gömbalakú. A környéki nyirokcsomókat megnagyobbodva tapintjuk, amit magyaráz az, hogy bujakórban általános adenopathia van.

Fitzwilliams a lágy daganat 4 formáját különbözteti meg az emlőben:

1. a rostos (fibrosus) alak, ami a legritkább és idősült emlőgyulladás képét utánozza. A górcsövi kép: gombostűfejnyi lágy daganatok, a legkisebb ütőerek belhártyájának gyulladása.

2. a sokszoros (multiplex), kis lágy daganatok; szintén ritka.

3. a közönséges lágy daganatos forma.

4. az egész emlőt elfoglaló lágy daganat.

Josephowitsch szerint ezen beosztásnak inkább elméleti, mint gyakorlati jelentősége van. A szerzők nagy többsége nem is ezt, hanem *Lancereaux* (a 19. század közepén), majd később *Aphentonlidés* (1903) beosztását fogadják el, ú. m. jól határolt daganatszerű és a diffus alak, amely az emlőgyulladáshoz hasonló (mastitis gummosa). Az előbbi nőkön, az utóbbi férfiakon gyakoribb. A lágy daganat kiindulási helye a bimbó körül van. A daganat növekedése változó. Pár hónapon belül bekövetkezik a középi szétesés és ürképződés, — amit a 2. esetünk is mutat — s ezáltal a kép némileg a tömlős emlőgyulladást (mastitis cystica) utánozza. A folyamat, ha kellő időben gyógyító beavatkozás nem történik, nem áll meg, hanem áttöri a bőrt és létrejön a kifekélyesedés, ami a rákos fekéllyel téveszthető össze.

A diffus formát (mastitis interstitialis gummosa) inkább férfiakban találjuk. Ritkább megjelenési alak. *Castex* és *Bouzat* szerint a korai másodszakban gyakoribb férfiakban. Az egész emlő duzzadt, míg a gyulladás többi jelei hiányoznak. Néha bőrpír észlelhető. A hónaljárok nyirokcsomói duzzadtak, ami a körülírt alakban is megvan. A szöveti képet a sarjszövetképzés jellemzi, széleken plasmasejtes és kereksejtes beszűrődés. Ezt felváltja az elsajtosodás és hegszövetképződés, ami a mirigyállomány pusztulásával jár. Előrehaladt folyamatokban az egész emlőállomány elpusztul. Két esetünk a körülírt lágy daganat jellegzetes képét mutatja.

A bujakóros lágy emlődaganat férfiakon és nőkön egyaránt előfordulhat, tehát nem „sui generis" megbetegedés. *Neumann* szerint a férfiak és a nők között az arány 7:100-ra. *Claud* 19 nőre számít 4 férfit, *Blumenthal* 40 nőre 3 férfit. *Pinardi*-nak az a megállapítása, hogy a legtöbb beteg életkora 25—40. életév között van. A férfiakon 25—50. életévek között észleljük, míg nőkön az idősebb korban, a havibaj elmaradása (menopausa) korában, amit észlelésünk megerősít.

A fertőzés és a lágy daganat megjelenése közötti időtartam változó. Bizonyára alkati tényezők közrejátszásával kell számolni. *Heller* említi, hogy egy esetben a fertőzés után 3 hó, míg egy másik esetben 30 év mulva jelentkezett a lágy daganat.

A bujakór harmadlagos elváltozásának a kórismée az emlőben nagyon nehéz *(Lenormant)*. E nehézség abban leli a magyarázatát, hogy más daganatos betegségek, gyulladások hasonló kórképet adhatnak, másrészt az emlő daganatok esetében már kezdettől fogva rosszindulatú daganatra gondolunk és — így ritkán kórismézzük a lágy daganatot —, a mielőbbi műtét vagy sugaras kezelés mellett döntünk, ami teljesen helytelen lehet. A kórisme felállításában figyelemmel kell lenni a kórelőzményi adatokra, kutatva a bujakóros fertőzés után. Szükséges lehet az egész test átvizsgálása, mert így az öröklött bujakór egyik vagy másik jelét fellelhetjük (Hutchinsontrias), ami azután a kórismét már bizonyos irányba tereli. Ezt megerősíti *O. Kleinschmidt* esete, ki 30 éves leány emlődaganatát ráknak tartotta. A besüppedt orrgyök azonban bujakórra hívta fel a figyelmet. Jódkálit adtak és a daganat visszafejlődött. A kórismézésben segít a bujakórellenes gyógykezelés, amelynek a bevezetésére a daganat visszafejlődik. A szemészeti vizsgálat fontos segédeszköz lehet. *Pavlovsky* esetében 35 éves asszonynak 3 hó óta fájt a jobb hónaljárka. Az egész emlő duzzadt. Esténként hidegrázások, fogyás. A szemészeti vizsgálat utalt arra, hogy a szemen bujakór által okozott elváltozások észlelhetők. A Wassermann-kémlés: ++++. Erélyes higany-kúrára a daganat visszafejlődött. Ez az eset igazolná azt is, hogy a bujakóros emlő-elváltozások nem minden esetben zajlanak le gyulladásos tünetek nélkül.

A modern gyógyítás nem elégedhet meg azzal, hogy „ex juvantibus" állapítsa meg a kórismét akkor, amikor olyan biztos segédeszköz van a kezünkben, mint a próbakimetszést követő kórszövettani vizsgálat, s ennek eredményét erősítő vagy gyengítő Wassermann-kémlés. A minél korábbi műtétre törekvés emlődaganatok esetén nem vezethet a kórisme alaposságának rovására. A betegnek abból a háromnapos várakozásból, amennyi idő alatt elkészül a kórszövettani metszet, semmi kára nem lesz. A kórszövettani vizsgálatot gyakorlott vizsgáló végezze, mert a fel nem ismerés, összetévesztés veszélye előfordul. A kórszövettani kép: sarjszövet fibroblastokkal, a széleken plasmasejtek és kereksejtek. Az óriássejtek épp úgy, mint a gümőben, szintén megtalálhatók. Az elsajtosodás kiterjedtebb, mint a gümőkben, de később szokott bekövetkezni. A lágy daganatban mindig találhatók átjárható vérerek (a gümővel ellentétben). A szöveti kép eléggé ismert, s nemcsak kevésbbé, amint ezt *Capaldi* állítja.

A rák, a húsdaganat, a mirigyes-daganat, a rostdaganat a bujakóros lágy daganattól a kórszövettani kép alapján elkülöníthető. Nehezebb a felismerése az emlőgyulladásoknak és az emlő gümőkórnak.

A bujakóros emlőgyulladás (mastitis gummosa) képét klinikailag utánozhatják az emlőgyulladások. A valódi gyulladásra jellemzők a gyulladásos tünetek és azokat majdnem szabályszerűen követő genyedés (mastitis purulenta). Úgy a heveny, mint az idősült emlőgyulladás a szoptatással kapcsolatos kórképek, s az emlő bujakóros elváltozása is a szoptatással kapcsolatban lehet, de hiányozni fognak a gyulladás jelei. Az idősült tömlős emlőgyulladás (mastitis chronica cystica) a változás korában levő nőkön észlelhető. Az egész emlő duzzadt, benne számos, elmosódott határú, változó nagyságú csomócska tapintható, melyek benneke a koratejhez hasonló. *Akaiwa* fontosnak tartja a lágy daganatnak az emlőtömlőktől elkülönítését. Szerinte a tömlők a gyermekágy tartama alatt képződnek. A tejpangás miatt hullámzást adó terimenagyobbodást tapintunk. A gyulladásos tünetek hiányoznak. Nyomással az emlőből tej sajtolható ki, ami mint elkülönítő kórismei jel értékesíthető.

A fertőző sarjadzásos daganatok közül a gümősemlőgyulladás elkülönítő kórisméje nehéz. Ritka megbetegedés, rendszerint ivarérett egyéneken fordul elő. Az emlőgümőkór képe változatos. A beteg emlő az egészségeshez viszonyítva hol nagyobb, hol kisebb. Az emlő alapja felett elmozgatható. A gümős szövet szürkés-sárga színű, sajtosodással, genyes lágyulással járó sarjadzás képét mutatja. E kezdeti szakban nehéz a kórisme. Néha a szöveti kép emlékeztet a lágy daganatokra. Az emlő külleme később megváltozik: lágyulás, sipolyképződés, hideg tályog, amikor a kórisme már nem lehet vitás.

Az emlő bujakóros lágy daganatainak a kórjóslata jó. A kezelésük a bujakórellenes kúra bevezetéséből áll, amire az emlőben tapintott daganat eltűnik. *Akaiwa* tályog esetében bemetszést ajánl, míg körülírt daganatok esetén azok kihámozását. Az irodalmi esetek nagy részében, mivel rendszerint a daganatot ráknak tartották, az emlő eltávolítását végezték. E műtét történt a mi 1. esetünkben is, hol az előzőleg végzett szövettani vizsgálat rákot mutatott. Az asszonynak a Wassermann-kémlése positív volt. Az emlő eltávolítása után végzett szövettani vizsgálat az elváltozást „valószínűleg gumma"-nak tartotta. A rák és lágy daganat együttes előfordulása elképzelhető, hisz *Borza* szerint a bujakór talaján rák kifejlődhet, valószínű azonban, hogy az első vizsgáló figyelmét elkerülték olyan jelek, amelyek bujakóros elváltozásra utaltak, de a rák néha megtévesztően utánozhatja a lágy daganat szövettani képét.

A második esetben a kórisménk nem volt nehéz; a positív Wassermann-kémlés, röntgen-besugárzások sikertelensége lágy daganatra hívták fel a figyelmet, azonban rosszindulatú daganat jelenlétét sem tudtuk teljesen kizárni. Az első feltevésünk helyességét igazolta a kórszövettani vizsgálat és a műtét után a 9. napon a garat hátsó falán megjelent lágy daganat, amelynek a megjelenésére véleményünk szerint a műtét — mint a szervezet összhangját megbontó tényező — serkentő hatással volt.

Összefoglalás: 1. Az emlő bujakóros lágy daganatainak kórisméje nehéz.

2. Pontos kórismei adatokat a kórelőzmény, a Wassermann-kémlés és a kórszövettani vizsgálat ad.

3. A körülírt lágy daganatokat eltávolíthatjuk. A bujakór-ellenes kúrát minden esetben be kell vezetnünk, mert visszaesés lehetséges.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem urologiai klinikájának közleménye (igazgató: Illyés Géza ny. r. tanár).

A baromfi gümőkór szerepe az ember húgy-ivarszerveinek gümőkórjában.

Irta: *Remete Tibor dr.*

Mintegy 20 esztendeje annak, hogy *Lövenstein* a bécsi orvosok egyik tudományos ülésén a baromfigümőkórbacillust az emberre kórokozó mikrobaként ismertette s az általa előidézett betegséget önálló kórképnek igyekezett leírni. Bár az elmult évek alatt Európa számos államából érkezett idevágó észlelés, a betegség kórképének rajza még máig is csak durványos vonalakban sikerült. A közlemények száma amellett szól, hogy e betegség gyakrabban fordul elő, mint általában hiszik, s *Löwenstein* hangsúlyozza, hogy számos eset lappang a legkülönbözőbb kórjelzés alatt (paratyphus, kryptogen sepsis, erythema, policythaemia, leukaemia, Hodginkór, stb.) annál is inkább, mert e betegség vajmi kevés jellegzetes kórjelző fontosságú tünettel rendelkezik.

Mint legjellemzőbb tulajdonságát említi *Löwenstein* a septikus lefolyást s *Klimmer* hangsúlyozza, hogy itt tiszta septikaemia, s nem toxinaemia szerepel. *Löwenstein* ezen okból a betegséget „baromfigümőkórbacillus-septikaemiának" nevezi, míg a franciák Tuberculose septicémie Yersin és Typ Yersin néven említik.

Ezen septikus jelleg mellett a legfeltűnőbb, hogy a lázas időszakok néha évekre terjednek. Reggeli láztalanság után akár 39 fokig terjedő hőmérsékletek jelentkeznek s csak az élet vége felé jelentkezik continua. A lázakra, mint igen jellemzőt említik, hogy azok antipyretikákkal nem, vagy alig befolyásolhatók. Gyakori a profus éjjeli izzadás. A betegség csúcspontján mindig észlelhető a lép megnagyobbodása és gyakran érzékenysége is. A beteg közérzete emellett jó, étvágya van s a szokásos physikalis és röntgenvizsgálatok nem tudnak gümőkóros elváltozást felmutatni. Ezen kórkép kórjóslata mindig komoly. Néha már 2—4 hét alatt halálos lehet, míg máskor hosszú évekig tart.

Therapiaként *Löwenstein* autovaccinát ajánl, melyet több-kevesebb eredménnyel alkalmaztak. Mint megbizhatóbb hatású szert ajánlja *Berger* a baromfiantiphymatolt.

A betegség aetiologiájának kutatásában természetes, hogy a vizsgálók érdeklődése a baromfigümőkór elterjedtsége s a tyúktojásnak baromfigümőkór-bacillussal történt fertőzöttsége felé fordult. Az idevágó vizsgálatok eredménye azonban meglehetősen tág határok között mozog, mert míg egyesek szerint a baromfiállomány 3%-a, mások szerint annak 40—70%-a fertőzött gümőkórral. Hasonlóan bizonytalan a tyúktojásnak gümőbacillussal fertőzöttségének is az arányszáma (0.3—10%). Ezen leletek jelentőségét emeli, hogy *van Heelsberger* és *Löwenstein* a tyúktojás egyszeri keményrefőzését nem találja elegendőnek az esetleg benne lévő gümőbacillus elpusztítására.

A diagnosis felállításában kétségtelenül a kórokozó kimutatása és identificálása a legjelentősebb. Ez történhetik a bacillus morphologiájának, viselkedésének és pathogen voltának vizsgálata által. Ezek közül a morphologia a legmegbizhatatlanabb. Friss anyag feldolgozásakor feltünő a bakteriumok nagy tömege és azok phagocytáltsága. A gallin-törzs bakteriuma jól isolálható a tárgylemezen, az emlősé fonatokban marad. A gallin-törzsek táptalajon igen kisigényűek. 25 és 45° között bármily hőmérsékleten jól nőnek, még közönséges agar-agaron is. Gyorsabban nő, mint az emlős typusú, s ezzel ellentétben

merev táptalajon culturája nedves, sima, kenhető, könnyen leemelhető. Tyúkokra minden oltási módon adagolva pathogen, már subcutan oltásra általános gümőkórra vezet, míg tengerimalacban nem, *Krasso* és *Nothnagel* felemlíti, hogy a baromfigümőkór bacillusa az emberben tartózkodás alatt pathogenitását baromfi iránt azonban többé-kevésbbé elveszítheti. *Joseph* mutatta ki, hogy baromfigümőkórral fertőzött állatok kb. 10-szer olyan érzékenyek baromfituberkulin, mint emlősállati tuberkulin iránt. *Löwenstein* és *Politzer* úgy találták, hogy emberek, akiknek bőr-, illetve tüdőgümőkórja human, illetőleg bovin-bacillus által idéztetett elő, gallin-tuberkulin iránt alig érzékenyek. Ezek szerint az allergiás vizsgálat is megfelelőnek látszik a gallin-gümőkórral történt fertőzöttség vizsgálatára s így a kórisme preciz felállításához háromféle vizsgálat egybevágó eredménye szükségeltetik. Ez a három vizsgálat a fentiek szerint a bacillus kitenyésztése, az állatoltás és az allergiás reactio. Sorozatos vizsgálatokat, különösen a minket érdeklő vesegümőkórra vonatkozókat csak a berni Inselt-kórház, *Wildbolz* vezetése alatt álló sebészeti osztályán végeztek *Vormann* majd *Welti*.

Vormann 32 betegen vizsgálta az allergiás érzékenységet Alt-, bovin- és gallin-tuberkulin iránt s ezen betegek ⅔-án állatoltást is végzett. Ezen betegek közül csak kettőben észlelt erős allergiás bőrreactiót gallin-tuberkulinra, míg a többieken ezen reactio az emlős tuberkulinhoz viszonyítva igen gyenge volt. Ezen 2 esetből kitenyésztett gümőbacillus tengerimalacra azonban már subcutan oltásra is pathogen volt s így ezen esetek baromfigümőkór-bacillus által nem idéztethettek elő. Ezen vizsgálatokat ellenőrizte *Welti*. 61 betegen végzett *Vormann*hoz hasonlóan allergiás reactiókat, továbbá minden esetben tenyészetet. Csak 2 esetben nőtt a táptalajon a gallintypusra emlékeztető nedves, pázsitszerű cultura s nem a megszokott száraz, szemcsés.

A vesegümőkórosok mind erősen reagáltak humantuberkulinra; a legtöbb észrevehetően gallinra is, de egyen sem volt a reactio élénkebb, mint az Alt-tuberkulin iránt. 8-ban a reactio kb. egyforma volt, a kulturájukban azonban mindkét esetben száraz, szemcsés telepeket lehetett találni.

A két kultúra közül, melyek egyformán fényesek, simák voltak és a baromfitypusra emlékeztettek, az egyiken a human-reactio sokkal erősebb volt, mint a gallin, a másikon a két reactio kb. egyenlő volt. Ezen két beteg kultúrája malacra és kakasokra oltva, a malacra erős, a kakasra alig vagy semmilyen pathogenitást nem gyakorolt.

Klinikánk beteganyaga vesegümőkórban gazdag lévén, alkalmasnak látszott hasonló vizsgálatok sorozatos elvégzésére annál is inkább, mert érdekesnek látszó összehasonlítás igérkezett a svájci és magyarországi betegállomány közötti fertőzési lehetőség párhuzamba állítása által.

Vizsgálatainkat 42 betegen végeztük, kik közül 32 egyoldali, 5 kétoldali s 1 universalis húgyivarszervi gümőkórban szenvedett, míg 4 betegünknek gümős mellékhere-lobja volt. Vizsgálatainkat a fentiek értelmében 3 irányban végeztük:

1. A vizeletüledéket táptalajra oltottuk.

2. A betegen összehasonlító allergiás bőrreactiót váltottunk ki Alt, illetőleg gallin tuberkulinnal.

3. A kiirtott szerv kóros részeiből — a szűkös anyagiak miatt csak az allergiás reactio által gyanusnak látszó esetekben — állatoltás történt a pathogenitas megállapítására.

Miután utóbbi 4 betegünk mellékheréje isolált elváltozása miatt vizeletével saválló pálcákat nem ürített, melyről a vizeletüledéknek *Osol* szerinti festése után többizben is meggyőződtünk, ezek vizeletüledékének leoltásától elállottunk. A többi 38 esetben azonban az üledéket *Löwenstein* előírása szerinti savkezelés után Lubenau—Hohn-táptalajra oltottuk. A kultúrák — természetesen — mind kinőttek, de szemcsés, száraz, morzsolható telepeket alkottak, míg gallin-typusú nedves, fényes pázsitszerű kultúrát egyizben sem észlelhettünk.

Az allergiás reactiók keresztülvitelében *Mantoux* módszerére támaszkodva, azokat a következőképen végeztük el: Mind a kétféle tuberkulint steril isotonias konyhasóoldattal 1:1.000 és 1:10.000 arányban higítva alkalmaztuk. Az oltásokat intracután végeztük s 1—1 oltáshoz 0.2—0.3 ccm-t használva, ügyeltünk arra, hogy a szokásos „quadli" kiképződjön. A beteg felkarjának külső felén egymás mellett, de egymástól mintegy 3 cm-re helyeztük el az Alt-tuberkulin 1—1 oltását, melyek közül az egyik ezerszeres, a másik tízezerszeres higításban tartalmazta a hatóanyagot. Ezen oltások alatt 3 harántujjnyira, fentihez hasonlóan s hasonló sorrendben — az azonos higítások egymás alá kerülvén — alkalmaztuk a gallin-tuberkulint. Legalul controllképen, mint biztosan negativot a higításhoz használt konyhasóoldatot fecskendeztük be egy helyen, szintén intracután.

Az eredményt a testhőmérséklet figyelembevétele mellett az oltás óta eltelt első és második 24 óra után olvastuk le, a positivitás alsó határaként a vérbőségen kivül, mely a konyhasós oldatra is megvolt, már érezhető beszüremkedést vettük fel. A beszüremkedés mekkoraságát, ha az az 1 fillérest nem érte el, kicsinynek, ha az 1 pengőst elérte vagy meghaladta, nagynak, a kettő közöttit pedig közepesnek jeleztük.

Az Alt-tuberkulin reactiója az összes esetekben positiv volt, mégpedig 8 esetben közepes és 34 esetben nagy infiltratiót váltva ki.

A gallin-tuberkulin allergiás reactiója 6 esetben negativ, 30 esetben kicsiny, 4 esetben közepes és csak 2 esetben volt nagy. A két reactiófeleség egymásközti viszonyát az alábbi táblázat szemlélteti:

Tuberculin	Kicsiny	Közepes		Nagy		
Alt	0	8		34		
Gallin		negativ 6	kicsi 2	kicsi 28	közepes 4	nagy 2

Megjegyzendő hogy a gallin 4 „közepes" reactiója intensitásban nem éri el az Alt „közepes" reactióját, inkább csak kifejezettebb kicsinek fogandó fel, míg a 2 „nagy" jelzésű reactio teljesen megegyezett intensitásban a nagy Alt-reactióval.

Ezek szerint a két nagy gallin-reactio gallinaceus typusú gümőbacillussal fertőzöttség lehetőségére hívta fel a figyelmet. A két eset egyoldali vesegümőkórra vonatkozván, melyek klinikailag a kezdődő vagy mérsékelten előrehaladt betegség tüneteit mutatták, a megbetegedett szerveket kiirtottuk. A vesékben a kezdődő papillaris fekély és conglomerált kéreggümők, a kis cafatosfalu cavernák megszokott kórbonctani képét láttuk s nem a gallin-tuberculosisra *Löwenstein* szerint jellemző kis, nem specifikus benyomást keltő szövetbeolvadásokat. Mindazonáltal e két szerv kóros részletéből *Gróh Ede* (Egyet. bakteriologiai intézet) állatoltást végzett tyúkokon, melyek azonban nem kaptak gümőkórt s szerveik s csontvelejük úgy gümővizsgálattal, mint továbboltási kisérletben gümőbacillustól mentesnek bizonyult.

Miután a kultúrális és allergiás vizsgálatainkkal, melyek közül a 2 bizonytalant az állatoltás teljesen tisztázott, a baromfigümőkór állati fertőzöttséget egyetlen esetben sem sikerült kimutatni, *Welti* nézetét a maga egészében magunkévá tehetjük, amidőn leszögezzük, hogy *Löwenstein* azon felfogását, mely szerint az emberi húgy-ivarszervi gümőkór jelentős részét a typus-gallinaceus idézi elő, nemcsak a berni, hanem a mi beteganyagunkon sem sikerült alátámasztani.

Insula-daganat.

Irta: *Herman Károly dr.*, Szabadka—Subotica.

Hariss és *Wilder* (Mayo-klinika) először közölték a Langerhans sejtcsoport daganatának klinikai képét. Ennek elvi jelentősége volt, mert először mutatták meg, hogy az insulin termelés nemcsak csökkenhet (cukorbaj), hanem fokozódhat is.

Vannak tehát specialis hormon termelő daganatok. Ismeretes *Eiselsberg* esete, aki Basedow tüneteket okozó pajzsmirigy daganatot távolított el. Utána myxoedema keletkezett, majd egy bizonyos idő mulva ismét Basedow, melynek oka a daganat kiújulása volt. Az alábbiakban egy esetet ismertetek, ahol valószinűleg insulin-termelő daganatról van szó.

45 éves, lesoványodott, vérszegény férfi, panaszai 2 évvel ezelőtt kezdődtek gyomortáji nyomásokkal és fájdalmakkal, melyek étkezés után 2—3 óra mulva jeneltkeztek és pár óra mulva teljesen megszüntek. Nem hányt, savanyú égése vagy felböfögése nem volt., Étvágya nem csökkent; más betegsége sohasem volt. Két gyermeke van. Az egyik gümös csipőizületi gyulladásban szenved. Luese nem volt. Nem iszik és nem dohányzik. Másfél évvel ezelőtt savtültengés miatt kezelték, de mivel állapota 6 hónap alatt sem javult, sav meghatározást végeztek rajta és anaciditást találtak. Ekkor a beteg Belgrádba ment, itt daganatosnak találták s mütétet ajánlottak. A sebész hasnyálmirigy-rákot állapitott meg, ameyet kiirtani nem lehetett. Ezután röntgenbesugárzásokat kapott, amire 2—3 kilót hizott. A betegnek akkor is és azóta is jó étvágya volt, utóbb azonban állapota megint romlani kezdett és ezért Zágrábba ment, ahol orvosa retroperitonaealis daganatot vélt és ő is röntgenkúrát tanácsolt. —

A beteg nagyon vérszegény, gyönge és lesoványodott. Böre sárgás halvány. Nyelve tiszta, a torokképletei épek. Pupilláinak alakja szabályos, reactiójuk rendes. Mirigyei sehol sem tapinthatók. Mellkasi szervei rendben vannak, pulsusa szabályos, egyenletes 78. Hasa beesett, csak a gyomortájon a középvonaltól balra és lefelé látszik egy kiemelkedés, amely tapintásra kemény és a légző mozgásokat pontosan követi, a máj bal lebenyén fekszik és mellette a máj alsó, iv-alakú széle tapintható. Ez a daganat májdaganatnak látszott, különösen nagyfokú légzési kitérése miatt. Az erős étvágy jóindulatú daganat mellett szólt ugyan, de a nagyfokú senyvedtség és a tapintási lelet rosszindulatú daganat mellett bizonyított. Mindenesere különös volt, hogy a beteg ebben a súlyos állapotban is éjjel arra ébredt, hogy éhes és ennie kell. Érdekes a beteg következő észlelete: ha este elaludt, élénk álma volt, álmaiban mindig fényes lakomákban vett részt, ahol a legjobb ételeket ette. Estélyeken, vacsorákon volt, ahol izletes ételekkel kinálták. Ez az éhség éjjel 12—1 óra között jelentkezett, ha a beteg este 7—8 óra között vacsorázott. Az éhség édesség elfogyasztása után megszünt. Ezt a beteg tudta s előre elkészítette éjszakára a szükséges ételeket: beföttet, tojást, cukros vizet. Utána nyugodtan aludt reggelig. Napközben 5-ször evett s az éhség nappal nem bántotta. Ezen tünetek alapján úgy vélem, hogy a daganat a Langerhans sejtekből indul ki és áttételt okozott a májban. *Schaffer dr.* (Szabadka) lelete szerint a vércukor (egy izben vizsgálva) éhgyomorra 0.70 volt. Szöges ellentétben volt a beteg nagy étvágyával a gyomor röntgen lelete.

A gyomor megközelítőleg kampóalakú, egy felső szélesebb és egy alsó keskenyebb részből áll. Középen homokóraszerüleg megszükül s ezen a helyen egy kb. almanagyságú telödési hiány van. Az összekötő csatorna átvezet a pylorusba és onnan a bulbusba. Peristaltikáját jóformán csak a pylorus körüli részen lehet látni. A cardián két köralakú diónyi csomó látszik, amely a gyomor léghólyag contrastjából élesen kiemelkedik. Célzott felvételen látni lehet, hogy a kis hajlat mellett a reliefből a cardialis részen egy-két redő megmaradt, több nem. A homokóra szükület területén a relief egy kis helyen még látható, azután hirtelen megszakad. 24 óra mulva a gyomor üres, a vastagbél teljesen rendes és végig jól látható. Ez a lelet kétségtelenül rosszindulatú daganatnak felel meg. E szerint a gyomor rákos és a baj főfészke kb. a nagy hajlat közepén van.

Egybevetve az adatokat, a lefolyás a következőképen állítható össze. A sebész mütéti lelete szerint a pankreas fejében rák volt. Ez később átterjedt a gyomorra, amellyel valószinüleg összenött, aztán betört a gyomorfalba, amit a röntgenlelet bizonyit. Időközben belehatolt a májba is, amelynek bal lebenyében jól tapintható almanagyságú áttételt hozott létre.

A máj ártalma mellett szól a hypoglykaemia is amely a máj parenchyma bizonyos betegségeiben is kétségkívül megvan (zsugorodás, daganatos impraegnatio, glykogen-betegség). A nagy különbség az ilyen hypoglykaemiával szemben az, hogy a túlzott insulin termeléssel kapcsolatos hypoglykaemiában a beteg éhes, míg hepatogen hypoglykaemia esetén nem éhes. Ott a vércukor azért kevés, mert a máj glykogenje kevés vagy jobban mondva, mert a máj kevés glykogent mozgósit. Ott az insulin összes mennyisége nőtt, itt az insulin csak viszonylag több: az insulin annyi mint az egészséges emberé, a vér rendelkezésére álló szénhydrat mennyisége csökkent.

Érdekes, hogy a beteg nappal nem volt hypoglykaemiás, hanem éjjel, rendesen éjfél után 1 óra tájt. Ennek oka az, hogy a beteg nappal kb. 2 óránként evett.

Wilder esetében a beteg a rák ellenére is hizott. Itt csak az első röntgenezés után gyarapodott a beteg 4 kilót. De a röntgen hatása elmultával ezt a többletet lassacskán elvesztette. Az én adtam besugárzás alatt a beteg sokat szenvedett. Gyorsan jelentkezett a káter, habár a dosisokat óvatosan és csökkent adagokban adtam. Érdekes, hogy a beteg, aki a röntgen kezelés alatt és azután még rövid ideig étvágytalan volt,három hét mulva újból enni kezdett s étvágya annyira fokozódott, hogy kezelés előtti fokát is jóval meghaladta. Most már éjfélkor nem elégitette ki az édesség, hanem pecsenyét és paprikást is fogyasztott.

Valószínű az, hogy ez a magyarázata annak, hogy a beteg a két év óta tartó betegség dacára még él. Insulin nélkül már nem élne. Ezt a beteget a saját insulinja tartja életben. Még feltünőbb, hogy a beteg többet eszik, mint az egy év óta tartó rákos betegségben tapasztalható. Ez ad a betegnek erőt arra, hogy a nap egy részét ágyon kivül tudja tölteni. Ez magyarázza meg, miért gondolt az első orvos savbőségre. Ez teszi érthetővé, hogy a sebész a műtétkor a beteg életét három hónapra becsülte, s 9 hónappal a műtét után még részben fenn is járt. Ez az oka annak, hogy a beteg legutóbbi orvosa vonakodott a rák kórjelzést és főleg a pankreas rák diagnosisát elfogadni, mintahogy rendes pankreas rák esetében igaza is lett volna. Ez az oka annak, hogy a hasüreg három olyan életfontos szervének, mint aminő a máj, a pankreas, s a gyomor, rákos beszűrődése ellenére a beteg egy bizonyos mértékig tűrhető életet folytathatott.

Ami a kór orvoslását illeti, az csak műtéti lehet s az is csak a korai szakban, addig, míg a pankreas egy részét meg lehet menteni. *E. A. Graham* a közelmultban sikeres műtétet végzett: subtotalis resectióval kiirtotta a hyperinsulinismust okozó adenomát. Más kérdés azonban, hogy a beteg meddig bírja az életet ilyen nagy fokban megcsonkított pankreassal. Ami a röntgengyógymódot illeti, nem sok jót láttam tőle, nem is lehet tőle különösebb eredményt várni. A röntgensugár talán elpusztítja a rákot, de elpusztítja az insulin termelést is. Az a véle-

ményem, hogy a két párhuzamosan haladó folyamat: insulin termelés és a rákos szűrődés közül azt kell kiemelnünk, ami a betegnek a javát szolgálja: ez pedig az insulintermelés meg nem akadályozását jelenti. Ezért ilyen esetben a röntgenezést nem ajánlom.

Esetem jellemző hormondaganat, u. n. *insulatumor;* lefolyása és tünetei nagyjában megfelelnek az irodalomban ismertetett eseteknek. Lényeges vonásai: a rossz és jóindulatúság tünetei. A benignitas azonban csak látszólagos és ideiglenes. Ha arra gondolunk, hogy itt a belső, élet-fontos szervek terjedelmes rákjáról van szó, akkor a beteg saját insulintermelését igen nagy fokúnak kell tartanunk.

Morphologiai elváltozás nélkül is lehet látni hypoglykaemiás jelenségeket tisztán működési alapon. Gyakran lehet vele találkozni epeköves betegeknél. Már jó néhány izben hallottam epeköves betegeimtől, hogy a roham elején vagy közben, hirtelen égető éhségérzés jelentkezik, melyet a gyomortájra helyeznek rendesen a középvonaltól balra. *Katsch*-nak az a véleménye, hogy baloldali epeköves fájdalmak rendesen a pankreas bántalmát jelentik. Ez az itt említett tünet is igazolja a *Katsch* felfogását. Ez az éhségi, égető, rendesen fájdalommal egybekapcsolt érzés a gyomorban jelentkezik, de a pankreasból indul ki, minden jel szerint a Langerhans-sejtcsoport izgalmából kifolyólag, amelyet az epeköves görcsroham vált ki. Lehet, hogy ennek a tünetnek anatomiai alapja is van: a *Zoepffel* leírta pankreas-vizenyőre gondolok. Akár reflektorikus, akár kisebb anatomiai oka van (vizenyő, hyperaemia, muló gyulladás) a tünet oka a szigetsejtek bántalmában keresendő. Ha ilyenkor a betegnek szénhydrátot adunk, a kellemetlenségeknek legalábbis egy része megszünik. Egy betegem itt emlitett panaszaitól megszabadul, ha bonbont eszik. Az igazi epefájdalom természetesen erre nem mozdul, a jobboldali fájdalmak vagy megmaradnak azután is, vagy később fejlődnek ki, a baloldali fájdalmak azonban és főleg az éhséggel egybekötött égető érzés a gyomorban gyorsan megszünik. Ez is azt igazolja, hogy az epeútak és a pankreas között szoros kapcsolat van, amint azt egyébként is jól tudjuk.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Agydaganat és vérsejtsüllyedés. *Ask-Upmark.* (Acta. Med. Scand. 1936. 88. k. 282. old.)

93 agydaganatos beteg vérsejtsüllyedését vizsgálta Westergren szerint. Az eseteknek több mint felében a vérsejtsüllyedés 1 óra alatt 10 mm-nél lassubb volt. A rosszindulatú daganatok, túlnyomóan glykomák között is csak az eseteknek ⅓ részében volt a vérsejtsüllyedés 20 mm-nél többékevésbbé gyorsabb. 3 akromegal beteg vérsejtsüllyedése normalis, az egyetlen chromophob adenoma-eset vérsejtsüllyedése jelentékenyen gyorsult volt.

Perémy dr.

Gyomorbántalmak és nyelvlepedék. *N. Henning* prof. (Med. Klin. 1936. 6. sz.)

A szerző egészséges, valamint különböző gyomorbántalmakban szenvedő egyéneknek nyelvfelületét vizsgálta saját szerkezetü mikroskopjával. Igen sok eset vizsgálata alapján arra a megállapodásra jut, hogy a nyelvlepedék leggyakrabban gyomorbántalom, illetőleg az avval kapcsolatos étvágytalanság következménye. Lepedék a nyelven gyomorbántalmak nélkül is lehetséges (pl. neurasthenia, elmebántalmak), viszont gyomorbaj előfordul a nyelv lepedéke nélkül is. Bár egyedül a nyelv vizsgálatából kórjelzést — a perniciosás glossitis kivételével — felállítani nem lehet, a nyelvfelület vizsgálatát továbbra is fontosnak tartja.

ifj. Marsovszky dr.

Szülészet.

Petefészek eredetű artropathia. *Sterling* és *Stein.* (Medycyna 1936. 6. sz.)

38 éves asszony esetét ismertetik, aki a felvétel előtt hat esztendővel betegedett meg, második terhessége alatt. Azóta minden terhessége idején fokozódott izületi baja. II. és III. terhessége alatt a kéz ujjpereceinek izületei, a IV. alatt a könyök, ötödikben a láb, végül a hatodikban (két hónapos vetelés) a térdizületre is ráterjedt a betegség. Egyébként a terhességek alatt más toxicosisra mutató tünetek is voltak. Menarché: 13 é. k. azóta a havibaj rendes. Nincs izületi csúza. A vizsgálatkor sok izület jelentős elalaktalanodását észlelik. Az izületek tájékán gyulladásra utaló tüneteket nem láttak. Röntgenvizsgálat a periarticularis szövetek duzzadását mutatja, az izületekben minimalis laesioval. Go, Wassermann negativ. Alapanyagcsere + 6.2% Apyrexia. 1000 egység folliculin naponkinti befecskendezése és minimalis jód adagolása után a duzzanatok jelentékenyen csökkennek, a fájdalmak elmulnak, a contracturák ugyancsak csökkennek. A beteg elhagyja az ágyat. A szerzők szerint a kórisme: petefészek eredetü izületi baj (artropathia ovariogenes hypoovarica). Hangsúlyozzák a folliculin hatékonyságát.

Mészáros Gábor dr.

Szemészet.

Coniunctivitis vernalis gyógyitása C-vitaminnal. *Brechner.* Klin. Wschr. für. Aug. 95. k. dec.)

A complikált pathogenesisü tavaszi kötőhártyahurut gyógyitásában a tüneti localis kezelésen kivül az antiexsudativ és értömitő jellegü gyógyszerek (mész, ephedrin) játszanak szerepet. Ilyen hatású a C-vitamin is, amiért *Lindner* a glaukomában a vér-csarnokvízkorlát tömitésére ajánlotta. *Hochwald*-nak az asthma bronchia.eban elért eredményei inditották szerzőt e therapiás kisérletek megtevésére. Itt is vegetativ stigmatisáltak allergiás zavarairól van szó (eosinophilia, pollen túlérzékenység, véralkalosis). Szerző a Redoxon—Roche-t localisan használta, még pedig 1%-os becseppentések és elektrophoresis alakjában (anód). Három esetében subjectiv és objectiv javulást látott, igy a limbusfelrakódások kisebbedését stb. Szerző ezen elméleti alappal biró eljárást megerősités céljából kipróbálásra ajánlja.

Grósz István dr.

Gyermekgyógyászat.

Golyva-probléma a gyermekkorban. *E. Wieland.* (Arch. f. Kk. 105. 5.)

A mult század végéig a golyva részben mint szépséghiba, részben mint compressiós tüneteket okozó terimenagyobodás, kizárólag a sebészeket érdekelte. Belgyógyászati jelentőségét a cachexia strumipriva, a thyreojodin felfedezése és Moebius azon tanitása óta kapta, hogy a morbus Basedowi hyperthyreosisos, azaz functionalis megbetegedés.

A golyva klinikai fogalom s practikusan megnagyobbodottnak, illetőleg golyvásnak kell tartanunk minden tapintható, illetőleg mérhető pajzsmirigyet. *Aschoff* növekedési problémának tartja, mivel kisebbfokú megduzzadása physiologiás körülmények között is előfordul, mint ujszülöttkorban, iskoláskorban, pubertáskor. Endemiás területen az újszülöttek 40%-a golyvás s 10%-ban ez szerepel mint halálok. Ez ellen hathatósan küzdeni csak a terhes anyáknak jódozott só systematikus adagolásával lehet. Therapia szempontjából csecsemőkön eredményesnek bizonyult a nyak mellső részének jódkali kenőccsel bedörzsölése, valamint per os 1 ezrelék jodkalioldat néhány cseppje.

Megnagyobbodik a pajzsmirigy majdnem minden iskoláskorú gyermekben endemiás területen, fiukban-leányokban egyaránt. Endemiamentes területen leányokban 5—10%-ban, fiukban 1—2%-ban s itt rendszerint a pajzsmirigy enyhébb megduzzadásáról van szó, mely spontan, illetőleg jodadagolásra visszafejlődik. Endemiás területen a pajzsmirigy megduzzadását a physiologiás endogen okon kivül egy exogen localis „kropfnoxa" is befolyásolja s igen sok esetben maradandóvá, illetőleg golyvássá válik. A gyermekkori golyva morphologiailag struma diff. parenchimatosa vagy follicularis. Functióját tekintve kevés kivétellel normalis activitást mutat (ú. n. enthyreot) s ennek megfelelőleg az anyagcserevizsgálat és a vér jodtükre normalis értéket mutat. A pubertaskori, kivételesen az iskoláskori golyvához főleg endemiás területen ideges tünetcsoport csatlakozhat (izzadás, szívdobogás, álmatlanság stb.), melyet thyreotoxicosisnak szoktak felfogni, szerző véleménye szerint ezek a jelenségek csak

ideges vegetativ stigmatisáltakon fordulnak elő s gyermekkorban nem játszik komoly szerepet.

A valódi morbus Basedowi az endemiamentes vidéken szokott előfordulni.

A golyva aetiologiáját illetőleg — az egyes golyva endemiák morphologiailag és functionalisan váltakozó charakterét tekintve — ugy látszik, hogy az endogen hereditaer okokon kivül a helyi exogen okok játszák a főszerepet. Bővebben foglalkozik a referatum a golyva aetiologiájának különböző hypothesisével, amelyre vonatkozólag egységes nézet még nem alakult ki. Therapia tekintetében a Wagner és Hunwicker által 12 év előtt inaugurált — általános az endemiás területek egész népességére kiterjedő jodozott só adagolása látszik a legcélravezetőbbnek (1/20 mgr jodkali 10 gr konyhasóhoz naponta). Az arteficialis jodártalom elkerülhető lesz, ha a prophylaxisból a harminc évnél idősebb s a vegetativ-labil egyenek kikapcsoltatnak.

Schmitt Anna dr.

A szív és érrendszer viselkedése typhus abdominalis utáni reconvalescentiában. *F. D. Gurewitsch.* (Mschr. f. Khlk. 1936. 64. 341.)

A charkowi gyermekkórházban 65 typhus abdominalist kiállott iskolásgyermek került vizsgálat alá. Typhus abdominalisszal kapcsolatos kardiovascularis elváltozást a reconvalescentia szakában 37%-ban lehetett kimutatni. Ezek közül 41.6%-ban találtak szivizomártalmat, 29.2%-ban rythmuszavart, 29.2%-ban pedig arterialis hypotonia voltak a főbb elváltozások. Az első csoportot subjective fáradékonyság, dyspnoe és gyengeség jellemezte. 71%-ban tachykardia, 44%-ban hypotonia volt található, az elektrokardiographiás eltérések közül az összes hullámok lapos voltát emelték ki. Az elváltozások az esetek nagy részében gyorsan fejlődtek vissza. A II-ik csoportban hosszabb ideig tartó rythmuszavarokat foglalnak össze, ezek közül gyakori a nagyfokú (150—160 percenkint) tachykardia és arrhythmiák. Subjectiv panaszok ilyenkor esetleg hiányozhatnak, egyes betegek palpitatióról és dispnoeról panaszkodnak.

A hypotoniás csoportban gyakori panasz a szédülés, fáradékonyság, dyspnoe álmatlanság és a figyelem csökkenése. Jellemző a vegetativ idegrendszer labilitása; a dermographismus, az orthostatikus szivpróba gyakran mutat kedvezőtlen eredményt. A Mc. Clure- és Aldrich-féle próba, melyből a szövetek oedemakészségére lehet következtetni, az esetek legynagyobb részében gyors felszivódást mutatott, a reconvalescentia első tiz napjában. Szerzők különös figyelemmel kisérték a leirt elváltozások visszafejlődésének időtartamát és arra a gyakorlati következtetésre jutnak, hogy a typhus abdominalist kiállt gyermekeket nem ajánlatos a láztalanodást követő egy hónapnál előbb iskolába küldeni. Kimutatható szívelváltozás esetén jobb ezt az időt 1½ hónapra kitolni.

Kerpel-Fronius Ödön dr.

Werlhof-kór agyvérzéssel. *Spörl.* (Jb. f. Khlk. 96.)

Spontan agyvérzés a gyermekkorban elég ritka. *Taegen* irodalmi és saját észlelései alapján összeállított esetei purpura haemorrhagicához, symptomás haemorrhagiás diathesishez, endokarditishez, pertussishoz csatlakoztak. Valódi gyermekkori Werlhof-kórral kapcsolatos agyvérzést csak egy esetben közöltek.

Szerző esetében 10 éves gyermekről van szó, aki 6 éves kora óta több alkalommal volt klinikai megfigyelés alatt. Ez idő folyamán a bőr, az orr, gyomorbél és a húgyutak nyálkahártyájának, valamint a scrotum vérzéseit észlelte. Diagnosisa morbus maculosus Werlhofi: csökkent thrombocytaszám, megnyúlt vérzésidő, normalis alvadási idővel, retractio hiánya. Az intramuscularis vérinjectiót jobb eredményünek látta, mint az egyéb véralvadást elősegítő szerek alkalmazását (coagulen, gelatina, calcium). A lép röntgenbesugárzása rövid ideig tartó és csekély hatású volt. A gyermek 10 éves korában meningealis tünetek között megbetegedett. Tünetek: eszméletzavar, jobboldali pupillatágulás fénymerevséggel és jobboldali ptosis. Ezenfelül tarkómerevség, Kernig-, Brudzinsky-tünet s végül görcsök. Góctüneteket nem lehetett kimutatni. A gyermek 6 napi betegség után meghalt. A bőrben testszerte friss és régi vérzések. A jobb agyfélteke velőállományában tyúktojásnyi véralvadékot talált, mely a homloklebenytől a halántéklebeny kéregállományáig terjedt. Az agy egyéb részei nem mutattak elváltozást. A pleuraürben kb. 150 ccm vöröses szinü folyadék volt. Az agy kiterjedt vérzése miatt tulajdonképen baloldali hemiplegiát kellett volna észlelni, valószínü azonban, hogy a vérzés oly gyorsan érte el nagyságát, hogy a helyi tüneteket az általánosak elfedték.

Romhányi József dr.

A bőrön alkalmazott mustárborogatás hatása. *Y. Hiro* és *M. Yamada.* (Monatschr. f. Kinderhk. 64, 2, 3.)

4 egészséges, 15 bronchopneumoniás és 5 tuberculotikus gyermeken vizsgálták előző állatkisérleteik alapján a mustárborogatás hatását a vérképre. Kisérleteikben az előző állatkisérleteikkel egybehangzóan azt találták, hogy a mustárborogatás — egészséges és beteg gyermekeken egyaránt — a vérben kifejezett absolut és relativ leukocytosist vált ki, mely maximumát a borogatást követő 4. órában éri el s 24 óra mulva az eredeti értékére megy vissza. Legkifejezettebb a reactio a középsúlyos esetekben, míg a súlyos bronchopneumoniás gyermekek reactiója igen csekélynek bizonyult. E leukocytaváltozás, mint általános ingerhatás kifejezője, immunbiologiai alapon is alátámasztja a mustárborogatás jótékony hatását, amit *Heubner* óta eddig csupán a jobb szivet tehermentesitő bőrhyperaemiának tulajdonitottak. Mint a szervezet ellenállását fokozó általános ingertherapia más megbetegedések esetében, igy többek között gyermektuberculosis esetén is nyerhet alkalmazást.

Flesch István dr.

Bőrgyógyászat.

Az ojtási malária után előálló májártalom kérdéséről. *W. Milbrandt.* (Derm. Wschr. 38. sz. 1935.)

Az utóbbi időben többen arról számolnak be, hogy a mesterséges malária-kezelés következtében különféle májártalmak jönnek létre. Szerző 25 betegen májfunctiós vizsgálatokat végzett malaria-kezelés után. A vizsgálati betegek részben kankóban, részben syphilisben szenvedtek. Vizsgálati eredményeiből azt látta, hogy a mesterséges malária-kezelés a máj müködését sem nem károsítja, sem nem befolyásolja. Sőt a már előzetesen fennálló májártalmak a malária-kezelés alatt esetleg javulhatnak is. Ha a májban a malária-kezelés előtt erősebb fehérje széteséssel járó complicatiók állottak fenn, úgy a lázas kezelés alatt részleges májártalom léphet fel. Ez a májártalom azonban könnyebb természetü és rövid idő alatt spontan visszafejlődik. A malária-kezelés alatt észlelt sárgaság a vértestecskék fokozott szétesése következtében előálló pleiochrom sárgaságnak fogható fel. Az eseteknek csak egy csekély számában áll fenn hepatikus ikterus. A sárgaság fellépése a lázas rohamok megszakitását nem teszi szükségessé. Ilyen esetekben elegendő a figyelmes klinikai megfigyelés, szénhydrat diaeta, esetleg hepatrat vagy insulin injectio.

Vanik Vince dr.

Adat az erythema exsudativum multiforme epidemiás fellépéséhez. *Dr. S. Leitner.* (Derm. Zschr. 1935. 38.)

1935. május 22-én szerző klinikáján négy fiatalember jelentkezett faluról, akik mindegyikén erythema exsudativum multiformes bőrelváltozások voltak észlelhetők. E betegek szülőfalujában szerző még további 30 egyénen talált hasonló megbetegedést. A lakás mindegyik esetben tiszta volt, tápszerekkel történt intoxicatióra semmi jel nem mutatott. Gyomor bélzavarokat egy esetben sem sikerült kimutatni. Az anamnesisből kitünt, hogy az egyik ifju ilyen bőrjelenségeket már több izben észlelt magán és jelen esetben is legelőször ő rajta jelentkeztek ezek a bőrtünetek. Jogos tehát annak a feltételezése, hogy a fertőzést ő terjesztette. A megbetegedés különben minden egyes esetben szövődmény nélkül zajlott le. 19 esetben sikerült a tonsillákon vörösséget és duzzanatot észlelni. 25 esetben vizsgált szerző tonsilla váladékot kulturalisan. Staphylococcus aureus haemolyticus 11 esetben (44%-ban), staphylococcus aureus anhaemolyticus 14 esetben (56%-ban), sterptococcus anhaemolyticus 1 esetben (4%-ban), egyéb streptococcusféleség 23 esetben (92%-ban), nőtt ki. Ezen bakteriologiai leletből nem lehet arra következtetni, hogy a tonsillák képeznék a behatolási kaput az erythema multiforme kórokozói számára, mert egészséges egyének tonsilláin is kb. ilyen százalékban találhatók a fent említett bakteriumok. Négy esetben, ahol teljes vérképet készített, a leukocyta szám nem emelkedett, ezzel szemben kisfokú anaemia volt jelen.

Vanik Vince dr.

Bőr-streptococcus-infectio után keletkezett scarlatina. *J. Fricker.* (Presse Médicale, 1936. 10. 188.)

22 éves férfin mindkét comb belső felszínén kiterjedt intertrigo. A beteg combjait sokat vakarta, úgy hogy a combok belső felszinén az intertrigo területének megfelelően kis pustulák keletkeztek, melyekből streptococcus volt kitenyészthető. Röviddel később a beteg egész testén kiütések jelentkeztek, melyek csakhamar typikus scarlatina képébe

mentek át. Serologiailag a pustulákból kitenyésztett és a scarlatinát előidéző streptococcus-törzset azonosnak találták.

Bodon György dr.

Urologia.

Rosszindulatú vesedaganatok operatiója. *Hans Haebler*, Berlin, (Ztschr. f. Urol. 1936, 30. 2.)

Az az elmélet, mely szerint ezen daganatok szétszórt mellékvesecsirokból fejlődnek, nem állja meg a helyét. *Stoerck* tagadja a hypernephroid tumorok mellékvese eredetét. Szerinte a húgycsatornácskák adenomájából fejlődnek. Nem tévedés, ha felvesszük, hogy vagy ezen adenomából, vagy a fejlődésben visszamaradt sejtcsoportokból képződnek, melyek a későbbi növekedésben a mellékveséhez hasonló felépitést mutatnak.

A hypernephroma kifejezést hypernephroiddal pótolja. Sok pathologus hypernephroid carcinomának nevezi.

Az első eset: 43. é. beteg. Bal o. gyermekfejnyi vesetumor, teljes functio-kieséssel. A jobb o. jól functionái. Kemény, nagy összekapaszkodott, az operabilitás határán levő tumor. Hashártyasérülés nélkül sikerül eltávolitani. A mütét után szívgyengeségben meghalt.

Makroskopikusan a vese nagy hypernephroid tumorrá alakul át, csak az alsó poluson volt kis parenchyma látható. A medence helyén nagy, tömött, keményfalú üreg, amiből nagytömegü sárgás-barna, kocsonyás, nekrotikus massa ürül. A tumor sárga-vörös területekből áll.

Mikroskopikusan tipikus hypernephroid daganat képét mutatja. Több helyen degeneratio és nekrosis, kevéssé megtartott kéregedények, felismerhető glomerulusok. A daganat a vesevenákba betört.

A második eset vesecarcinoma. A beteg vérkukacot észlelt a vizeletben. A vizsgálat bal o. vesetumort mutat. A jobb vese functiója jó. Azonnal mütét. Sima gyógyulás. Még üdülése alatt rosszabbodott az állapota és 11 hónapra rá exitált. A jól kifejlödött tumor ellenére jó vesefunctio.

Mikroskopikusan rákszigetek, sötétmagvú daganatsejtek, kiterjedt metastasisok.

A rosszindulatú vesedaganatok korai diagnosisa és operatiója ellenére az eredmény problematikus. Talán sikerül egykor az atypikus sejtszigetek burjánzását a vérpálya útján megakadályozni.

Boeminghaus szerint a hypernephroma operativ kezelésének prognosisa nem rossz, kb. 22%. A vena renalisba daganatrészletek kerülhetnek és igy keletkezik a metastasis, ami a hypernephroid tumorra jellemző.

Az elnevezést szintén tanácsolja.

Az indigocarminpróba nem mértéke a vese anatomiai integritásának. Lehet tumoros vese jó indigokiválasztással. Szükséges a röntgenvizsgálat is.

Fa Imre dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Bauierndoctor. Irta: *Menhofers Franzef.* Az „Ärztilche Rundschau" kiadása, München, 1936.

Egy nagyon kedves olvasmányt ajánlunk e 184 oldalas könyvecskével olvasóink figyelmébe, amiben sok élvezetük lesz, mert akik már átélték a falusi doctor küzdelmeit, szenvedéseit és örömeit, a maguk sorsára és történetére fognak ismerni e kifogástalan irodalmi mezbe öltöztetett élményekben, akik pedig nem voltak részesei ennek a hányatott, talányokban és meglepetésekben gazdag életnek, azok tisztelni és becsülni tanulják belőle a falusi doctort, a legreálisabb idealistát, ki a lelkébe csepegtetett humanizmust és tudományt a nap minden órájában betegei javára reális haszonná váltja hivatásának idealizmusa parancsából.

Nem összefüggő, de kerek egészet, tökéletes képet alkotó 14 kis rajz vagy történet vázolja előttünk a kellő tudással és tapasztalattal, tiszta lelkiismerettel és becsületes morállal fegyverzett falusi doctor küzdelmét a maga alapjában jó, de furfangos és a doctort kihasználni igyekvő paraszti népével, a hatóságok, a papok, a kuruzslók befolyásával. A történetek orvosilag is érdekesek, tanulságosak és megnyugtatóan megoldottak. Sokat, nagyon sokat okulhat belőlük az a fiatal collega, ki vidékre készül és becsülettel akarja megvetni lábát valahol. „Der neue Doctor." „Praxisfahrten" „Geburtshilfe auf dem Lande eins und jetzt." e tekintetben a legjobb fejezetek.

Különös érdeme irodalmi szinvonala, ami nemcsak kielégit, de gyönyörködtet, s ami alakjait annyira élőkké, szinte ismerősökké teszi. „Des Doctors alter Schimmel", „Jugendträume", „Um Wagenlänge dem Tod voraus" történetekben különösen élvezzük az iró vonzó tollát és költői lendületét. Aki reá vágyik, nem fog csalódni benne; szinte szeretnénk jó magyar fordításban tudni falusi praxisra készülő fiatal collegáink számára hasznos segédkönyvül.

Vámossy.

Nőgyógyászat. *Dr. Mansfeld Ottó:* Novák Rudolf és Tsa. Budapest. kiadása. Ára füzve: 12.— P, kötve 14.— P.

A csaknem 300 oldal terjedelmü könyv nagy hiányt van hivatva pótolni, mert az utolsó magyar nőgyógyászat megjelenése óta 20 év telt el és ez idő alatt a nőgyógyászati tudomány számos irányban hatalmas fejlődést mutat. A könyvismertetésnek nem lehet célja az hogy a szőbanforgó könyv minden fejezetével külön foglalkozzék, mégis szükségesnek látszik, hogy a minden tekintetben kiváló munka egyes részleteit néhány szóval ismertessük.

A kórismézés fejezetében a kórelőzmény, tünettan és vizsgáló eljárások részletes leirását olvashatjuk. Ez a fejezet különösen a gyakorló orvos számára bir nagy jelentőséggel, mert világosan magyarázza meg a különböző eljárások lényegét, kiviteli módját és a velük elérhető eredményeket. Számos ábra is nagyban hozzájárul fentiek megértéséhez. A kórtani részben a sterilitás ismertetése után a rendetlen vérzések különböző alakjaival foglalkozik és azoknak a legújabb kutatások alapján kialakult gyógykezelését irja le. A női nemzőszervek gyulladásos megbetegedéseit részletesen ismerteti s amit a gyógykezelésükről mond, az tanubizonysága hosszú kilinikai tapasztalatának és nagy irodalmi tájékozottságának. A nemzőszervek daganatainak fejezetében a myomák kezelésénél nem ajánlja a méhüri vizsgálatot és ismerteti annak veszélyeit. Kétségtelenül e kérdésben sok tekintetben igazat adhatunk a szerzőnek, azonban a sugaras kezelés előtt — amelynek indikációit nagyon helyesen foglalja össze — sok esetben mégis helyesebb eljárás a méhür kikaparása és a nyálkahártya szövettani vizsgálata, nehogy rosszindulatú elfajulás elkerülje figyelmünket. A hugyútak betegségeiről ad ezután a gyakorlóorvos és a nőgyógyász szempontjából fontos tudnivalókról bőséges felvilágositást. A nő egészségtanában a nő speciális hygieniáját a nagy tapasztalatú szakember tollával irja meg. Könyvének nagy fejezetét képezi az általános gyógyeljárások részletes ismertetése. A physikalis gyógymódok, fürdők, diathermia stb., majd a méhnyak és méhüri kezelések, továbbá a méhüri vizsgálatok indicatióit és kiviteli módját ismerteti nagy tárgyilagossággal. Ezután az organo- és hormontherapiával foglalkozik; röviden vázolja a tudomány mai álláspontját és helyes kritikával olyan összefoglaló ismertetést ad, melyet nemcsak a gyakorlóorvos, hanem a szakember is sok tanulsággal forgathat. A könyv végén bőséges vénygyüjtemény van az újabb pharmakologiai készitmények nagyszámú felsorolásával.

A munkát általában a nagy tárgyilagosság jellemzi, nem sok theoria, még kevesebb hypothezis, de annál több klinikai tapasztalás ismertetése után erős logikával épiti fel az egyes betegségekről való felfogását. Az anyag könnyen áttekinthető taglalása, világos, élvezetes és közvetlen stylusa oly tulajdonságai a könyvnek, hogy nyugodtan merem állitani, annak nem szabad hiányoznia egyetlen magyar orvos könyvtárából sem. A könyv szép kiállitása a kiadót dicséri.

Berecz prof.

Stillings pseudo-isochromatische Tafeln, kiadta *Prof. Dr. E. Hertel.* 19. kiadás. Georg Thieme, Lipcse, 1936.

Stilling pseudo-isochromatikus táblái régi vizsgálómódja a színlátás hiábáinak. A színek tökéletes nyomdai visszaadásával immár 19. javitott kiadásában jelenik meg. A színes foltokból összetett számjegyeket, amelyek *Nagel* anomaloskopjával pontosan meghatározott színlátású színtévesztő festők közremüködésével készültek, a rendes színlátású könnyen felismeri, míg a színtévesztő és színvak elvéti vagy egyáltalában nem látja meg. Két olyan tábla is van a könyvben, amelyet mindenki meglát, viszont két olyan is, amelyet a jó színlátó nem ismer meg, vagy nehezen betüz ki, míg a színtévesztő könnyen ismer fel. Négy olyan táblája is van továbbá a könyvnek, amelyeken egyáltalában nincsen betü vagy számjegy. Ezeknek foltjai halvány tévesztőszinüek, amelyekből rámutatással kell az azonos szinüeket kiválasztani. A táblák annyira sikerültek, hogy *Ishivara Stilling*-rendszerü, legjobbnak elismert táblái mögött nem maradnak el. A táblák gyakorlati célt szolgálnak és sokszor elkerülhetővé teszik a drága anomaloskopot, mert a kék-sárga szinérzés tökéletlenségeit is képesek kimutatni és legtöbbször döntő bizonyitékot nyujtanak simulatio és dissimulatio leleplezésére is. Olyan pályákra készülök vizsgálatára, akiktől jó színlátást követelnek *Hertel* táblái jóformán nélkülözhetetlenek.

B. L.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület április 18-i ülése.

Bemutatások:

Polgár F.: a) *Féloldali massiv tüdőatelektasia haemoptoe után.* 25 éves férfi haematogen tüdő tbc. következtében súlyos tüdővérzés kapott. Kezelő orvosa mesterséges légmellet létesített, melynek nyomában nagy mellkasi fájdalmak és nehézlégzés álltak elő, a kóros mellkasfél teljes egészében tompulttá vált. A röntgenvizsgálat kimutatta, hogy a bal tüdő teljesen atelektasiás lett és hörgőszükület következtében a mediastinum erősen a kóros oldal felé tolódott el (massiv v. atelektasiás collapsus). A tömörülés már 4 nappal később oldódott, a mediastinum dislocatiója megszünt s ugyanakkor a köpetben a hörgők öntvényének megfelelő csikok jelentek meg. A kórképet a főhörgő teljes eltömeszelődése okozta.

b) *Haematogen tuberculosis és lépes tüdő („Wabenlunge") szövődése.* Ha a tüdő cystosus elfajulása kis területre szorítkozik, többnyire tuberculotikus cavernákkal vagy hörgtágulatokkal tévesztik össze. A bemutatott esetben kb. tenyérnyi területen basalisan kifejezett üreghálózat képe áll fenn, melyet 11 éven át tartó megfigyelés alatt előbb tuberculotikus cavernáknak tartottak és mesterséges légmellel kezeltek, melynek eredménytelensége után bronchiektasia lett a kórisme. Minthogy az üregrendszer röntgenképe 11 éven át nem változott és egyébként is magán viseli a lépes tüdő (Wabenlunge) jellegzetes ismérveit, veleszületett fejlődési rendellenességet kell felvenni. Emellett apró gócos, szétszórt, haematogen tuberculosis játszódott le a betegben, mely kis haemoptoekkal és subfebrilitással járt. Egy második esetben a középlebenyre szorítkozó, fertőzött lépes tüdőt észleltek situs inversussal együtt.

Holló B.: Ugyancsak haemoptoehez csatlakozó lobaris atelektasiát mutat be, mely az alvadék kiköhögésével 3 nap alatt feltisztult.

Előadások:

Angyán J.: *A tüdőtuberculosis klinikájának mai állása.* A tüdő-tbc kórképeinek változatossága összefügg 1. a fertőzés massivitásával (Calmette kisérletei), 2. az életkorral, 3. az öröklött készségnek és az endokrin constellatiónak is lehet jelentősége, 4. a szervezet egészére kiterjedő hatások: természeti környezetbeli, táplálkozási, munkaártalom, mérgek, más fertőzések, 5. a tüdő és az azt működtető mellkas mechanismusában beálló változások befolyásolhatják. A therapia lehetőségét a két utóbbi pontban foglalt feltételek ismerete és módosítása szolgáltatja. — A tüdő-tbc. jelentőségét 2 számadat mutatja: 1. a tüdő-tbc. és más szervek tbc.-jének halálozási arányszáma = 77 : 13, — 2. a tüdő-tbc. halálozásának több mint fele a 15—30 életévre esik. A kórképek elhatárolására általánosan elfogadott rendszer nincs, ma is legjobb, ha sajtos tüdőgyulladást, ha peribronchialis nyirokmirigytuberculosist, a miliaris tuberculosist és a phthisist különböztetünk meg. *Ranke* immunbiologiai stadiumbeosztása közvetlenül nem alkalmazható. Minthogy a betegség legtöbbször már előzetesen fertőzött szervezetben támad, jogosult a jelenségek magyarázatában a Koch-phaenomenra, *Pirquet* allergiájára támaszkodnunk, és a kóros elváltozások milyenségéből az allergia és az immunitas egymáshoz való viszonyára következtetni. — A phthisisfejlődés problemájáról szólva két betegségképben mutatja a phthisis megjelenését és lefolyását: 1 *Bézançon* (1927) reámutatott az első fertőzésből továbbfejlődő folyamat lehetőségére. Ez leginkább a tüdő kötőszöveti vázrendszerében terjedő. Röntgenképen finom rácsozat képet adja, innen neve tramitis. A betegségkép jóindulatú, sokszor az asthma, emphysema képében álcázott. Beszürődés, cavernaképződés ritkább. 2. *Assmann* (1924) az exogen újrafertőzésnek különösen kitett fiatal orvosok és ápolószemélyzet körében vizsgált esetekben pontosan leírja a röntgenképen az infraclavicularis mezőben megjelenő beszürődést, amely szétesésre, gömbcaverna képződésére vezet és a bronchusrendszerben szétterjedő phthisis kiindulási helye. A phthisisfejlődés lehetőségeinek didaktikai demonstrálására az Ulrici-Raedeker sémát ajánlja. — Szól a röntgenvizsgálat és különösen a sorozatos fotografálás jelentőségéről a kóros folyamatok követésében. Figyelmeztet azonban arra, hogy a röntgenkép még sok tekintetben az anatomiai képpel szembeállításra vár. Nagyjelentőségünek tartja a bronchuselzáródásból származó tudőcollapsus, illetve atelektasia problemájának *(Jacobaeus* 1932) bevonását a cavernás phthisis keletkezésének és gyógyulásának magyarázatában és annak a véleményének ad kifejezést, hogy ezen problema kutatása a tüdővész klinikájának ma legfontosabb feladata. — Az elmondottakat röntgenképek bemutatásával illustrálja és a demonstrációval kapcsolatosan szól a légmellkezelés lehetőségeiről és hatásosságáról. — Előadásának befejezéseként arra mutat reá, hogy a tüdő-tbc. klinikája fejlődésének mai fokán a legtöbb halálos áldozatot követelő kórformát, a phthisist, idejében felismerve és gondos kezelésbe véve gyógyítani tudja, ennek lehetőségét azonban hazánkban csak a kórágyak szaporítása adhatja meg.

Illyés G.: *Az urogenitalis tuberculosis.* Az urologiai klinika 20 éves beteganyaga kapcsán megállapítható a vesetuberculosis nagy gyakorisága Magyarországon. 2043 vesegenyedés miatt végzett műtétből 1071 esetben, vagyis az esetek 52.4%-ában gümös genyedés miatt kellett operálni.

A vesetuberculosis pathogenesisében a gümös baciluria kérdése még nem tisztázott. Vannak szerzők, kik állítják, hogy súlyosan gümös egyének vizeletében megjelenhetik a bacillus anélkül, hogy húgyszervükben localis elváltozást okozna. Az urologiai klinikán készült dolgozatból *(Lieberthal—Huth)* az derült ki, hogy valahányszor gümőbacillus volt a vizeletben, mindig találtak valamely kis gümös localisatiót a vesében.

A bacillus kimutatása a klinikán a Löwenstein-féle tojástáptalajon tenyésztés útján történik. Kész diagnosis esetében radicalis műtétet végzünk. Kétoldali esetekben alkalmazzuk az egyéb gyógyítási módokat, ú. m. tuberkulin-kúrát, nagy óvatossággal, Gerson féle diaetát, Sailer-injectiókat és a Vaudremeur-féle vaccinát. Főleg ez utóbbitól láttunk eredményeket.

Genitalis tuberculosis esetén, ha csak egyedüli localisatio van, akkor operativ beavatkozást végzünk éppúgy, mint felpuhult, áttört sipolyos esetekben is. Mellékherebeli tömött göbök természetének felismerésében nagy jelentőségü a prostata lehet rectalis tapintás útján Kétoldali heregümőkórban röntgenbesugárzást és conservativ kezelést végzünk.

Közkórházi Orvos Társulat április 1-i ülése.

Bodrogi Gy.: *Diabetes insipidusnak diab. mell.-al combinált esete.* 23 é. férfi, 6 éve szenved cukorbajban. Utóbbi 3 hét alatt 6 kgr-t fogyott, feje fáj, szédül és többet vizel, mint azelőtt. Cukortalanitás után a vizelet mennyisége napi 4—5 l, fajsúlya 1002—1004. *Glanduitrin* a vizelet mennyiségét 1—1.2 l-re szállítja le. A polyuria szomjaztatástól független. Szomjaztatás alatt a vér besürüsödése észlelhető. Tekintettel az elsődleges polyuriára, az adrenalin érzékenységi próba positiv voltára, a glykosuriának és hyperglykaemiának insulinnal történő rossz befolyásolhatóságára, mindkét kórképet (diabetes insipidus és diabetes mellitus) közös okra, hypophysis működési zavarára vezeti vissza.

Torday A.: A bemutatott eset azért érdekes, mert olyan tünetek vannak, amelyek azon kérdést vetik fel, hogy valódi vagy extrainsularis diab.-szel van-e dolgunk. A kiürített cukor mennyisége a SzH.-bevitel mennyiségétől és az alkalmazott insulin adagjaitól független volt. A cukorgörbe dextrose-megterheléssel a kiindulási értékre szállott le már három órán belül. Azonban a kiindulási érték mindig jóval a normalis felett volt. Ami a másik kérdést, a d. i.-szal combinatiőját illeti, erre nézve támpontot adott az, hogy egyidőn át majdnem teljes cukormentesség vagy kisfokú glykosuria mellett sok vizeletet ürített és a vizelet fajsúlya alacsony volt. A szomjaztatási kísérletben a vizelet fajsúlya nem fokozódott, nem emelkedett és a vizelet mennyisége nem fogyott, a vér besürüsödött. A konyhasó tekintetében az eset normo-chloraemiás typusú. Azután — amennyiben ezt fel szabad érvnek emliteni, pituitrin, illetve glanduitrinre a beteg jól reagált. Ami már most a d. i. székhelyét illeti, a kissé előálló ajkak, nagy kezek és lábak akromegaliára emlékeztettek anélkül, hogy a koponyafelvétel erre biztos alapot nyujtott volna. Ezért lehet, hogy a d. i. tünetei nem is a hypophysissel, hanem hydrokephaliáját tekintve a közti agy bántalmazottságával, illetve az agy gyomrocsok kitágulásával függhettek össze.

Hauber L.: *Megasigma műtéttel gyógyult esetei.* Egy férfi és egy gyermek megasigma esetet mutat be, kikből többszöri ileusos tünet miatt a sigmát kiirtotta. A műtét óta két, illetve ½ év telt el; a betegek teljesen panaszmentesek lettek. Az egyszakaszos resectio veszélyét abban látja, hogy a túltengett bélfal összetapadási és gyógyulási képessége rossz. Ezért a műtétet két szakaszban végzi: antepositio, majd duplacsöves colostomia kiképzés. Ha a bélfal a rendes vastagságát visszanyerte, septum-zúzás után extraperitonealisan zárja a colostomiát, mely mindkét esetben primán gyógyult. A műtét lefolyását, valamint a későbbi keze-

lést és colostomia zárását *Kovács* filmfelvételeiben vetítve szemlélteti.

Lobmayer G.: A megasigma aetiologiája még mindig homályos. Sok hypothesis magyarázza. A műtéti megoldás nehéz és veszélyes. Felhívja a figyelmet, hogy legújabban a veszélytelenebbeknek látszó hasi sympathicus plexus resectiójával igyekeznek a betegséget gyógyítani. Kipróbálásra ajánlja.

Kovács A.: *Orvosi kinematographia.* Az orvosi mozgófényképezés lehetőségeivel, céljaival és módszereivel foglalkozik. Alkalmazási területét a következőkben foglalja összse: 1. Valamely elváltozás rögzítése fénykép helyett oly módon, hogy az elváltozás helyét, a felvevőgéppel körüljárjuk, miáltal a plastikai viszonyokról is tájékoztató képet kapunk. 2. Mozgás ábrázolás ép és kóros functio mellett (Biologiai, orthopaediai, sportorvosi célokra, főleg lassított felvételekkel.). 3. Therapiás és diagnostikus technika ábrázolása (Műtétek, diagnostikai műfogások.). 4. Sejtélettani kutatásokban, túlélőszövetekről készített mikrokinematographiai felvételek (gyorsított felvételek.). 5. Törvényszéki orvostani felvételek (Aggraváló betegek leleplezése). 6. Röntgen kinematographia. (Ismerteti a legújabb eljárásokat.) Mozgófénykép felvételekben mutatja be következő eseteit: Megacolon congenitum műtétei, gyermekbénulás utáni állapot, kézcontracturás gyermekek, csecsemő szájnyilás fejlődési rendellenessége.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Otologiai Szakosztályának március 20-i ülése.

Előadások:

Bernovits M.: *Az iskolás gyermekek fülvizsgálatáról.* A mult iskolaévi fülvizsgálatok eredményeit, rendjét és menetét ismerteti. A fülvizsgálat célja az eredményes tanítás segítése, a hallás megőrzése, a szövődmények megelőzése és a fül egészségügyi követelményeire való nevelés.

Vida L.: *Az orvostudomány és a gyógypaedagogia kapcsolata, különös tekintettel a nagyothalló gyermekekre.* A nagyothalló gyermekek részére külön iskolának a felállítását *Török Béla* szorgalmazta *Bárczival* egyetemben. Ez indítja őt arra, hogy jelenleg is az otologiai szakosztályhoz forduljon az alábbi problemákkal: 1. A nagyothalló növendékek kiválogatása. 2. Vizsgálati módja. 3. Az áttelepítés módja a nagyothallók iskolájába. 4. A tüzetesebb megvizsgálása. 5. Az eredmények közlése a gyógypedagogussal. 6. A nagyothallás okának és fokának közlése a gyógypedagogussal. 7. A szervi pöszebeszédű vagy néma gyermekek hovautalása. 8. A nagyothallás okainak laboratoriumszerű vizsgálata. 9. Szakorvosi rendelő felállítása a nagyothallók iskolájában. Ezen problemák megoldásában kéri a szakosztály támogatását.

Kepes P.: Az adenotomiával még nem tettünk meg mindent, meg kell vizsgálnunk a hallóképesség javulását. Jelentékeny számban az adenotomia nem elegendő, utána tubakezelésre van szükség.

Pogány Ö.: A chronicus középfülhurut esetén a dobhártyakép sokszor adenotomia után nem változik meg, de a hallás megjavul, ellenkező esetben kezelni kell.

Bárczi G.: A Nagyothallók Iskolája a Szakosztály kezdeményezésére jött létre, memoranduma alapján *Török* és *Bárczi* végrehajtói voltak a Szakosztály intencióinak. A nagyothalló gyermekek kiválasztására minden orvost meg kell nyerni.

Rejtő S.: Az elemi iskolások érzékszerveinek rendszeres átvizsgálása a kötelező iskoláztatásnak egyik fontos kiegészítő része. A magyar gyógypaedagogia és iskola hygiéne évtizedek óta szépen fejlődik és ez a fejlődés hozta meg az iskolai érzékszervi szakrendelések rendszeresítését. A szakorvosi vizsgálatnak az a rendszere, amely a Székesfőváros iskoláiban fennáll, megfelel ezeknek a követelményeknek és olyan keretet ad, amely minden igénynek megfelel. Az eredményhez őszintén gratulálnunk kell.

Kerekes Gy.: Az iskolai tömeges hallásvizsgálatok céljára a grammophon-audiometert ajánlja.

Bárczi G.: *Örökléstani kutatások a siketnémák között.* Magyarországon ezidőszerint 1100 siketnéma van beiskolázva, ezek közül csupán 160 esetében állapítható meg a fertőző betegségi kórelőzmény. Ha a többit kórtanilag átvizsgáljuk, azt találjuk, hogy a gyermekeknek mintegy 20%-a positiv vérbajban szenved, másik 20%-a a meningitisek valamely formáján esett át és a megmaradó mintegy 40% kórképileg alig bogozható ki. Ezen gyermekek családfájából majdnem minden esetben következtetni tudunk egy degenerativ fejlődési rendellenességre, amely hibásan imputáltatnék kizárólagosan a nervus acusticusra. Igy azután igazán alig fogadható el, ellenére a ténylegesen fennálló emberi beszédhangok iránti teljes érzéktelenségre, füli defektus. Ezt megerősítik azok a psychologiai vizsgálatok is, melyeket végeztünk és amelyek pontosan mutatják egy specifikusan beszűkült tudatzavarnak a képét, amely paedagogiailag corrigálható s a tudat tágulásával az ilyen gyermek hallóvá nevelhető. Meglévő anatomiai idegbántalom esetén ez a paedagogiai correctio semmi szín alatt sem vezetne eredményre. Ezt a specifikus kórképet neveztük el surdomutitas corticalisnak.

sz. Liebermann T.: Az ambliopiát bele kell hozni a fülészeti fogalmak közé is, nem szabad összekeverni az ambliopiás néma agyvelőt acusticus degenerativ dolgokkal. A tudomény érdekében — tekintet nélkül a betegek számára — mindent érdemes elkövetni.

Friedmann I.: *Bárczi* eredményei sikeresek, azonban az öntudat kiépítése nem csupán a hallószervünkön keresztül történik. Különbség van oktathatóság szempontjából azok között a gyermekek között, akik azután veszítették el hallásukat, amikor már beszélni tudtak és azok között, akik vagy süketen születtek, vagy még a beszélőképesség kifejlődése előtt süketültek meg. Ez utóbbiaknál hiányoznak a hallási emlékképek, amelyeknek igen nagy szerepe van az oktatásban.

Kepes P.: A siketnémaság periferiás vagy corticalis. Előadó szerint kb. 100 évvel ezelőtt a periferiás eredetű siketség dominált, ma pedig ez fordítva volna. A fertőző betegségekben megsiketült egyén esetében a toxicus ártalmak játszanak szerepet. Operativ készségünkkel és fejlett technikánkkal ezt befolyásolni nem tudjuk. Nagyon fontosnak tartja a szövettani vizsgálatok végzését. Megemlíti azokat a kísérleteket, amelyeket kutyákon *Kanizsaival* együtt végzett. A csigájuktól megfosztott kutyák hangbehatásokra meglepően reagálnak. A kérdés még nem tisztázott, de hozzájárulhat a siketnémaságnál felmerült problemák egy részének a megfejtéséhez.

Erzsébet Egyetem Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztályának február 10-i ülése.

Bemutatások:

Dziobek L.: *Carcinoma penis mutilans.* 59 éves férfi penisét 9 hónap óta fennálló spinocellularis carcinoma 3 hó előtt teljesen elpusztította, majd ráterjedt a szeméremdombra és a herezacskó felső szakaszára is. A nemiszervek helyén ma kráterszerű üreg tátong. A hólyag, prostata ép. Kimutatható áttétel nincs. Röntgen kezelésben részesíti Coutard szerint.

Melczer M.: *A lymphogranuloma inguinaleról a Dunántúl észlelt 5 eset alapján.* 1931—1935 között 3 férfi, — két nő beteget észlelt. Közülük négy belföldi, egy franciaországi fertőződésű volt. Három esetben a baj jellegzetes korai képét, a lágyéki nyirokcsomók lymphogranulomás dobját látta; a negyedik esetben e korai tünetek mellett a baj egyik késői megnyilvánulása a szemérem- és a gáttájéknak heges végbélszűkülettel társuló elefántkórja is kifejlődött már. Az 5. esetében a baj atypikus alakját, az urethritis non blenorrhoica, typus Waelsch képében jelentkező, és időnként mellékheregyulladást is okozó lymphogranulomás hugycsőgyulladást észlelte. Négy esetben az állatoltások positiv eredménynyel végződtek. A Frey-féle bőrpróba minden egyes esetben positiv volt.

v. Berde K.: Az eseteik halmozódása azt a látszatot kelti, hogy Somogy megye és a Balaton környékén járványgóc van kialakulóban. Felhivja a figyelmet arra, hogy a poradenitis a kórházi anyagban gyakran más diagnosissal lappang.

Neuber E.: *Műtét után gyógyult extramedullaris gerincagydaganat esete.* 19 éves férfibeteg egy év óta végtagfájdalmakról panaszkodik, és fél év óta jobb combjának izomzata sorvad. Az ideggyógyászati vizsgálat, valamint a myelographia a XII. hátcsigolya magasságában kóros elváltozást mutat, a lipiodolos töltés itt megakad. Az ideggyógyászati diagnosis: extramedullaris gerincagydaganat. Műtét alkalmával csaknem tyuktojás nagyságú, vékony hártyával bevont, amorph tömegből álló daganatot távolit el, mely a szövettani

vizsgálat szerint is dermoid képét mutatja. A beteg mütét előtt lábán alig áll, bemutatáskor, mütét után két hónappal jól jár.

Teschler L.: A gerincvelői tumor topikus diagnosisában az érzési kiesésből vont következtetések tévedésre vezethetnek. Fontos ezért a jód-olajos myelographia elvégzése, melynek különös jelentősége van a cauda és conus folyamatokban a helyi diagnosis szempontjából.

Előadások:

Sz.-né Simon S.: *Tetanus-esetek a pécsi gyermekklinikán.* Tíz év alatt 42 tetanus-eset került felvételre, 11 újszülöttkori, 31 gyermektetanus. A kezelés beállításánál az eset súlyosságát vették figyelembe. Az általánosan elfogadott kezelési elvek mellett a sodakezelést alkalmazták, újabban vértransfusiókat végeznek és calcium-brom, -erparinoldatot adnak per os. 42 esetből meghalt 16 (38%), az újszülöttkori tetanus mortalitása 72.7%, a gyermekkori eseteké 25.8%. Ezek az eredmények egyéb statistikai adatokkal összehasonlítva kedvezők.

Neuber E. A tetanussal fertőzött seb alapos sebészi megtisztítása nagyjelentőségü. A tisztítás technikáját és módozatait részletesen elmondja. Háborúban szerzett tapasztalataira hivatkozik továbbá akkor, amikor a serumkezelés mellett a tetanusos beteg mesterséges táplálását különösen fontosnak tartja.

Jendrassik L.: A tetanustherapia sikerének mai foka új gyógymódok keresését teszi indokolttá. A bicarbonat jótékony hatása paradox, minthogy a calcium ionisatio csökkenését okozza. Kérdi, nem volna-e érdemes ismét kisérleteket kezdeni a curarával, tiszta anyaggal, az ártalmas mellékhatásokat lobelinnel, kardiacumokkal csökkentve. A tejsavfelhalmozódás ellen a kezdettől fogva alkalmazott oxygenbelégzés segítő hatása várható, az izom vegyi reactióinak ismerete alapján. A tetanusos sebek helyi kezelésében illő olajok alkalmazása lehetne előnyös.

v. Duzár J.: A pécsi gyermekklinika tetanus-anyagának az elhangzottakon kivül diagnostikai érdekessége volt, hogy a gyermekek megbetegedése nem minden esetben szúrt és így anaerob viszonyokat teremtő sebzések következménye volt. Előfordult, hogy a gyermek felületes sérülése vegyesen fertőződött és genyes pörk zárta el a sebet és hozott anaerob viszonyokat a tetanus-bacillus fejlődése részére. Diagnostikailag fontos az is, hogy a legsúlyosabb és halálos tetanus-fertőzések is a gyermekek teljesen tiszta sensoriuma mellett zajlottak le. Therapiás szemontból aláhúzandó a behatolási kapunak minél radicalisabb kiirtása vagy kiégetése, valamint a minél korábbi és minél nagyobb mennyiségben és 3—4 napon keresztül naponta alkalmazott tetanus-savó bevitele, miután az antitoxikus savó-kezelés tulajdonképen csak a további toxinmegkötés prophylaxisa és nem igazi közömbösitő therapia.

Svastits P.: *Morbilli és tuberculosis.* Az 1935. évi intensiv kanyarójárvánnyal kapcsolatban klinikai, röntgenvizsgálati és laboratoriumi módszerekkel vizsgálta a morbilli lefolyását latens és activ tbc.-s hilus, illetőleg tüdőfolyamatokra. 70 tuberkulin-positiv gyermeken 7 esetben (10%) főleg a fiatalabb korúakon talált activitási tüneteket. Vizsgálatai szerint az intercurrens kanyaró-fertőzés az activ tbc.-s fiatal gyermekekre jelenti a legnagyobb veszedelmet. Kanyarójárvány alatt, vagy után a meningitis-esetek gyakoribb előfordulása klinikai beteganyagunkon nem volt megállapitható. Megfigyelései a veszélyeztetett gyermekek morbillijárvány elleni védelméről vallott általános felfogást semmiben sem érinti. Járvány alatt activitásra tekintet nélkül lehetőleg gondoskodni kell az összes tuberkulin-positiv gyermekek védelméről. Feltétlen védelmet igényelnek a kis-gyermekkor tuberkulin-positiv tagjai. Activ folyamat esetében teljes védelmet (M. R. S.) kell biztositani; inactiv tbc. eset-ben zárt intézeten kivül megelégedhetünk a morbillifertőzés mitigálásával.

Ángyán J.: Kérdi, hogy a figyelmet kiterjesztette-e a megbetegedés utáni időre. Feltehető a lefolyt betegség utáni csökkent ellentállás újrafertőzés iránt.

A Szegedi Egyetem Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának március 18-i ülése.

Bemutatás:

Barbie A.: *Multiplex exostosis.* Röviden ismerteti a multiplex exostosis kórképét, annak aetiologiáját és fejtegeti annak a betegen fennálló agyi izgalmi tünetekkel összefüggésének lehetőségét.

Előadás:

Dubraunszky—Dobszay: *Kismennyiségü salvarsan kimutatása szövetekben.* Az arsenobenzolok pharmakologiájára vonatkozó kimutatás új fejezete nyilt meg, mikor *Jancsó* kidolgozta eljárását a szövetekbe rögzült salvarsan kimutatására. Ez az eljárás s az ő kimutatása egészen új megállapitásokat hozott e szerek mechanismusára és toxikologiájára vonatkozólag. Eredményeinek emberen ellenőrzését megnehezitette az a körülmény, hogy, mint az előadók megállapitották, az emberben használt salvarsanadag nem éri el a Jancsóféle eljárás érzékenységének alsó határát. (Ez ugyanis pro kg 0.12 g-os adag mellett van.) Az irodalomban található néhány közlés a túlzott ezüst-kezelés révén keletkezett nem specifikus reactiókra támaszkodik s igy nem értékelhetők. Előadónak sikerült a Jancsó-féle- eljárás érzékenységét egy lényegesnek látszó modificatio segitségével (az ezüst ammoniak glycerin reagenséből alapos kimosás után a készitményt ½%-os formalinba viszi a reductio fokozása céljából), rendkivüli mértékben fokozni, úgyhogy az az emberben használatos adagok, sőt azok tört része mellett is még kifogástalan szerkezeti képet ad (alsó határa pro kg 1 mg salvarsan mellett van) s igy az emberi pharmakologiai kutatás céljaira is nagyon alkalmas.

Dobszay—Dubrauszky: *A salvarsan halmozódása a csecsemő szervezetében.* A csecsemők relative nagyobb salvarsantolerantiájának okát kutatva az általuk kidolgozott eljárás segitségével a csecsemő R. E. salvarsanhalmozó-képességét vizsgálták. Megállapitották, hogy a parenchymás szervek durva rostos és reticularis vázában rendkivül gazdag halmozódás mutatható ki. Minthogy a szervek tömege a testsúlyhoz viszonyitva 3—4-szer nagyobb, mint felnőtt korban, elméletileg megvan a lehetősége, hogy a csecsemő viszonylag nagyobbmennyiségü salvarsant halmoz, mint a felnőtt. Feltéve, hogy ezek a R. E.-elemek functionalisan legalább egyenértékűek a felnőttéivel. Az utóbbi kérdésre, vagyis a csecsemő R. E. depot-capacitására vonatkozó vizsgálatok folyamatban vannak.

Jancsó M.: Az eljárás lényeges haladást jelent az arsenobenzolok szöveti localisatiójának vizsgálata terén, mert érzékenységben jelentékenyen felülmúlja a hozzászóló eredeti módszerét s ennek Morelli-, illetőleg Jiménez de Asua- vagy Feldt-féle módositásait. Különösen fontos, hogy most már a neosalvarsan kimutatása emberi szervekben tökéletesen sikerül, mig az eddigi eljárások nem adtak kielégitő eredményt. Az előadók értékes adatai meggyőzték arról, hogy az arsenobenzolok histochemiai kimutatásában olyan teljesitményt értek el, amire aligha van példa pharmakonoknak szövetekben feltüntetése terén. A neosalvarsan elektiv rostaffinitásának tökéletes feltüntetése okot adhatna arra az ellenvetésre, hogy az eljárás nem a szer szöveti localisatióját mutatja meg, hanem a reducált ezüst másodlagosan ivódik csupán a rostszerkezetekbe. Ő maga, mint *Anitschkow* kiemelték, hogy számos savanyú festék, főleg ha több sulphonsav-csoportot tartalmaz és semicolloidalis (mint a neo- vagy myosalvarsan) teljesen azonos localisatiót mutat a kezelt állatok vitalisan megfestődő szövetrostozatában.

Kovács Ö.: *Tapasztalatok BCG.-vel immunisált csecsemőkön.* A Calmette-féle gümőkórelleni immunisálási eljárás ismertetése után előadó beszámol a szegedi állami gyermekmenhelyen ápolt és a Calmette-féle vaccinával immunisalt csecsemőkön tett megfigyeléseiről. A megfigyeltek közül 71 az eredeti Calmette-féle eljárás szerint enteralisan immunisált volt. A vaccinát a szegedi egyetem közegészségtani intézete állitotta elő és a gyermekek immunisálása az egyetemi nőiklinika, valamint a Stefánia Szövetség védőnői által történt. A csecsemők a gyermekmenhelyen gümőkórtól mentes környezetben voltak elhelyezve és rendszeresen vizsgáltattak a tuberculin érzékenységre, azonban csak három csecsemőn sikerült 1:100 concentrátiójú tuberkulinnal intracutan tuberkulin positivitást kimutatni. Az entera'is immunisálásnak ezen eredménytelensége után előadó a BCG.-nek intracutan alkalmazására tért át. Az egyetemi közegészségtani intézettől rendelekzésére bocsátott vaccinából 12 csecsemő 0.025 mgr., 9 csecsemő és 3 nagyobb gyermek pedig 0.1 mgr. BCG-t kapott. A jellegzetes oltási papula a 3—4 hétre fejlődött ki, 13 esetben vesicula képződéssel. A vesicula néhány napra felfakadt és belőle savós váladék ürült, amelyben BCG. bacillusok voltak kimutathatók. A papula kifejlődését az esetek 80%-ában az ugyanazon odali lágyéktáji mirigyeknek duzzanata kisérte.A reactio erősebb volt a nagyobb gyermekeknél, mint a csecsemőknél. A 4—5 héten megejtett 1 : 100 intracutan reactio mind a 23 gyeremek esetében kifejezetten positiv volt. A reactio megjelenésével egyidejüleg az oltási helyi reactio is fellobbant. Általános tüneteket a 6 esetben

észlelt kisfokú hőemelkedéstől eltekintve nem tapasztalt. Észleletei alapján a bizonytalan kimenetelű enteralis immunisálásnak az intracutan BCG. oltásokkal való helyettesítését ajánlja. Javasolja továbbá, hogy az oltások csak a fertőzés veszélyének kitett gyermekekre korlátoztassanak és, hogy azok zárt intézetben végeztessenek, ahol a pontos megfigyelés és az allergia bekövetkezéséig az elkülönítés biztosítható.

Kramár J.: Sajnos a BCG. hatékonyságának kiderítését célzó emberen tett megfigyelések nehezen értékelhetők, mert a megfigyelések körülményei nagyon különbözők. — Különösen nagyon nehéz az összehasonlítás akkor, ha nem a megbetegedési vagy halálozási statistikából következtetünk, hanem a tuberkulin-reactio megjelölését tekintjük az eljárás hatásosságának indikatorául, mert nem mindig tudhatjuk biztosan, hogy az allergia bekövetkezte a BCG., vagy a természetes infectio következménye volt-e. Ezért igen jelentősnek tartja előadó tiszta körülmények között végzett megfigyeléseit. Nagyon feltünő, hogy a BCG.-vel kezelt csecsemők zöme tuberkulin-negativ maradt. — Ennek oka sürgősen tisztázandó lenne. Ellenőrizni kellene, hogy az ilyen csecsemők az utólagosan parenteralisan adott BCG.-vaccinára a super infectio, vagy az első infectio módján reagálnak-e: az első esetben azt kellene következtetnünk, hogy a negativ tuberku'inpróba ellenére sem volt teljesen hatástalan a vaccina, a másodikban csak a per os-adag növelése vagy a parenteralis vaccinálás maradna hátra.

Tünődések „Az Ismeretlen Ember" felett.

Huzella professornak *Carrel* könyve: „Az ember, az ismeretlen" kapcsán írt referatumában foglalt gondolatok rám kettős okból voltak hatással, nevezetesen tartalmuknál fogva, azután pedig szerzőjük szaktudósi mivoltánál fogva. Mert felette megkapó jelenség, hogy a kisérleti biologus a következőket jelenti ki: „Az ember megismerésében ki kell terjeszkednünk az egyén és szellemi milieujének mély vonatkozásaira, hogy felfoghassuk az érzelmek hatását, a hiúság, a szeretet és gyülölet, a szépség, a jóság kihatásait, a tudós és művész álmainak, a misztikusok vizióinak, az aszkéták önmegtagadásának jelentőségét, hogy megérthessük a vallásos lélek felemelkedését Istenhez az imádság mystikus elevatiójában." Ne tagadjuk, ezekben az orvos részéről megnyilvánuló óhajokban, mondhatnám sóvárgásokban nem a szaktudós, hanem a benne meglévő, tehát adott érzelemdús egyéniség körvonalai bontakoznak ki, de oly élesen, hogy a szaktudós egyenesen elvész a sóvárgó emberrel szemben. Más szóval nem a szaktudós, hanem a rendkivüli müveltségü ember lelki viaskodása szólal meg fenti kijelentésekben, mely küzdelemre következő megjegyzései világítanak rá.

Carrel szerint: „A modern hygiéne és testnevelés nem oly előnyös, mint amilyennek látszik. Az idegrendszer gyengébb lett, az ellenállóképesség csökkent mellette". Továbbá pedig: „A modern civilisatio súlyos hibáira, az emberek lelki atmospherájának kóros voltára vall az elme- és idegbetegségek ijesztő szaporodása, az emberek lelki egyensúlyának felbillenése, mely nagyobb veszéllyel fenyeget, mint a fertőző betegségek összessége": itt statistikai adatokat kérünk, mert az *ijesztő* szaporodás szakemberek előtt nem ismeretes, hiszen a borzalmas világháború közismerten nem szaporította az elmebetegeket. Nem fogadhatjuk el azt a kijelentést sem: „Tanui vagyunk az emberi egyéniség, értelmiség és erkölcsiség fokozatos süllyedésének", annyival kevésbbé, mert mint a tavalyi, az eugenikáról irt cikkemben mondtam: „ . . . megszívlelendő az a tény is, hogy az emberiség több évezredes fennállása alatt eugenika nélkül is a kimutatható degenerálódás nyomait sem tanusítja, ellenkezőleg vitathatlan a felfelé ivelő haladása minden kultúrirányban, amihez *értékes idegrendszer* kell."

Ilyen pessimismus mellett nem csodálkozunk, hogy a biologus a következő egymást kizáró végletek kiegyenlítésére törekszik: „Át kell hidalni a materialismus és spiritualismus dualismusának, a mechanismus és a vitalismus, az anyag és az élet tudományának fejlődési egyenetlenségeiből származó ellentétet". Szintúgy nem lep meg a következő kivánalom hangsúlyozása: „Nem az értelemnek, hanem a moralis érzéknek kifejlesztését tartja *(Carrel)* legfontosabbnak, mert ha az kivész egy nemzetből, az egész társadalom felépitése megrendül."

Eme lélekbemarkoló és magasraemelő kijelentések után nem meglepő, hogyha a szaktudósok munkájának bizonyos lekicsinylését olvashatjuk: „A munkamegosztás a tudományban, s a tudósok specialisálódása szükséges, de veszélyes. Ennek túlhajtása, a részletkutatók favorizálása, a tudományos munkások számának szaporitása és csoportositása kis problemák vizsgálatára, az értelmiség korlátozásához vezetett. A tudományos kutatás közönséges foglalkozássá süllyedt" és ezzel egybevág a következő kijelentés: „Az ismeretlen ember tudománya sem elszakszerüsödött tudósokra vár, hanem nagy szellemmel megáldott, magasabbrendü egyénekre, akiket magas ideál lelkesit és ihlet meg a hatalmas értelmi erőfeszítésre."

Fenti, önmagukban magasztos eszmék és óhajok dacára talán nem lesz felesleges azokra a döbbenetesen nagyarányú haladásokra figyelmeztetni, melyeket a természet- és orvostudományok, valamint a technikai fejlődés terén az utolsó 30 év alatt a *szakszerü* tudományos munka elért, melyek persze még rengeteg távolságban vannak a soha el nem érhető befejezettségtől, de ezeknek úgy elméleti, mint gyakorlati rendkivüli jelentőségét kisebbiteni nem szabad. Persze más, de egészen más régióba bocsátkozunk, hogyha az anyag és a szellem, a szervezet és az öntudat, a test és a lélek transcendens problémái felé irányul figyelmünk; de kérdezzük, vajjon az önzés és önfeláldozás, az alacsony- és magasrendü érzelmek egész hatalmas skálája ezekkel a fejtegetésekkel jobb megvilágitásba kerül-e és ilyenmódon a kérdés valóban a megoldás felé vihető-e? A magam részéről felette tartózkodó álláspontón vagyok a szerzőnek következő kivánságával szemben: „Ki kell szélesiteni az emberi megismerésnek a biologiában és az orvosi tudományban megadott alapjait", mert ez csak utópisztikus óhaj, hiszen az egész emberiség, úgy ahogyan van, eredendően megadott vagyon- és tehertétele a nagy természetnek, melyen semmi *nevelés* nem fog változtatni, mert ide nem nevelés, hanem *teremtés* kell és ez nem emberi mívelet. Ebben a keserves determináltságban csupán egyetlen erő van, mely az embert e fölé tudja vinni és ez a hit; ámde a hit emberről-emberre igen változó lelki adottság, amelyről nekem épen tíz éve mondta egy jeles orvostudós barátom, aki egyben buzgó hívő volt: Nem mindenki *tud* hinni! A nem-hivőből a biologia, mint az emberi felismerést szolgáló tudomány, sohasem fog hívőt formálni tudni, lévén mind a kettő immanens és igy lényegében véve megváltoztathatatlan *egyéni* vonás. Persze, hogyha az ember fejlődéstanában megnyilvánuló elképesztő célszerűséget, ennek teleologikus vonását, már a tanulóságnak kellő nyomatékkal szeme elé vezetjük és nem a végtelenül fontos alaki változásokat *egyedül*, úgy olyan perspektivát nyitunk, mely a hívőt hitében meg fogja erősiteni.

Schaffer Károly prof.

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

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

Charles Nicolle.

Az egyetemes orvostudomány rövid egymásutánban két nagy halottját gyászolja, az orosz *Pavlov*-ot és a francia *Nicolle*-t. Előbbi a physiologia, utóbbi az alkalmazott mikrobiologiának és epidemiologiának volt halhatatlan érdemű művelője. *Nicolle* orvosi tanulmányait szülővárosában, Rouen-ban végezte, ahol apja is jeles kórházi orvos volt. Később mint kórházi orvos Párisban működött, de közben mint *Pasteur* tanítványa a diphtheria tekintetében végzett kiváló kutatásokat; bátyja, *Maurice Nicolle* is, akivel Charles együtt folytatta tudományos működését, a francia orvostudományban szintén ismert nevet szerzett. Charles 1902-ben, 36 éves korában lett a tunisi Pasteur-intézet igazgatója, ahol haláláig működött. Nagyjelentőségű tudományos működése is tulajdonkép itt kezdődik. Rövid idővel tunisi működése után két trópusi betegség: a kala-azar és az aleppoi daganat kórokozóinak (leishmania infantum és l. tropica) átolthatóságát kutyákra, majmokra, kimutatta. Felismerte a flagellumos stadiumot és ezzel a kórokozóknak a trypanosomákhoz tartozását. Rövid idővel utána kutyákban természetes leishmania fertőzést ismert fel és az emberi és a kutya leishmaniosis kapcsolatára mutatott rá, amit a legutóbbi időben mások is igazoltak.

Legjelentősebb munkáit azonban a kiütéses lázra vonatkozóan végezte. A kísérleteket már 1906-ban megkezdte és kimutatta, hogy a betegség csimpánzra, majd pedig, hogy tengeri malacra is átvihető. Ezzel kapcsolatban megismertetett az ú. n. „infection inapparente" fogalmával. Később kimutatta, hogy a kiütéses lázat a ruhatetű viszi át, majd a visszatérő láz spirochetáinak tetű által történő közvetítését is bebizonyította olymódon, hogy az infectio főleg a szétnyomott tetüknek az ujjak által eszközölt bedörzsölése útján történik.

A háború idején minden állam felfigyelt *Nicolle* felfedezésére. A felfedezés egy csapásra lehetővé tette a védekezést a régebbi háborúk ezen rettenetes járványa ellen. Mindenütt desinfectiós, de tulajdonképen tetvetlenítő intézeteket rendeztek be és a frontról csak ezeken a „szűrőkön" engedték vissza a katonákat. Hála *Nicolle* felfedezésének, nagyobb járványt a világháborúban a kiütéses láz alig okozott. Ezen felfedezés eredeti és világra szóló jelentőségét felismerve *Nicolle*-t a Nobel-díjjal tüntették ki.

A kiütéses lázzal foglalkozását nem hagyja abba később sem. Felismeri Tunisban a patkányokban található betegséget, melyet bolhák patkányról emberre is átvihetnek, okozva az ú. n. endemiás kiütéses lázat, a földközi tengeri lázat.

Kutatásainak még a mult évben is kiváló eredményei voltak. A kiütéses láz és a sárgaláz ellen is egy új eredeti vaccinanyerési eljárást vezetett be. A kórokozót élő patkány vagy tengeri malac agyában elszaporítva, az agyat valamely zsíros anyagban emulgeálva (oliva olaj és tojássárga) kiváló vaccinát nyert. Az így nyert anyagot azóta kitűnő eredménnyel több sárgaláz-járvány leküzdésében használták fel. Az ő és *Conseil* nevéhez fűződik a kanyaró leküzdésében oly nagyfontosságú reconvalescens savó használata is. A kanyaró virusát majmokba átvive kimutatta, hogy a vérben az eruptio előtti stadiumban található meg leginkább a virus. Csak a világraszóló jelentőségű munkákat említettem. Hosszú volna felsorolni is egyéb nagyszámú és eredményes kutatását.

Nagy munkája által nagyszámú tanítványát lelkesítette és valóságos tudományos iskolát alapított. Munkatársai között említhetjük *Conseil*-t, *A. Conor*-t, *Ch. Anderson*-t, *P. Giroud*-t. Intézetének eredményei az Archives de l'Institut Pasteur de Tunis-ben jelentek meg.

Nicolle nemcsak maradandót alkotott és tudományos kutatásai által nemcsak a tudományos igazság keresésében ért el nagy magaslatokra, hanem még többet is megállapíthatunk róla: munkáival — főleg a kiütéses láz átviteli módjának felismerésével — a legközvetlenebbül szolgálta embertársai jólétét, úgyhogy őt az emberiség igazi nagy jótevőjének tekinthetjük.

Darányi Gyula prof.

VEGYES HIREK

Május 5-ig kell benyújtani a kamarai felvételi kérvényeket. Az orvosi rendtartásról szóló 1936. évi I. tc. 55. §-a alapján megalakított bizottság felhívja mindazokat, akik a Budapesti Orvosi Kamara területén a megalakítandó orvosi kamara tagjai sorába való felvételre jelentkezni óhajtanak, hogy a Budapesti Orvosi Kamara tagjai sorába leendő felvételükre vonatkozó kérvényüket a bizottság titkárához, *Petres József dr.* szemészfőorvos, az OTI alelnökéhez (Budapest, IV., Városház-u. 10, I. 2.) e hirdetménynek a Budapesti Közlönyben történt közzétételtől számított tizetöt napon belül nyujtsák be.

A kérvénynek tartalmaznia kell az orvos személyi adatait, nevezetesen: 1. az orvos nevét; 2. az orvos születési helyét és idejét, vallását; 3. állampolgárságának megjelölését; 4. az orvosi oklevél számát, keltét és a kiállító egyetem megjelölését (nostrifikálás esetén az erre vonatkozó okirat számát, keltét és a kiállító egyetem megjelölését); 5. az orvos szakképzettségének (szakorvosi, tisztiorvosi, iskolaorvosi stb. képesítésének) megjelölését, az erre vonatkozó okirat számát, keltét, valamint a kiállító hatóság megjelölését; 6. az orvos lakóhelyét és orvosi gyakorlatának helyét; 7. a kérvényező orvos állásának (állásainak) megjelölését.

Kérvényező kijelenteni tartozik, hogy az 1936:I. törvénycikknek kizárási okokat tárgyazó 22. §-át*), valamint a kizárási okok elhallgatásának a 24. §-ban**) írt jogkövetkezményét ismeri és hogy reá nézve a 22. §-ban említett kizárási okok nem állanak fenn.

A kérvényhez eredetben vagy hiteles másolatban csatolni kell:

1. születési anyakönyvi kivonatot,
2. állampolgársági bizonyítványt,
3. orvosi oklevelet,
4. szakorvosi képesítést igazoló okiratot.

A kérvényt 2 pengős okmánybélyeggel kell ellátni. A mellékletek után — amennyiben azok okirati illetékkel ellátva nincsenek — darabonkint 30 fillér mellékleti díj jár. Ezt a mellékleti illetéket is okmánybélyeggel kell leróni (5100/1931. M. E. rendelet 52. és 54. §.).

Ha az 1—2 alatt említett igazoló okiratoknak a kitüzött határidőn belül való beszerzése nem volna lehetséges, a bizottság jogositva van a születés időpontjának, valamint az állampolgárságnak ideiglenes igazolásul, a kérvényező nyilatkozatát elfogadni. A kérvényező azonban ebben az esetben állampolgársági bizonyítványát a kamara választmányának, annak megválasztásától számított kilencven napon belül bemutatni tartozik.

A kérvény kiállítására a 220/1936. B. M. sz. rendelet II. sz. melléklete szolgál tájékozásul. A csatolt okmányokról két példányban kiállított pontos iratjegyzéket kell mellékelni.

A kérvényeket vagy postán ajánlva kell a bizottság titkárának címére megküdeni, vagy elismervény ellenében személyesen kell a bizottság irodájába benyujtani. Postán történő küldés esetén a kérvény borítékjának elölapjára, annak felső részére a következő szavakat kell irni: „Jelentkezés az Orvosi Kamarába". A boríték hátlapján a feladó nevét és pontos címét is fel kell tüntetni.

A közszolgálatban — ideértve a törvény alapján létesített intézeteket is — tisztviselőként alkalmazott orvosok a felvétel iránti kérelemnek előterjesztésétől mentesek. Ez a rendelkezés természetesen csak azokra az orvosokra vonatkozik, akik orvosi képsítéshez kötött állást töltenek be. Ezeknek az orvosoknak adatait az orvos felettes hatósága (1936:I. t.-c. 33. §. (4 bek.) fogja megküdeni az előkészítő bizottságnak.

A vidéki kamarák tagjai sorába lépők kérvényeiket az alant felsorolt kamarai titkárokhoz tartoznak benyújtani: Pest-Pilis-Solt-Kiskun és Kecskeméti Orvosi Kamara: *Szarvas András* dr. főorvos, Kecskemét. — Debreceni Orvosi Kamar: *Erdélyi Pál* dr. egyet. m. tanár Debrecen. — Miskolci Orvosi Kamara: *Bukó Imre* dr. OTI főorvos, Miskolc. — Pécsi Orvosi Kamara: *Hal József* dr. tiszi főorvos, Pécs. — Szegedi Orvosi Kamara: *Kovács Kálmán* dr. e. m. tanár, Szeged. — Székesfehérvári Orvosi Kamara: *Sulyok Dénes* dr. főorvos, Székesfehérvár, — Szombathelyi Orvosi Kamara: *Pankotay-Niedermayer Gellért* dr. ig. főorvos, Szombathely.

---

*) Az 1936:I. t.-c. 22. §-a szerint nem lehet az orvosi kamara tagjai sorába felvenni azt az orvost:

a) aki ellen büntett vagy az állami és társadami rend ellen elkövetett vétség miatt vád alá helyező határozatot hoztak, vagy főtárgyalást tüztek ki;

b) aki a törvény hatálybalépése után az 1878:V t.-c. 285. §. (2) bekezdésében, vagy a 286 §-ában meghatározott bűncselekmény miatt (magzatelhajtás) jogerősen szabadságvesztés büntetésre ítéltetett;

c) aki szabadságvesztést, vagy hivatalvesztést, avagy az orvosi gyakorlattól eltiltást kimondó jogerős büntetőbírói ítélet vagy az orvosi gyakorlattól felfüggesztést, vagy eltiltást kimondó jogerős fegyelmi bírósági határozat hatálya alatt áll.

**) Az 1936:I. t.-c. 24 §-a szerint, amennyiben a kamarai tagok sorába felvett orvosról a felvétel után derül ki, hogy a 22. §-ban említett valamely ok alaján felvételét meg kellett volna tagadni, a kamarai tagok sorából törlésnek fegyelmi eljárás alapján van helye.

Dalmady Zoltán emlékére érmet veretett az Orsz. Balneologiai Egyesület, mit a korán elhunyt kitünő orvosnak és balneologusnak, a természet hüséges rajongójának, s a

turisztika lelkes szervezőjének számos barátja bizonyára szivesen szerez meg és soroz majd kegyeletes emlékei közé. Az itt eredeti méretében reproducált nemes bronz-érem *Berán Lajos* finom és előkelő művészetét, kivitele a m. kir. pénzverde tökéletes munkáját dicséri. A korlátozott számban vert érmek az orvosegyesület szolgájánál és kiadóhivatalunkban 6 pengőért kaphatók, szétküldését portómentes ajánlott levélben kiadóhivatalunk vállalta magára Budapesten 6 pengő 50 fill., vidékre vagy külföldre 7 pengő előzetes beküldése ellenében. Őrizzük kegyelettel egy igaz ember emlékét!

Személyi hirek: *Neuber Ede dr.*, egyet. ny .r. tanárt az „Oesterreichische Dermatologische Gesellschaft 1936. jaunár 16-iki közgyülésén tiszteletbeli tagjának, a Nederlandsche Vereeniging van Dermatologen" pedig 1935 november hó 10-iki közgyülésén levelező tagjának választotta meg.

Halálozás. *O. Oertel* professor, az anatomia nyilvános rendes tanára Thübingenben, 45 éves korában, *I. Jedassohn* prof. a breslaui egyetemen a dermatologia volt tanára Zürichben 73 éves korában elhunytak.

A Budapesti Királyi Orvos Egyesület Társadalomorvostani szakosztálya folyó évi április hó 1-én a következő tisztikart választotta: Elnök lett egyhangulag *Scholtz* Kornél nyugalmazott államtitkár. Alelnök: *Barla-Szabó* József. Ülés-elnökök: *Gellért* Elemér és *Petres* József. Titkár: *Csépai* Károly. Jegyző és pénztáros: *Simonné, Jankovich* Adél. Választmányi tagok: *Babarczy* Mária, *Bányai* Sándor, *Bíró* Béla, *Darányi* Gyula, *Elischer* Ernő, *Fazekas* Imre, *Fekete* Sándor, *Hajós* Károly, *Hasenfeld* Arthur, *Kandler* János, *Kenyeres* Balázs, *Korányi* Sándor báró, *Melly* József, *Milkó* Vilmos, *Neuber* Ede, *Orsós* Ferenc, *Parassin* József, *Somogyi* István, *Somogyi* Zsigmond.

A Deutsche Gesellschaft für Kindenheilkunde ez évi nagygyülése július 22—25-ig Würzburgban lesz. A napirenden a következő referatumok szerepelnek: 1. Antitoxikus és bakteriicid serumok: előadók: *Gundel* (Berlin) és *Kleinschmidt* (Köln). 2. Anaemia és haemorrhagiás diathesisek a gyermekkorban: előadók: *M. B. Schmidt* (Würzburg), *Fanconi* (Zürich), *Rominger* (Kiel) *Catel* (Leipzig).

A szepesi orvosok egyesületének VIII. továbbképző tanfolyamát ez évben május 31—junius 4-ig tartják.

A diphtheria járványok és a védőoltásokról a párisi nemzetközi egészségügyi hivatal összefoglaló jelentést közöl, melyben ábrákon szemlélteti, hogy a járványgörbék alakulására milyen befolyást gyakoroltak az immunizálások. Ezekből megtudjuk, hogy a védőoltásokat legnagyobb mértékben Kanadában hajtották végre, hol a lakosság 16%-a részesült védőoltásban. A kimutatás szerint utána Franciaország következik, hol a lakosság 5 4%-át immunizálták. A többi államokban ennél alacsonyabb a védőoltottak száma. *Magyarország*, mely a kimutatásban nem szerepel — ezek szerint a világ államai között a *második* helyet foglalja el, amennyiben hazánk lakosságának 12%-a részesült diphtheria elleni védőoltásban 1928 óta.

Az amerikai kórházviszonyokról szóló adatok szerint az amerikai kórházakban az utóbbi 25 évben az ágyszám átlagosan évi 25,000-rel szaporodott és jelenleg 6246 kórház müködik 1.076,350 ággyal. 1935-ben 7.709,942 beteget vettek fel kórházi ápolásra. A kórházak közül 1724 állami, 2640 nem üzletszerü magánkórház és 1882 „profit" kórház. Kizárólag tuberculosisban szenvedő betegek részére 496 kórház szolgál 70,373 ágyszámmal, ezenkivül közkórházakban is vannak külön tuberculotikus osztályok (418 kórházban 14,468 ágy).

A Nemzetközi Orvosi Hydrologiai Társaság (International Society of Medical Hydrology), mely 1929-ben Budapesten tartotta nagy sikerrel nagygyülését, ez évi congressusát Ausztriában tartja október 10—15-ig. A congressus helye Innsbruck, Bad Gastein és Salzburg.

A referatumok themái: „Öregségi megbetegedések balneotherapiája" és „A gyógyvizek radioactivitása" A külföldi referensek: *Sir Humphry Rolleston, Gerke* és *Stieffel* mellett az öregségi betegségek balneotherapiájának referátumát *bilkei Pap Lajos* tartja.

A nagygyüléshez csatlakozó kirándulások között okt. 19—22. közt budapesti kirándulást terveznek a congressus résztvevői számára, melyet a Gyógyhelyi Bizottság rendez.

Általános tudnivalók: A Nemzetközi Orvosok Hydrologiai Társaság nagygyülésén minden tag congressusi járulék fizetése nélkül vehet részt. Nem tagok 20 o. S., orvostanhallgatók 10 o. S. congressusi díjat fizetnek. A tagok congressusi járulék fizetése nélkül bejelenthetnek egy hölgyhozzátartozót. Nem a tagokhoz tartozó hölgyek 10 o. S. részvételi díjat fizetnek. A Innsbruck—Bad Gastein—Salzburg út összes kiadása kb. 180 o. S.-re tehető. A határátlépést kivánatra az Österreichisches Verkehrsbüro és megbizottaik rendezik. (Lehetőleg csoportos utazás.) Vasuti- és visumkedvezmények a tagsági jegy alapján. *Jelentkezés Magyarország részéről:* a congressus titkáránál, Doz. Dr. *E. Freund*, Museumstrasse 3. Wien 7. (depositum 20. o. S.).

HETIREND

A Budapesti Királyi Orvosegyesület április 25 én délután 6 órakor tartandó ülésének napirendje. — Előadások: 1. *Winternitz Arnold:* A tüdőtuberculosis sebészi kezelésének alapelvei; — 2. *Frigyesi József:* A gümőkór jelentősége a nőgyógyászatban.

A **Magyar Phonetikai Társaság** április 29-én d. u. ½7 órakor az egyetemi közegészségtani-élettani intézetben tartandó ülésének napirendje: Előadások: *1. Frau Branco van Dantzig* (Rotterdam) m. v.: Ein psychophysisches Sprachproblem. 2. *Szamosi Lajos:* A hang paedagogiai gyakorlata.

Magyarország Klinikáinak és Kórházainak Szövetsége április 27-én este 6 órakor az I. sz. szemészeti klinika tan-

termében tartandó ülésének napirendje: 1. vitéz *Csia Sándor:* A kórház és az erkölcs. — 2. *Krompecher László:* Hő-, hang- és rezgésszigetelés.

A Közkórházi Orvostársulat ápr. 29-én tartandó ülésének tárgysorozata: Bemutatások: 1. *Ónodi János:* Coecum mobile, IV. hónapos terhesség, volvulus. 2. *Akkermann János:* A) Placenta daganatok. B) Tubaris terhesség a méh supravaginalis amputatiója után. Előadások: 1. *Kalocsay Kálmán:* A scarlát specifikus therapiája. 2. *Genersich Ernő:* Szondahasználás nyelőcsőszükületes gyermekeken.

Magyar Orvosok Röntgen Egyesülete április 29-én délután 6 órakor az Egyetemi Röntgenintézet tantermében tartandó ülésének tárgysorozata. — Bemutatások: *Mészöly Pál:* A börre alkalmazott nagy atomszámú anyagok befolyása a tüdő röntgenképére. (Mult ülésről elmaradt tárgy.) *Hatscher Károly* okl. gépészmérnök (m. v.) Uj dosis-számító táblázat a therapiás besugárzásokhoz. Előadás: *Császár Elemér:* A röntgen dosismérés újabb haladása.

A Magyar Orvosok Rheuma Egyesülete és Orthopaediai Szakosztálya április 30-án, d. u. 6 órakor a Szt. Gellért-fürdő zenetermében együttesen tartandó ülésének tárgysorozata: *bilkei Pap Lajos:* A myalgia kérdésének mai állása. — *Horváth Bodizsár:* A myalgiák orthopaediai vonatkozásai. — Hozzászólók: *Benczur Gyula, Kopist Imre.* Az együttes tudományos ülés befejezése után az Orthopaediai Szakosztály rövid, zárt ülést tart. Ülés után *bilkei Pap Lajos* a Szt. Gellért-fürdő igazgató főorvosa a Rheuma Egyesület és az Orthopaediai Szakosztály tagjainak bemutatja a Szt. Gellért-fürdő gyógyító berendezéseit.

Jász-Nagykún-Szolnok vármegyei I. Ferenc József közkórház, Szolnok.

523/1936. ki szám.

Pályázati hirdetmény.

A közkórház börgyógyászati osztályára 1 (egy) segédorvosi állásra pályázatot hirdetek. Javadalom az 1926. évi 124.000 sz. N. M. M. körrendelet 3. §-a alapján az állami rendszerü XI. f. o. 3. fokozata szerinti kezdő fizetés, (de ha a kinevezett segédorvos szolgálati ideje, beszámítva másutt hasonló minőségben eltöltött idejét is, eléri a 3 évet, előléphet a X. f. o. 3. fokozatába), továbbá lakás a kórházban, fütés-világitás ingyen, élelmezés az önköltségi ár 50%-a fejében, ami most 20.— P körül van havonta.

A pályázati kérvényhez csatolandó: egyetemi orvosi oklevél, erkölcsi bizonyítvány, születési bizonyítvány, rövid életrajz, továbbá igazolni kell a commun alatti magatartást, eddigi szolgálatot és szakképzettséget, szakminősítést.

Kérvény 1936. május hó 8-ig méltóságos roffi Borbély György főispán úrhoz címezve, a kórháznál adandó be. Kinevezés csak a pályázat kielégitő sikere esetén, és pedig 1 vagy 2 évre fog történni, de azután megújítható.

Szolnok, 1936. április hó 18-án.

Dr. Szabó Elemér.
kórh. igazgató főorvos.

Kimutatás 1936. április 5—11-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) s halálesetekről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphteria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomi-elitis,		Morbilli.	Influenza.	Malaria.	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mb.	Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.411	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	2	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	14	2	—	—	—
3. Baranya	251.620	4	—	—	—	—	—	9	1	—	—	—	—	1	4	3	—	—
4. Békés	335.874	—	—	2	—	3	—	2	—	—	—	1	—	53	—	—	—	—
5. Bihar	180.415	—	—	—	—	3	1	2	—	—	—	—	—	10	—	—	1	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	1	—	—	—	5	—	4	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	1	—	—	—	1	—	6	1	—	—	—	—	9	—	—	—	—
8. Csongrád	148.353	—	—	—	1	2	—	1	—	—	—	—	—	37	—	—	—	—
9. Fejér	231.165	1	—	2	1	3	—	4	—	—	—	—	—	156	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	51	2	—	—	—
11. Hajdu	182.047	—	—	3	—	4	1	3	—	—	—	—	—	21	—	—	—	—
12. Heves	322.207	3	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	16	—	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	420.142	3	—	1	1	3	—	4	—	—	—	—	—	36	1	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—
15. Nográd és Hont	227.958	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	26	2	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,437.226	3	1	6	1	12	—	23	—	—	—	—	—	113	—	—	—	—
17. Somogy	389.792	—	—	1	—	6	—	2	—	—	—	—	—	59	1	10	—	—
18. Sopron	143.128	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	5	1	—	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	4	—	1	—	4	1	5	—	—	—	—	—	14	—	5	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	2	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	1	—	7	—	—
21. Tolna	267.133	—	—	—	—	6	2	3	—	—	—	—	—	25	—	—	—	—
22. Vas	273.776	—	—	—	—	2	—	4	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—
23. Veszprém	246.551	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	39	—	—	—	—
24. Zala	368.371	4	—	—	—	9	1	1	—	—	—	—	—	51	—	11	—	—
25. Zemplén	149.043	3	—	—	—	3	1	7	1	—	—	—	—	21	1	6	—	—
I. Baja	29.791	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1.035766	3	—	6	—	39	—	72	1	—	—	—	—	175	1	—	—	—
III. Debrecen	122.825	3	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—
IV. Győr	50.828	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.659	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	44	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.399	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	1	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—
VIII. Pécs	67.527	—	—	—	1	5	—	2	—	—	—	—	—	1	4	—	—	—
IX. Sopron	36.023	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—
X. Szeged	138.287	1	—	1	—	2	1	—	—	—	—	—	—	16	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
Összesen:	8,898.367	46	1	24	5	141	8	164	4	—	—	8	1	10 6	18	42	1	—
Előző évben:		28	6	18	2	170	12	124	1	2	—	—	—	949	65	24	—	—

Csanád-Arad-Torontál k. e. e. vármegyék alispánjától.
9858/1936. al. sz.

Pályázati hirdetmény.

A törvényhatósági bizottság 315. kgy. 22736/1935. ikt. számú határozatával a Makón fennálló Csanádvármegyei Szent István-közkórháznál rendszeresített kórboncnok-főorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása az állami rendszerű IX. f. o. 3. fokozata szerinti kezdő fizetés.

A pályázati kérelmet 1936. évi junius hó 15-ig Csanád-Arad- és Torontál k. e. e. vármegyék főispánjához Makó, címezve, hatóságomhoz kell benyujtani. A később beérkező kérelmeket nem veszem figyelembe.

A kérvényhez a következő okmányokat kell csatolni:
a) születési anyakönyvi kivonatot,
b) erkölcsi bizonyitványt,
c) orvostudori oklevelet,
d) a szakorvosi képesitést igazoló határozatot,
e) működési bizonyitványt arról, hogy a pályázó legalább ötévi kórházi gyakorlattal bir,
f) családi állapotot igazoló hatósági bizonyitványt,
g) politikai megbizhatóságot igazoló bizonyitványt,
h) sajátkezüleg irt curriculum vitae-t.

Makó, 1936. április 16.

Tarnay Ivor, alispán.

777/1936. kig. szám.

Pályázati hirdetmény.

A Nógrádvármegyei Mária Valéria közkórház elme- és ideggyógyászati osztályán nyugdíjazás folytán megüresedett osztályos főorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A kinevezendő főorvos kötelessége a kórház elme- és ideggyógyászati osztálya főorvosi teendőinek ellátása, valamint az ezzel kapcsolatban szervezett elmebeteg családi ápolási telep orvosi vezetése.

Az állás javadalmazása a 300/1935. B. M. számú rendelet alapján a IX. f. o. 3. csoportjának megfelelő fizetés és lakbér, — a kormányrendeletekben megállapitott csökkentésekkel és a m. kir. Belügyminiszter által időszakonként megállapitott külön munkadij a családi ápolási telep vezetéséért.

Az állásra pályázók kérvényeiket Méltóságos Dr. Sóldos Béla főispán Urhoz intézve 1936. junius 10-én déli 12 óráig hivatalomhoz nyujtsák be. Elkésve érkezett pályázatok figyelembe nem vétetnek. Közszolgálatban állók pályázati kérvényeiket felettes hatóságuk útján terjesszék be. A pályázati kérvényhez mellékelendők:

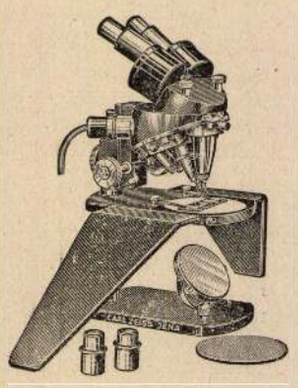
1. Orvos doctori oklevél. —
2. Magyar állampolgárság igazolása. —
3. Születési bizonyitvány. —
4. Életrajzi adatok. (Curriculum vitae). —
5. A forradalom alatt tanusitott magatartás igazolása. —
6. Különleges ideg- és elmegyógyászati szakképzettség, illetve esetleges tudományos működés, elme- és ideggyógyászati klinikai, vagy kórházi osztályi működés igazolása.

Balassagyarmat, 1936. április 14-én.

Dr. Baross József s. k.
alispán.

ZEISS

uj sztereoszkopikus preparáló-mikroszkóp



ferde betekintéssel és nagyított látótérrel, golyósrevolver négy objektivpár számára, középponti világitóberendezéssel ráeső fényhez. A legmodernebb és legkiválóbb megfigyelő- és preparálóműszer a ráeső- és átesőfényben való munkához.
Nagyitások: 16–216x.

Árajánlattal és felvilágositással szolgál

a magyarországi vezérképviselet

Ifj. JURÁNY HENRIK

Budapest, IV., Váci-utca 40. szám.

CARL ZEISS JENA

Távbeszélő: 83—0—97

Üdülőnek alkalmas 10 szobás, 3 fürdőszobás villa 1540 négyszögöl parkban **eladó**. (Hidegkúti-út 82.) Magaslati fekvés, szép kilátással. Információ telefonon 60—2—02 reggel 8—9 óra között.

Butorozott nyaraló csendes nagy parkban, (a Zugliget felső végében) 5 nagy szobával, mellékhelyiségekkel és csukható verendával **idénylakásnak** azonnal **kiadó. Alkony-út 3—5. Tel. 33-0-03** 1/2 2—1/2 3 között.

Fogorvosnak nagyon alkalmas hallos ötszobás csukott-erkélyes lakás azonnalravagy májusra **kiadó VII., RÁKÓCZI-ÚT 52., III. em. (lift)**

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Lapunk mai számhoz dr. Egger Leó és Egger J. gyógyszervegyészeti gyár rt. Budapest *Catgut*-ról szóló ismertetését csatoltuk.

PNEUMONIA, TÜDŐCOMPLICATIÓK MEGELŐZÉSÉRE.

PNEUMOSTOP

MAGAS CHININ- ÉS CAMPHOR-TARTALOM.

Dr. BAYER ÉS TSA.

CENTRUM KIADÓVÁLLALAT RT., IX., KÖZTELEK-U. 1 — IGAZGATÓ: BORNEMISZA GÁBOR.

80. évfolyam. 18. szám. Budapest, 1936. május 2.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., II. em. Telefon: 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 a kiadóhivatalban

Előfizetési díj: Az „Orvosi Hetilap"-ra és Az Orvosi Gyakorlat Kérdéseire együttesen egész évre 26 pengő, 220 csk., 350 dinár, 800 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belföldi díjak + portóköltség; félévre ezen összegek fele; negyedévre negyede, egy hóra 2.50 pengő. — A „Magyar Orvosi Archivum" egész évre 10 pengő, 70 csk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

Előfizetések küldendők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968 sz. postatakarékpénztári csekkszámlára. *Csehszlovákiában:* Lucenska Uverna Banca Uc. Spol.-hoz „O. H. betétkönyvére" Lucenec; *Jugoszláviában:* a Somborska 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.

A csökkent ovarialis tevékenység fokozására:

GLANDUBOLIN

Izolált tüszőhormon

50.000 nemzetközi egységet tartalmazó fiolák

10.000, 1.000, 100 és 40 nemzetközi egységet tartalmazó ampullák

1.000, 3.000 és 100 nemzetközi egységet tartalmazó tabletták

1.000 nemzetközi egységet tartalmazó suppositoriumok

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

Dr. PÁPAY-féle oltóintézet és szérumtermelő rt. Budapest, IX. ker. Lónyay-u. 12. Telefon: 85—5—63.

POLYSAN

complex immunvakcina a szervezet természetes védekezőerejének fokozására, valamennyi lázzal járó megbetegedésnél. Az intramuscularis injectiók naponta megismételhetők.

Engedélyezve *a közgyógyellátás terhére, továbbá valamennyi betegség biztositóintézetnél.*

Katonyl dr. Deér Újabb theoreticus kutatások és klinikai tapasztalatok alapján készült

GENERÁLIS ROBORANS

Mindennemű gyengeségi állapotnál, étvágytalanságnál, szegényvérűségnél és sápkórnál

PROMPT HATÁS! ※ Összetételében állandó. ※ Székrekedést nem okoz.

1 doboz (100 tabletta) ára: 2.20 P

Uj készitmény

ANOCHROM

Diaethylamindiaminoazobenzolsulfonat

Specifikum streptococcus- és staphylococcus fertőzések ellen

Javallatok: orbánc, sepsis, endocarditis, furunculosis, otitis

5×5 ccm . . . . P 4.—

Dr. EGGERLEÓ és EGGERI. BUDAPEST

Medencegyulladások

Az Antiphlogistine-kezelés salpingitis és cervicitis eseteiben sokszor egyenesen meglepő hatású.

Antiphlogistine activ hyperaemiát idéz elő, növeli a medence-szervek hőfokát és ezáltal helyi leukocytosist hoz létre.

Antiphlogistine

magas glycerintartalmú (45 százalék) a glycerinen kívül bórsavat, salycilsavat, jód-vegyületeket. gaultheria-, eukalyptus- és mentha-olajat tartalmaz legfinomabban elosztva vízmentes aluminiumsilicatban.

Mintát és irodalmat kívánatra dijtalanul küld **The Denver Chemical Mfg. Co., New-York, U.S.A.** magyarországi központja:

Panacea Gyógyszervegyészeti R.-t. Budapest, VI., Figyelő-utca 16.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

A transfusio indicatioi, kivitele és eredményei gyermekkorban.

A csecsemő- és gyermekorvos kezében nélkülözhetetlen gyógyító eljárás a vérátömlesztés. A vérátömlesztést az arra reászoruló esetben el kell végeznie az orvosnak, vagy ha ez a külső gyakorlatban nem sikerül, oly intézetbe kell szállítania a betegét, ahol azt el tudják végezni. A kellő időben, megfelelő technikával és elegendő mennyiségű vérbevitellel elvégzett transfusio igen sokszor életmentő beavatkozás lehet.

A transfusióban az első dolog a vértadó kiválasztása. Lehetőleg a beteggel azonos csoportú egyéntől veszünk vért. A vércsoport meghatározást Serotyppel végezzük el kellő ellenőrzés mellett. A vércsoport meghatározása mellett minden vértadón ki kell zárnunk lues, tbc., malaria stb. jelenlétét. A véradás szempontjából elsősorban a beteg hozzátartozói jönnek számításba.

A vérvétel steril körülmények között történik. Direct transfusióban citrattal átmosott fecskendőbe, indirect transfusio esetén steril Erlenmeyer-lombikba vesszük le a vért, amely a szükségelt vérmennyiség legfeljebb egytized részének megfelelő mennyiségű steril 2—3%-os citrat oldatot tartalmaz. A direct transfusióban azonnal be kell adni a vért, míg indirect transfusio esetén a lombikba levett vért testhőmérsékleten tartjuk készen a transfusióra.

Testsúlykilogrammonként maximalisan 10—15 ccm vért szoktunk beadni, transfusio ismétlések esetében sokszor alkalmazzuk az úgynevezett mikrotransfusiókat is, amikor megelégszünk testsúlykilogrammonként 5 ccm vér bevitelével is. A transfusio kapcsán a vérrel együtt legtöbbször megfelelő mennyiségű (10—20 ccm) 30% dextroset is beadunk, mint a szív adaequat tápszerét.

Megkülönböztetünk direct, citrat nélküli és indirect, citratos transfusiót. Az utóbbi a gyakrabban használt mód, előnye, hogy az alvadás veszélye minimalis és nagyobb mennyiségű vér vihető be a beteg szervezetbe.

Az előbbi eljárást főleg haemophiliában és Werlhof-kór esetében szoktuk alkalmazni.

A vérbeadás helye szerint megkülönböztetünk intravenás, intrasinosus és intraperitonealis transfusiót. Elsősorban az intravenás transfusio jöhet számításba(fejvenába, könyökvenába, ha ezekbe a venákba a transfusio nem sikerül, vagy nagyobb vérmennyiség bevitele szükséges, kipraeparáljuk a bokavenát, mikor is a transfusio minden különösebb nehézség nélkül elvégezhető). Az intrasinosus transfusio, nyitott kutaccsal rendelkező csecsemőn legtöbbször oly esetben jön szóba, amikor a transfusiót előzetes vérlebocsájtással kapcsoljuk össze (súlyos bronchopneumoniában). Ujszülöttkori vérzéses betegségekben (melaena, köldökvérzés) tekintettel az erek szakadékony voltára (intracranialis vérömleny) ellenjavalt az intrasinosus transfusio. Intraperitonealis transfusiót klinikánkon nem alkalmazunk, erről tehát tapasztalat hiányában nem szólok.

A transfusio vérzéstcsillapító, substitutiós, regenerativ ingerhatást, passiv immunisáló, protein inger hatást és bizonyos hormonalis hatást fejt ki a beteg szervezetben. A bevitt vér hatása két részre osztható és pedig, direct, momentán hatásra (vérzéscsillapítás, folyadékbevitel, keringés javítása) és indirect, tartós hatásra (protein ingerhatás, passiv immunhatás és ezek következménye az általános állapot javulása, súlygyarapodás, étvágyjavulás stb.). A transfusio akkor sikeres, ha a direct hatást nyomon követi az indirect tartós hatás.

A transfusio kapcsán, óvatos lassú vérbeadás mellett, rövid ideig tartó hőemelkedésen, esetleg kisebbfokú hidegrázáson kivül egyéb kellemetlen mellékhatást nem látunk, ezek a jelenségek azonban alárendelt jelentőséggel bírnak.

A transfusio indicatiói a következők:

1. *Anaemiák* (primaer és secundaer anaemiákban). Ez esetekben az egyéb therapiás eljárások mellett sikerrel alkalmazhatjuk a transfusiót, mint olyan eljárást, amellyel a gyógyulást hathatósan elősegíthetjük. Ilyenkor a transfusio substitutiv és regenerativ ingerhatást fejt ki.

2. *Vérzések* esetében a transfusiónak hármas hatása van: vérzést csillapít, az elvesztett vért pótolja és regenerativ ingerhatást fejt ki. Ide sorolhatók: melaena neonatorum, újszülöttkori köldökvérzések, műtét utáni vérzések, haemorrhagiás diathesisek (purpurák, Werlhof-kór, haemophilia). Melaenákban és köldökvérzésekben, műtét utáni vérzések esetében sokszor vitalis indicatio alapján végezzük el a transfusiót, mint egyetlen még sikerrel járó eljárást. Septikus vérzések esetén a siker attól függ, hogy mikor transfundálunk, vagyis milyen fokú volt a septikus kórfolyamat. Haemorrhagiás diathesisek esetében csak átmeneti javulást láthattunk, végleges gyógyulást nem is várhatunk, tekintve azt, hogy a vérzékeny beteg alkatát a transfusióval nem tudjuk megváltoztatni.

3. Kitűnő hatással adható a transfusio *chronikus táplálkozási zavarok, csecsemőkori atrophiák* esetében, amikor főleg az indirect tartós hatásra számítunk és ezt a hatást fenntarthatjuk a megismételt mikrotransfusiókkal.

4. Tág és sikeres beavatkozási terület a transfusio számára a *toxikus és septikus állapotok* leküzdése, ide sorolhatók az égési sebek, empyemák, sepsis, erysipelas, fertőző betegségek (acut és chronikus), bronchopneumonia stb. A transfusio sikertelensége elsősorban a beavatkozás idejétől, másszóval a betegség fokától függ. A kellő indicatio alapján, kellő időben és kellő módon elvégzett transfusio sikeres lesz. A transfusio jó hatását természetesen nagymértékben elősegíthetjük az egyéb gyógyító eljárásokkal. Ez esetekben főleg a transfusio passiv immunisáló és protein ingerhatása jön számításba.

5. Végül igen jó eredménnyel transfundálhatunk a *Leiner-féle erythrodermia desquamativa* esetében is.

Befejezésül elmondhatjuk, hogy a helyes indicatio alapján, megfelelő időben és kellő módon elvégzett transfusio hatalmas fegyver az orvos kezében a betegségek elleni küzdelmében.

Dudás Pál dr., gyermekklinikai tanársegéd.

Ritka idegentest gyermeki hüvelyben.

A női hüvelyben található idegentestekről szóló közleményeknek se szeri, se száma. Valljuk be őszintén, hogy ezek ma már egészen mindennapos dolgok. Hogy jelen közleményemben mégis ismét ezzel a kérdéssel foglalkozom, annak két oka van. Egyrészt maga az idegentest szokatlan volta, másrészt annak egészen különleges és kivételes bejutási módja.

A mult év nyarán keresett fel az intézetben ötéves leánygyermekével egy anya, aki előadta, hogy gyermeke, aki veleszületett kétoldali csipőizületi ficamban szenvedett, kétéves korától 14 hónapon keresztül, tehát 3 és féléves koráig a typusos gipszkötésben volt. Szétterpesztett lábakkal a szokásos székecskében ülve töltötte el ezt az időt. A gipszpólya levétele után 3 hónappal vette észre, hogy a leánykán véres, barnás, eleinte bűzös folyás jelentkezett.

Ezzel a panasszal Budapesten kezeltette gyermekét a férje után illetékes egyleti rendelésen, ahol hólyaghurutot és vesemedencelobot állapítottak meg és ennek alapján látták el rendeléssel. Az állapota nem javult, mire a helybeli gyermekgyógyászokkal is consultált. Hasonló eredménnyel, mert egy féléven keresztül még csak hólyagkezelésben részesült a gyermek. Mivel állapota erre a kezelésre egyáltalában nem javult, a gyermekorvostól nőorvoshoz fordult. A helybeli nőorvosok, akikkel consultált, vulvovaginitis go.-t állapítottak meg és ez ellen kezelték. Közben a váladék igen bő és rettentő bűzös lett. Naponta hat-nyolc nadrágot használt el a gyermek, 15—20-szor kapott lemosást, mégis dögbűzű volt a szobája.

Ilyen állapotban került hozzám a leányka. Kikérdezésemre az anya elmondotta, hogy a gyermeknek láza sohasem volt. Hőmérséke most is 36.4 C fok, pulsus 80. Vizelési panaszai sohasem voltak. Vizelet tiszta. Székletével mindig rendben volt. Étvágya jó, nem fogyott. Csupán az arcnak sajátos fakó a színe. Látható nyálkahártyák is halványak voltak.

Megvizsgálván a leánykát a következőket találtam: A vulva egész terjedelmében erősen belövelt, igen sok helyen hámfosztott és barnás véres igen bűzös váladékkal borított volt. A hymen épnek látszott. A hasat átnézve, semminemű kóros elváltozást nem lehetett kimutatni. Igy a szétesö daganat diagnosisa, amire a jelek alapján gondolni lehetett volna, nem volt valószínű. A végbélen keresztül vizsgálva a gyermeket, a legnagyobb meglepetéssel állapítottam meg, hogy a hüvelyben egy ceruzavastagságú, hengeres, kemény képlet fekszik, mely egy erős nyomásra összeroppont. Kutasszal megvizsgálva a hüvelyt, kemény, lapos képletek jelenlétére engedett következtetni a sondázás.

Nyilvánvaló volt, hogy idegentesttel állok szemben, amit el kell távolítani! Szabályszerű előkészítés után aethernarkosisban sikerült is, nagynehezen a részben már benőtt darabokat eltávolítani. Az eltávolított darabok tüzetes megszemlélése és összerakása után arra a megállapításra jutottam, hogy azok egy kaucsuk ceruzahegyvédő tok darabjainak felelnek meg. A gyermek folyása két nap alatt megszünt, öt nap mulva teljesen meggyógyult.

Az a kérdés, hogyan kerülhetett ilyen nagy idegentest egy hároméves leányka hüvelyébe úgy, hogy azt bárki is észrevehette volna? Mint említettem a gyermek szétterpesztett lábakkal ült gipszkötésben 14 hónapig a székében úgy, hogy a lábai között a székből egy kis asztalkaszerű deszkalap nyúlt ki. Ide rakta a gyermek játékszereit és két lába között állandóan a vulvája előtt játszott apróságaival. Minden valószínűség szerint a nyitott nadrágon keresztül igy kerülhetett vékonyabb végével előlhaladva a kaucsuk ceruzavédő tok a hüvelybe és okozta a gyermek másféléves kálváriáját.

Az eset egyik tanulsága az, hogy ilyen csöpp leánygyermeknek is kerülhetnek a hüvelyébe ekkora idegentestek anélkül, hogy különösebb fájdalmat vagy sérülést okoznának. A másik fontos körülmény, amire fel akarom a figyelmet hívni és ami a cikk megírására is késztetett engem, a kis leánygyermekek bimanualis vizsgálatának a kérdése.

Ezt a vizsgálatot tudtommal a gyakorló orvosok kevéssé ismerik. Az 1932. évben a *Neuber* professor vezetése alatt végzett első elemi iskolás gyermekek átvizsgálása alkalmával nekem jutott a megtisztelő szerencse, hogy a leánygyermekek nőgyógyászati vizsgálatát elvégezzem. Ezen vizsgálatok alkalmával, hogy teljes munkát végezzünk, megkíséreltük a bimanualis vizsgálatok elvégzését. Megállapítottuk azt, hogy e vizsgálat, 5—6 éves gyermekeken az esetek 81%-ában volt elvégezhető. A gyermeket előbb meg kell nyugtatni, hogy ne féljen. Majd a balkezünkre húzott gummikesztyű mutató ujját alaposan bevaselinezve igen óvatosan a végbélbe vezetjük, s jobbkézzel kívülről tapintva, a belső vizsgálatot pontosan elvégezhetjük.

Tehát ha 4—5 évét már betöltött leánygyermek kerül hozzánk genitalis panasszal, sohase hagyjuk el a fent leírt módon a bimanualis vizsgálat elvégzését, mert sok kellemetlenségtől menthetjük meg a beteget, de magunkat is.

Bősze Lajos dr.,
a debreceni szülőotthon főorvosa.

Rövidhullámu kezelés a belgyógyászatban.

A rövidhullámú kezelés immár négyéves hazai multja, példátlan elterjedtsége és kielégítő statistikája átfogó kritikai áttekintésre ad módot, nemcsak a szakorvosnak, hanem a szélesebb orvosi közvéleménynek is. Ez alkalommal a gyakorló orvos szempontjából tekintjük át az eljárás azon javalatait, melyek eddigi tapasztalataink kritikája mellett a belgyógyászatban helyet találhattak. E rovat természete, érthetően, szigorúvá kell, hogy tegye annak a kritikai szemléletnek a rostáját, amelyen keresztül a laboratoriumi kutatás eredményei a mindennapi élet gyakorlatába átmehetnek. Ez a kritikai szemlélet szükségessé is teszi azt, hogy az oly betegségeket, amelyeknek kezelésében a rövidhullám nem mulja felül az addig alkalmazott tüneti gyógymódokat, fel se említsük. Vannak azonban a rövidhullámú kezelésnek új, specialis javalatai, amelyek jelentősége túlmegy a segítő, jótékony tüneti beavatkozás értékén és úgy mutatkozik meg, mint új, okszerűen alkalmazható, s bármikor újra elérhető therapiás eredmény. A gyakorlatban az ily természetű javalatokat fogjuk alkalmazni.

Az a két biologiai pillér, amelyen a rövidhullámú kezelés gyógyító alkalmazása nyugszik, egyfelől *lobgátló* (bakteriumölő), másfelől a *sympathicust bénító,* tehát ér- és simaizomtágító hatása.

A sympathicust bénító, tágító hatás főleg az érrendszer betegségeiben aknázható ki, míg a bakteriumok növekedését hátráltató befolyás inkább a többi belső betegség leküzdésére használható fel.

A szív koszorús erei, a végtagok és a fej arteriái görcsös állapotaikban könnyen hozzáférhetők a rövidhullám-kezelés számára. Nem képzelhető el és nem is állítható komolyan az, hogy koszorúérelzáródások vagy obliteráló endarteritisek a condensator-térben megnyiljanak. Igen komoly javalati terület azonban a még visszafejlődésre képes görcsös működészavar. A görcsök oldódása még akkor is szépen megfigyelhető, ha azok meszesfalú, de még tágítható ereken okoznak panaszokat. Ily irányban végzett vizsgálatok eredményei oscillometriás úton is beigazolást nyertek. Oki javalat egyes *migrainek,* érelmeszesedéses eredetű *végtagparaesthesiák,* az *időszakos sántítás* és a *pseudoanginák* rövidhullámú kezelése. Fokozato-

san csökkenti a gyógyulás kilátásait az ér belvilágának szerves elszűkülése.

A keringési szervek lobos állapotai között az egyébként vigasztalan kilátások között előrehaladó septikus, vagy lenta typusú endokarditisek rövidhullámú kezelése külföldi tapasztalatok szerint sem egészen kilátástalan.

A légzőszervek *görcsös* állapotai között önkéntelenül kínálkoznék az asthma bronchiale, amelynek rövidhullámú gyógyítása azonban nem hozta meg a remélt eredményeket. A légzőszervek *lobos* állapotai között belgyógyászati vonatkozásban a *tüdő és a mellhártya* betegségei állanak első helyen. A tüdőszövet különleges physikai viszonyai rendkívül könnyűvé és hozzáférhetővé teszik a tüdőbetegségek rövidhullámú kezelését. A pneumoniák összes alakjai, a *tüdőtályog, a tüdőüszök, a száraz savós és genyes mellhártyalobok* gyógyításával érhetjük el a rövidhullámú kezelés legszebb eredményeit. Vonatkozik ez bizonyos mértékben a *gümős betegségek* exsudativ alakjaira is, habár az idevonatkozó tapasztalatok száma még nem elég nagy ahhoz, hogy teljesen meggyőző eredményekről számolhassunk be. Különösen nagyjelentőségű a pneumoniák gyógykezelésének a lehetősége azóta, amióta hordozható berendezés lehetővé tette a betegágy mellé a kiszállást, városi lakásba is.

Az emésztőcsatorna betegségei között első helyen említendők meg a *szájnyálkahártya spirillumos eredetű fertőzései.* Számos külföldi szerző számol be a gyomorhurut és fekély kezelése közben nyert kedvező tapasztalatairól. E betegségekben a rövidhullámú kezelés nem pótolhatatlan és jelentőségében nem múlja felül egyéb gyógyító beavatkozások értékét. Meg kell azonban kísérelni a *callosus fekély* gyógyítását. E kezelésnek elméleti alapja is van a heges szövetek iránti érdekes vonzódásában. Kezelések során gyakran észlelhető, hogy a beteg egy-egy régi szúrás, csonttörés, műtéti seb stb. hegének megfelelően villanó, nyilallásszerű fájdalmat jelez. *Műtét utáni összenövések* fájdalmassága is jól enyhíthető rövidhullámú kezeléssel. A heges szövetek iránti ezen speciális vonzódás teszi érthetővé, hogy a gyulladásos és műtéti eredetű heges összenövések, fájdalmak az egész emésztőcsatornán végig sikerrel kezelhetők.

A kiválasztó rendszer betegségei között a vesemedence gyulladások kezelése és a veseszövet gyulladásai során jelentkező anuriák oldódása érdemel figyelmet. A coli tenyészetek rosszindulatú viselkedése azonban a vesemedencegyulladások kezelésének a javalatait erősen megszorítja.

Az *idegbetegségekre* vonatkozó irodalmi adatok, ép úgy, mint személyes tapasztalataink még nélkülözik azt az egységet, mely a gyakorló orvosnak javalatai felállításában biztos irányítással szolgálhatna. Fontos tudni azt, hogy a fertőzéses állapotok gyógyításában oly adagok alkalmazása szükséges, amelyeknek az ér-, de még inkább az idegkezelések csupán csekély töredékeit kívánják meg. A fertőzések, gyulladások kezelésében szükséges rövidhullámadagok az idegbetegségek kezelésében ártalmasak. Az adagolás elhibázása nem csupán a gyógyítás kudarcát eredményezheti, hanem igen komoly károkat, sőt betegségeket okozhat. Nemrégiben észleltem beteget, ki migrainje miatt másutt rövidhullámú kezelésben részesült és a kezelés eredménye kifejezett enkephalitisszerű kórkép lett. Az ideggyulladások és egyéb neuralgiák is jól befolyásolhatók az adagolás helyes megválasztásával, míg helytelen adagolás mellett a fájdalmak makacs rosszabbodása következhetik be. Különös óvatosságot igényel a paralysis progressiva kezelése, melyben az adag túlozása hirtelen szívgyengeséget okozhat. Az általam végzett fejkezelés az eredmények megtartása mellett, e veszélyeket teljesen kiküszöböli.

A *mozgási szervek* betegségei, a maguk rendkivül változatos oktanával lehetetlenné teszik egységes kórjóslás felállítását. A rheumás betegségek kóroktanában szereplő számos és ismeretlen tényező érthetővé teszi azt a tájékozatlanságot, amellyel egy-egy rheumás beteg kezelését elkezdjük és amely a gyógyulások és kudarcok okainak megítélésében óvatosságra kényszeriti az orvost. A tapasztalatok zűrzavaráből alig emelhető ki egy-egy szilárd támasztó pont. Kétségtelen és nagyszámú tapasztalattal igazolt tény az acut és chronikus *rheumás polyarthritis* rendkivül gyors gyógyulása. Majdnem az egész irodalom egyöntetűen számol be a *gümős* és *kankós* eredetű *izületi gyulladások* befolyásolhatóságáról is. Legtöbbször meggyógyulnak az izzadmányos izületi bántalmak és functionalisan jól javíthatók egyes *traumás eredetű gyulladások.* Ez körülbelül minden, amit biztosan állíthatunk. Minden egyéb, rheumát gyógyító beavatkozás kísérlet csupán. E kísérlet erkölcsi és anyagi veszélyeit mindenesetre csökkenti az az észlelet, hogy az ú. n. rheumás fájdalmak jó- vagy rosszindulatúsága 3—4 napi kezelés után legtöbbször nyilvánvaló lesz. Sikertelen kísérletet tovább folytatni nem szabad.

Rósa László dr.
v. egyet. tanársegéd,
a gróf Apponyi Albert Poliklinika
rövidhullámú rendelésének vezetője.

A fertőzött sebek kezelése zsírmentes kenőccsel.

Steril seb voltaképen nincs is, de infectiomentes sebről beszélünk, ha a sebbe jutott bakteriumok reactiót nem okoznak. Fertőzött seb alatt értünk minden alkalmi sérülést, mely műtétileg el nem látható, genyes területek feltárása céljából (tályogok, furunculusok, phlegmonék) ejtett sebet, steril műtétek után is, ha a per primam egyesített sebszélek elgenyednek. A sérülés alkalmával bejutott bakteriumok ellen nem sokat tehetünk. A seb mosása csak a felületről tudja a bakteriumokat eltávolítani, a mélyebb rétegekbe nem hatol be. A seb mosása a gyógyulásnak sem kedvez, mert a megzavart sejtek regeneratiója lassú. Az oly szer, amely a kórcsirákat elpusztítja, a szervezet sejtjeit is károsan befolyásolja, azáltal, hogy kicsapódást okoz a sejtekben, A szövetek életképessége pedig a gyógyulás szempontjából igen fontos. Az egészséges szervezet ugyanis a legtökéletesebben gondoskodik a sebgyógyulásra előnyös tényezőkről. Ha ezeket a természetes gyógytényezőket figyelemmel kisérjük, útmutatást kapunk a gyógyítás mesterséges előmozdítására. A szervezet elsősorban gondoskodik a gyógyulást hátráltató bakteriumok szaporodásának megakadályozásáról (leukocytosis, opsoninek). Lobgátat állít a mélyebb rétegekbe bevándorló csirák ellen. Gondoskodik a seb anyagcseréjéről. A bakteriumok szaporodásának megakadályozására csak az olyan desincifiensek jöhetnek számitásba, amelyek állandóan enyhe desinficiáló hatást gyakorolnak, egy állandó depotból lassan kerülnek a seb felszínére és amelyek a mélybe is behatolnak. A szövetek szétesési termékeinek regeneráló hatása van. Ugyanez áll a sebváladékra is. Az exsudatum desinficiáló hatású, (leukocytosis, phagocytosis) előnyösen befolyásolja a regeneratiót, táplálja az új sejteket. A túlbő sebváladék azonban káros, mert macerálja a hámot, a kötőszövetes regeneratiót kórosan fokozza (túlsarjadzás) a sebszéli epidermist feláztatja, azon ekzemát okoz. A szervezet élettani körülmények között is egy bizonyos túlproductióra

van beállitva, ezért a sebanyagcsere ellenőrzése a sebgyógyulásnak igen fontos tényezője. A fertőzött sebek ellátása nedves és száraz kezelés útján történhet. Ugy a száraz, mint a nedves (kenőcsös) kezelésnek meg vannak a hátrányai. A kenőcsök hatása abban állana, hogy a seb felületén elszappanosodva átjárhatatlan védő réteget képeznek és a bennük elkevert anyagok desinficiáló és regeneráló hatást fejtenek ki. A kenőcsök úgyszólván sohasem sterilek, a beléjük elkevert hatóanyagok nehezen hozzáférhetők a sebváladéknak, mert minél finomabb a kenőcs, annál finomabban van benne elkeverve a szilárd anyag. Az elszappanosodás gyakorlatilag alig számbavehető, mert a széteső anyagok a sebváladékot savi vegyhatásúvá teszik. Ez a helyi szöveti acidosis annál erősebb minél erősebb az infectio. A kenőcs hermetice zárja el a sebet a külvilágtól, megakadályozza az oxydatiót, de megakadályozza a sebváladéknak az eltávolodását is. Igazi értéke csak a sebszéli epidermis megvédése volna, de a bőr felpuhitásával a bőr likacsaiba elrejtőzött csirák felszínre kerülhetnek és a sebbe juthatnak, ennélfogva ez is kétes értékű. A kenőcsök alatt sebgyógyulás elhúzódó.

Az illóolajok gyors párolgásukkal kiszárítják a sebet és az új sarjakra izgató hatásúak. A zsírok és olajok eltávolítására használt benzin vagy aether, úgy az új sejtekre, mint a sebszéli epidermisre káros hatásúak. Ezért is tanácsolják sokan, hogy ne bolygassuk a sebeket, a kötést azonban változtatnunk kell, mert ellenőrizni kell a seb állapotát, a váladék mennyiségét és minőségét, a fertőzés tova terjedését, de a betegre is megnyugtató, ha az orvos időnként megvizsgálja és új kötéssel látja el. Sokszor tapasztaljuk, hogy általunk ismeretlen és valószínűleg jelentéktelen körülmények is mennyire befolyásolják a sebgyógyulást. A beteg néha hosszú ideig kezeli házilag sérülését eredmény nélkül s az orvos ugyanazon eszközökkel pár nap alatt meggyógyítja. A seb oxygen szükséglete a gyógyulás folyamán változik. Az acut tünetek lezajlása után a regeneratióhoz több oxygen szükséges. A kezelés folyamán erről is gondoskodunk. — A száraz gaze kötés csak a külső szennyezés ellen védi a sebet, de egyebekben magára hagyja, sőt azáltal, hogy felszívja a sebváladékot, hátrányosan befolyásolja a regeneratiót. Porkezelés csak a nagyon bő váladékkal járó égési sebeken vált be, egyébként ez is túlságosan szárít, ezáltal az egészséges sarj képződést hátráltatja, nagyobb roncsolás esetén a hiányosan képződő sarjszövet nem tölti ki a sebet, miáltal besüppedt heget kapunk.

Az általam évek óta használt kenőcs összetétele a következő:

Rr. Tragacanthae gr 2.0
Glycerini gr 10.0
Zinci oxydati
Dermaforini aa gr 10.0
aquae dest. ad gr 50.0
M. coque usque ad massam ung.

A glycerin + víz + tragacantha kocsonyás kenhető anyagot ad, ami vízben oldható. A glycerinben oldott anyagokkal szemben a sejtek permeabilitása sokkal alacsonyabb, mint a víz iránt. *Huber* és *Löffler* szerint ez 1 : 300-hoz. A duzzadt szövetekben a permeabilitás fokozódik, itt az arány körülbelül 1 : 100-hoz. A sérült protoplasma vízben oldott vagy colloid anyagok felvételére alkalmas, de a zsírban vagy olajban elkevert anyagok nehezen diffundálnak a sejtbe. A tragacantha gummi vízben oldódó nyálkás-kocsonyaszerűen oldódó bassorint tartalmaz, mely nem cukorszerű polysaccharid. A glycerin csiraölő hatású conserváló anyag, töményen izgat, de a kenőcsben levő elosztásban izgató hatása csak annyiban érvényesül, hogy a sebnedv productióját fokozza; a seb könnyezésével mintegy kiöblíti önmagából a kórokozókat és a toxint. A kiürült sebváladék a kenőcsben oldott desinficiáló anyagokkal kerül közvetlen érintkezésbe és abból, mint egy depot-ból annyi anyagot old ki, ami arányos a sebváladék mennyiségéhez. A túlbő sebváladék pangását megakadályozza a kenőcs nagy vízlekötő képessége s ebben a tekintetben hasonlít a száraz kezeléshez, a kenőcsös kezelés előnyeivel. A glycerin és az abban elkevert desinficiáló anyagok behatolnak a sérülés mélyébe, és ott csiraölő és a szövetsejtek növekedésére, ellenállására élénkítő hatást gyakorolnak. A kenőcs destillált vízzel vagy még helyesebben physiologiás konyhasó oldattal eltávolítható a seb felszínéről, annak károsodása nélkül. A kenőcs összetételét különösen a glycerintartalomra, ennek physikai és chemiai tulajdonságait tekintetbe véve többszörös kisérletezéssel állítottam össze és úgy találtam, hogy ebben az összetételben volt a sebgyógyításra a legalkalmasabb.

Székely László dr.
v. poliklin. assistens.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: „Igen tisztelt Orvos Ur! Rendkivül nagy hálára kötelezne egy ideges asszonyt, ha alábbi kérésemet teljesitené. Már végigjártam az összes specialistákat, tudom, hogy miféle betegségeim vannak, mik a gyógyszerei. Mindegyik külön-külön lelkemre is kötötte az ő saját külön rendeleteit, s meg vagyok győződve valamennyi lelkiismeretes orvos jószándékáról is. De! — Nagyon meg vagyok akadva azzal, hogy miféle étkezés megfelelő számomra. Ebben legyen kegyes segitségemre lenni és a sok tilalom és ajánlat között boldogtalan tünödésemre megfelelő útbaigazitást adni.

52 éves, 160 cm magas, 62 kg súlyú hivatalnoknő vagyok. Betegségeim: gyomorsavtúltengés, székrekedés, puffadt nagy has, mütét utáni összenövésekkel, hólyaghurut, kis myoma, pefefészekgyulladás, sokizületi lob, neuratsthenia, klimakteriumos vérhullámzás az agyban (mesterséges castratio), szív- és aortanagyobbodás, érelmeszesedés, gége- és garathurut, hizásra (hasban, csípőben) hajlamos vagyok, óriási étvágyam van, sokat és válogatás nélkül is mindent tudok enni, állandóan ülö, és fekvő életmódot folytatok, sokat mozognom (nőgyógyász szerint) nem szabad.

Mit egyem? Hévizi orvos szerint: mindent csak sót, sósat *ne!*; Izületek miatt: húslevest, húst, savanyút, füszerest, teát, stb. *ne!*; Szív és nőgyógyász: hízni nem szabad, tehát tésztákat *ne!*; zsírt, vajat, cukrokat, kompótokat, *ne!*; Folyadékot *ne!*; Gyomorsav miatt: savanyút, gyümölcsöket, füszerest, főtt tésztát, „K" betüs főzeléket, hüvelyeseket *ne!*; Epe miatt: zsírosat *ne!*; Vastagbél miatt: paradicsomot, tejféléket *ne!*; Csak kétszersületet; kenyeret *ne!*

Az idevágó szakkönyveket mind megvettem, még sem igazodom el magamon. Minden ételt megkérdeznem sem lehet minden orvostól. Rendszerint sietnek, unják, türelmetlenek és nem is sejtik, hogy milyen súlyos probléma egy ilyen sokféle betegséggel megvert asszonyi élet."

Felelet: A betegnek válaszomban belgyógyászháziorvos tanácsainak igénybevételét ajánlottam, akinek rendelkezése értelmében egy *diaetás néne* látogatta meg a beteget otthonában nap-nap mellett, megbeszélvén vele az étrendjét, alkalmazkodva úgy az orvosi alapelgondolásokhoz, mint a beteg állapotához, étkezési szokásaihoz, konyhatechnikai adottságaihoz, a beszerzési viszonyokhoz és nem utolsó sorban a pénztárcájához. Maga az a körülmény, hogy az ilyen egyedül magával és betegségeivel foglalkozó beteg a veletörődést érzi és hogy van alkalma valakivel vágyait, panaszait és kételyeit részletesen megtárgyalni, félgyógyulásnak mondható. Az élelmezés orvosi szabályozásának keresztülvitelében a gyakorló orvosnak is nagy segitségére lehet ilyenformán a diaetás néne, akinek szolgálatait a jövőben kétségkivül úgy lehet majd igénybe venni, mint ma a szülésznőét, a magánápolónőét vagy akár a fürdősnőét.

Soós Aladár prof.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

Tejrekedtség.

Irta: *Dollinger Gyula dr.*, nyug. egy. ny. r. tanár.

Tejrekedtségnek nevezem a bajt, amely nekem gyermekkoromtól fogva sok kellemetlenséget okozott. Mivelhogy nem hiszem, hogy én vagyok az egyedüli, akinek hangképző szervei a tejjel és annak összes termékeivel szemben ilyen érzékenyek, az irodalomban pedig ennek a sajátosságnak semmi nyomára sem akadtam, kívánatosnak tartom, hogy ennek a kóros hajlamnak a leírásával az emberi pathologia ismeretkörét kiegészítsem.

Amennyire visszaemlékszem, gyermekkorom óta a hangom mindig fátyolozott volt. Hogyha egynéhányat krákogtam, akkor némileg feltisztult.. A mindenféle háziszerek, amelyeket gyermekkoromban velem használtattak, nem hoztak javulást, a dohányzás a bajt súlyosbította, de azért annak elhagyása nem javított a helyzeten. Állandó eredményt a gégeorvosok az ecsetelésekkel sem értek el. Hogyha nem is beszéltem, akkor is egy állandó inger a garatomban a gége magasságában folyton ismétlődő krákogásra ingerelt, úgyhogy nagyobb gyülekezetben a jelenlévők, hogyha engem nem is láttak, a folyton megismétlődő hangos krákogásomból tudomást vettek felőle, hogy jelen vagyok. Máris kezdtem belenyugodni a sorsomba, amikor végre rájöttem, hogy a rekedtségem szoros kapcsolatban áll a tejnek és összes termékeinek használatával, pedig tápszereimnek egy jelentékeny részét éppen ezek képezték. Tej, tejhabszin, tejfel, vaj, sajt, tejeskávé élvezete után a torkomban a gége bemenet tájékán viszketést és feszülést érzek, a beszéd nehezemre esik, a hangom pedig fátyolozott. Némelyik tejtermék használata után ez az állapot tüstént egynéhány perc után már előállt, másnál egy-két óra mulva.

Mihelyt ez a kapcsolat a tejtermékek használata és a leírt állapot között világossá vált, ezen tápszerek használatát abba hagytam. Azóta a hangom tiszta, krákogás megszünt, de a leírt kellemetlen tüneteket az említett ételek használatával, az experimentum pontosságával elő tudom idézni.

A gégeorvosok vizsgálata megállapította, hogy amikor ez a tejrekedtség fennáll, akkor a bárzsing nyálkahártyájának a nyáktüszői mélyen le a gége bemenetig duzzadtak, belöveltek, nyúlós üvegszerűen átlátszó, nem genyes nyákkal fedettek. Ugyaniyen az a kevés nyák is, amelyet a krákogással el tudok távolítani.

Ugy találtam, hogy egyedüli orvossága ennek a bajnak a teljes abstinentia az összes tejtermékektől.

A gyakorlatban is alkalmazható functiós vesepróbák.

A veseműködés egyik legfontosabb sajátossága az alkalmazkodási képesség. A jó vesét nemcsak az jellemzi, hogy működése tág határok között lehetséges, hanem az is, hogy a szervezet víz- és sóháztartásában mutatkozó változásokra gyorsan és azonnal reagál. Ezzel szemben a kevésbbé jó, vagy rossz vese a megváltozott viszonyokhoz csak lassan, vontatottan alkalmazkodik, sőt egy bizonyos ponton túl a reá háramló feladatoknak már eleget tenni nem tud, tehát uraemiát okoz.

A húgyivarszervek megbetegedéseiben sokszor találkozunk oly helyzettel, hogy a veseműködés látszólag jó, közelebbi vizsgálatkor azonban kitűnik, hogy a veseműködés említett alkalmazkodási képessége már csökkent, a normalisnak ismert határoknál szűkebb.

Az összveseműködés ezen, még az igazi uraemia határain innen levő működéscsökkenése az urologiában igen nagy jelentőségű s ezért műtéti beavatkozások előtt arra nagy súlyt helyezünk. Tapasztalati tény ugyanis, hogy a húgyivarszervi megbetegedésekben végzett sebészi beavatkozások a vesékre bizonyos, el nem hanyagolható megterhelést jelentenek még akkor is, ha magát a vesét nem bántják, mint azt pl. hólyag- vagy prostata-műtétek esetén látjuk. Ha a vese tartalékereje ilyenkor kevés, úgy a műtéttel kapcsolatos megterhelés következtében a lappangó uraemia fellobban s az uraemiás halál gyors kifejlődése elkerülhetetlen.

A vese tartalék erejének ismerete tehát urologiai sebészi beavatkozásokban rendkívül fontos s jelenléte vagy hiánya a sebészi beavatkozás lehetőségét döntően befolyásolhatja, azonkívül prognostikai szempontból is értékes, mert idült megbetegedésekben a baj javulásáról vagy rosszabbodásáról felvilágosítást nyujt.

Az összveseműködés ismerete s annak időnkénti ellenőrzése ezért a gyakorló orvos számára is sok előnyt jelent, különösen oly helyi viszonyok között, melyek bonyolultabb laboratoriumi vizsgálatok kivitelét lehetővé nem teszik, vagy pedig ha távoleső helyeken az intézeti kezelés szükségességét s annak időpontját kell meghatározni.

Az összveseműködés megállapításának legegyszerűbb és legrégibb alakja, ha a veseműködést minden különösebb vizsgálat vagy megterhelés nélkül tisztán a *napi mennyiség és fajsúly értékek változásai* alapján ítéljük meg. A napi diuresis és fajsúly értékek változásainak megfigyelése tulajdonképen minden összveseműködést célzó vizsgálat alapja és kezdete. Ha a normalis folyadékfelvétel mellett valamely vese napi 1200—1500 g vizeletet választ ki, az ugyanakkor kapott fajsúlyértékek 1015—1020 között mozognak, úgy egy előrehaladott vesesérülést már eleve kizárhatunk. Gyanúsnak, illetve csökkent veseműködésnek tartjuk, ha a napi vizeletmennyiség tartósan 1 liter alá esik, anélkül, hogy a fajsúly megfelelően emelkedne, s továbbra is csak 1010—1014 között marad. Még súlyosabb állapotot jelent, ha a fajsúly állandóan 1010 alatt marad. A polyuriát ilyenkor kedvezőbb jelnek vehetjük, mint az oliguriát, de a kettő között csak fokozati különbség van, a veseműködés súlyos zavarán ez már nem sokat változtat.

Az összveseműködés vizsgálatának ezen ősi formáját ma sem hanyagolhatjuk el, de ha ezzel megelégedve nem vagyunk, úgy a számos bonyolult, de már laboratoriumi functiós vesepróbák mellett két olyan próbával is rendelkezünk, melyek kivitele oly egyszerű, hogy a gyakorló orvos azokat bárhol alkalmazhatja. Az egyik a *hígítási* és *concentrálási* próba, a másik az úgynevezett *chromoskopia*, az indigokarmin kiválasztáson alapuló vizsgálat. Az előbbi az egyszerűbb, az utóbbi a gyorsabb, mert rövid 15—30 percen belül megfelelő felvilágosítást nyujt.

A hígítási és concentrálási próbát az urologiai klinikán *Illyés* prof. ajánlatára az általában elterjedt *Volhard-Straus*-féle hígítással ellentétben sokkal egyszerűbb alakban végezzük, s ez a betegre az utóbbinál sokkal kisebb megterhelést jelent, gyakorlatilag viszont éppúgy megfelel.

Eljárásunk a következő: A vizsgálatot ágynyugalomban concentrálással kezdjük. A beteg este 8-tól reggel 8-ig nem iszik. Reggel 8-kor a beteg vizel, vagy ha vizelni nem tud, a hólyagot kiürítjük. Erre a vizeletre szükség nincs, azt kiönthetjük. További szomjaztatás mellett most összegyüjtjük 8-tól 9-ig a vizeletet és meghatározzuk annak fajsúlyát (első vizelet portio). Ezután 9—½10 között a beteg megiszik 1½ liter folyadékot, (közönséges vagy ásványvizet, lehet gyenge hársfa- vagy orosztea is cukor nélkül). A folyadék hőfoka tetszés szerinti lehet. 10 órakor újból felfogjuk a vizeletet (II. portio), félóránként megismételjük mindaddig, amíg összesen 6 portiót nyerünk, ami 8 órai kezdetet véve alapul 12 órakor történik. Természetesen lehet még tovább is vizeletportiókat gyüjteni, ennek azonban gyakorlati jelentősége nincsen, mert ha a vese két órán belül a felvett folyadékot nem választja ki, úgy működésében erősen csökkent vesével van dolgunk.

A hígítási próba ezen alakjában azt tapasztaljuk, hogy normalis veseműködés mellett az első portio 1020—1025 fajsúlyú, a harmadik portio fajsúlya hirtelen 1002—1004-re esik és ugyanakkor a félórai mennyiség 200—300 g-ra szökik fel. A további portiok hasonló eredményt adnak azzal a különbséggel, hogy a fajsúly 1000—1001-ig esik, mígnem az utolsón ismét emelkedést észlelünk, annak jeléül, hogy a maximalis hígítás határán túlvagyunk. Kóros veseműködés esetén változik a kép. Minél rosszabb a veseműködés, vagyis minél kisebb a vese alkalmazkodási képessége, annál kisebb lesz a maximalis concentrálási és hígításinak megfelelő értékek közötti különbség. A jó és rossz veseműködés átlagértékeit mutatja a következő táblázat:

	jó veseműködés		rossz veseműködés	
	Vizelet			
	mennyiség ccm	fajsúly	mennyiség ccm	fajsúly
I. 8—9-ig	40—70	**1017—1023**	50—100	**1010—1012**
II. 9—10-ig	100—150	1018—1012	40—80	1008—1010
III. 10—½11-ig	200—250	1002—1004	30—60	1007—1011
IV. ½11—11-ig	150—200	**1000—1004**	80—120	1008—1010
V. 11—½12-ig	100—150	1002—1006	50—150	**1006—1008**
VI. ½12—12-ig	50—100	1004—1008	60—100	1008—**1007**

Ha a maximalis és minimalis fajsúlyérték közötti differentia 15 felett van, úgy jó, ha 10—15 között, úgy közepes, 10 alatt rossz veseműködésről beszélhetünk. Adott körülmények között 1010—1000-ig terjedő hígítás gyengébb functiót jelent, mint 1020—1010, mert a concentrálóképesség beszűkülése úgyszólván mindig veseeredetű, viszont a gyenge hígítóképesség mellett megtartott concentrálóképesség extrarenalis eredetű is lehet. (Utóbbi esetben átmeneti hydraemia keletkezhet.)

Szintén egyszerű és a gyakorlatban kivihető functiós vesevizsgálat a *chromoskopia*. E célra 0.8 grammos indigokarmin tablettákat 20 ccm destillált vízben oldunk, majd felfőzve intramuscularisan adjuk a comb vagy gluteus izomzatba. A hólyagba kathetert helyezve 5 percenkint kémcsövekben gyüjtjük a vizeletet és figyeljük az elszíneződést. Jó összműködés mellett a második portio, tehát amelyet 5—10. perc között gyüjtünk már világos kék, a következő 3-ik portio pedig már intensív kék s az is marad a további vizsgálat alatt. Rossz összveseműködés mellett ez az elszíneződés elhúzódik vagy egyáltalán nem következik be. Ha a vizelet 20 perc után sem színeződik, tehát az 5-ik portio is még sárga, úgy a kiválasztás erős zavara, illetve erősen csökkent veseműködés van jelen. A vizsgálat megkezdésekor 6 kémcsövet készítünk elő s az egyes portiókat 5 percenkint abban gyüjtjük. A vizsgálati eredmény az alábbi képet adja.

	jó vese	rossz vese
5 perc I. portio	színeződés nincs	színeződés nincs
10 perc II. portio	zöldes kék	színeződés nincs
15 perc III. portio	kék	színeződés nincs
20 perc IV. portio	sötét kék	színeződés nincs
25 perc V. portio	sötét kék	zöld
30 perc VI. portio	sötét kék	

Mind a két vizsgálati módszernek a gyakorlatban alkalmazását ott tartjuk indokoltnak, ahol az uraemiás állapot még nem fejlődött ki, s csak azt akarjuk eldönteni, hogy az úgynevezett relatív veseinsufficientia jelen van-e vagy nincs. Ez azért fontos, mert ily módon már a beteg otthonában is eldönthetjük, vajjon operatív beavatkozás (pl. prostata hypertrophia esetén) egyáltalán szóba jöhet-e. Ha a fenti próbák rossz értékeket adnak, úgy operatív beavatkozásra egyáltalán nem, vagy csak hosszas előkészítés, a fenti eredmények javulása után kerülhet sor.

A gyakorlatban tehát, ha a napi vizeletmennyiség és fajsúlymeghatározásokból kapott klinikai képet minden nagyobb laboratoriumi vizsgálat vagy felszerelés nélkül egyszerű módon kiegészíteni akarjuk, úgy a fenti két functiós eljárást ajánlhatjuk, mert azok bárhol elvégezhetők s az összveseműködésről megbízható képet nyujtanak.

Minder Gyula dr.
egyet. magántanár.

A vörösvérűség.

A vörösvérűség gyüjtőneve alatt mindazokat az egyébként különböző physiologiás és pathologiás állapotokat szokás összefoglalni, amely állapotoknak közös jellemzője a keringő vér térfogategységében található vörös vérsejtek (v.vs.) számbeli megszaporodása. Ez a megszaporodás azonban nem jelent minden esetben valódi erythrocytaszaporulatot; bizonyos körülmények között ugyanis a vérplasma megfogy, a vér besűrűsödik, minek következtében a v. vs-szám relative magasabb értéket vesz fel. Ilyen *pseudo-erythrocytosis*-szal találkozunk jelentős vízveszteséggel járó megbetegedésekben (halmozott hasmenések, cholera stb.), erős izzadás, hyperemesis, nemkülönben a vízfelvétel zavarai esetén (pylorusszűkület stb.).

Ezekkel az esetekkel szemben a valódi vörösvérűséget a keringő erythrocyták tényleges számbeli növekedése jellemzi. A v. vs.-szaporodásának ezeket a valódi eseteit két, egymástól úgy genetikai, mint prognostikai szempontból elvileg különböző csoportra kell osztanunk, éspedig 1. az ismert aetiologiájú, tüneti v. vs.-szaporodás eseteire; 2. a sui generis megbetegedés jellegével bíró polycythaemia rubra vera tünetcsoportjára. A különbség itt alapjában ugyanaz, mint amely fehérvérsejtszaporodás eseteiben a tüneti leukocytosis és a leukaemia közt áll fenn. Erre az analogiára tekintettel célszerű a tüneti v. vs.-szaporodást *erythrocytosis*, a polycythaemia rubra vera eseteit pedig *erythraemia (Türck)* elnevezéssel jelölni.

Tüneti erythrocytosisokkal úgy élettani, mint kóros körülmények között meglehetősen gyakran találkozunk. A physiologiás erythrocytosisok közül csaknem szabályszerű jelenség az újszülöttek magasabb v. vs.-száma, mely csupán rövid ideig tart és megszünése egyes szerzők szerint szoros összefüggésben áll az ikterus neonatorum néven ismert jelenséggel. Ugyanígy rendszerint erythrocytosissal találkozunk praemenstrualisan is, míg a gravidák esetében észlelhető magasabb v. vs.-szám ritkább jelenség. Izommunka, sportbeli teljesítmények után is gyakran észlelhetjük az erythrocytaszám néha jelentős növekedését.

Közismert a magaslati klimán jelentkező, therapiásan is kihasznált erythrocytosis, továbbá a repülőknek, léghajósoknak ugyancsak e csoportba tartozó magasabb v. vs.-száma.

Erythrocytosis *experimentalisan* is előidézhető, éspedig lépkiirtással, különböző mérgekkel és szervkivonatokkal, radioaktiv anyagokkal, mesterséges acidosis létesítésével (savitatás), Kuhn-féle szívóálarc használatával, a környező levegő oxygennyomásának csökkentésével (pneumatikus kamra), ezenkivül a kisérleti beavatkozások egész sorával.

A *pathologiás* tüneti erythrocytosis leggyakrabban előforduló és gyakorlatilag legjelentősebb esetei azok, melyek chronikus nehézlégzéses állapotokhoz csatlakoznak. Ilyenekkel találkozunk vitiumokban, éspedig inkább congenitális (morbus coeruleus), mint szerzett formákban; ugyanígy a tüdő légzőfelületének nagyobbmérvü csökkenése (emphysema, pneumothorax), a felső légutak különböző okokból létrejött szűkületei esetén, továbbá fulladásos állapotokban — általában olyankor, mikor a szervezet oxigenellátása külső vagy belső okok folytán tökéletlen. A v. vs.-ek megszaporodásának ilyen körülmények között compensáló jellege van: az erythrocyták ugyanis ilyenkor nem képesek a szövetek számára elegendő oxygent felvenni, egyrészt, mert a küllevegő oxygentartalma csökkent (magaslat stb.), illetőleg az egyébként normalis oxygentartalmú küllevegő nem tud kellő mennyiségben a v. vs.-ekhez jutni (felsőlégút-szükület stb.); másrészt mivel az egyes v. vs. oxygenfelvevőképessége csökkent (mérgezések), esetleg mert keringési zavarok következtében az erythrocyták és a szövetek közötti gázcsere zavart (vitium). Ilyen esetekben a keringésben levő v. vs.-ek szaporodása — ami egyértelmű a vér gázfelvevő felületének megnagyobbodásával — compensálja egészben vagy részben az oxygencsere zavarát. — Ugyancsak tüneti erythrocytosist találunk a már említett lépkiirtás esetében, továbbá a lépszövet kiterjedtebb pusztulásakor (tuberculosis); ezekben az esetekben talán hormonalis regulatiós zavarral állunk szemben. Inkább a pathogenesis, mint a gyakorlat szempontjából tarthatnak különösebb érdeklődésre számot a tüneti erythrocytosisok azon esetei, melyekkel gyomorfekély, illetőleg hyperaciditas egyes eseteiben találkozunk; egyesek szerint itt a gyomor Castle-féle vérképző factorának megszaporodása, más vélemény szerint az acidosis csontvelőt stimuláló hatása az oka a v. vs.-ek megszaporodásának. Átmenetileg hypernormalis v. vs.-számot találhatunk néha az anaemia perniciosa előstadiumában *(Weinberg)*, spontan vagy therapiásan előidézett remissiós periodusában, sőt egyes leukaemia-esetek javulási időszakában is („regenerativ erythrocytosisok").

A haemoglobinnak a tüneti erythrocytosisok során észlelt viselkedése nem szabályszerű. Nagy általánosságban azt mondhatjuk, hogy az esetek többségében, főként a hirtelen fellépő erythrocytosisok eseteiben, a haemoglobinszaporulat nem tart lépést az erythrocyták számbeli növekedésével és így a színindex csökken.

Bár az erythrocytosisoknak fentismertetett tüneti formái nem bírnak túlságosan nagy gyakorlati jelentőséggel, ismeretük már azért is szükséges, hogy megkülönböztethessük őket attól a sui generis kórképtől, amely *erythraemia* (polyglobulia; polycythaemia rubra vera) néven ismeretes. Ennek a betegségnek tünetei közismertek. A gyanut a vörös, sokszor cyanotikus bőrszín, a hyperaemiás nyálkahártyák keltik fel, melyet azután a haematologiai vizsgálat tesz bizonyossággá. Megjegyzendő, hogy a jellemző bőrszín nem minden esetben található meg s inkább a hypertoniával járó formák állandó kisérője. A v. vs.-szám emelkedése rendszerint nagyobb fokot ér el, mint a tüneti formákban: tízmillión felüli erythrocytaszám a gyakori leletek közé tartozik. A színindex itt is alacsony. A vérmennyiség többnyire megnövekedett (plethora). A csontvelő fehérvérsejt-képző része is többnyire hyperfunctiós állapotban van, amit az emelkedett leukocytaszám és fiatal alakok jelentkezése bizonyít s amely extrem esetben leukaemoid vérképet is létrehozhat („erythroleukaemia"). A thrombocytaszám is többnyire hypernormalis. A lép csupán az esetek egyrészében nagyobbodott meg; ezen az alapon meg szokás különböztetni az erythraemiáknak egy megalospleniás (Vaquez-typus) és egy nem megalospleniás, de hypertoniás (Gaisböck-typus) formáját. A két forma között azonban alapvető különbség nincs és ezért a fenti csoportosítás újabban mindinkább veszít jelentőségéből. Az objectiv tünetek közül említésre méltóak még a szíven és érrendszeren létrejött elváltozások, melyek a plethora, a fokozott vérviscositás és a hypertonia következményei, továbbá a vese laesiójára utaló jelenségek (albuminuria, cylindruria). Néha nyálkahártyavérzések, máskor viszont erythromelalgiás tünetek állanak a kórkép előterében.

Az erythraemia aetiologiájára vonatkozó ismereteink meglehetősen hézagosak. Az kétségtelen, hogy itt is, akár a myeloid leukaemia eseteiben, a vérképző csontvelő egyik rendszerének többé-kevésbé isolált hyperfunctiójával állunk szemben; de hogy ezt a hyperfunctiót mi tartja fenn, arra éppen olyan kevéssé tudunk határozott választ adni, mint a leukaemiás csontvelő hyperfunctiójának kérdésére. Az azonban kétségtelen, hogy az erythraemia emelkedett v. vs.-számát újonnan képzett erythrocyták létesítik, míg ugyanezt a tüneti erythrocytosisok nem minden esetében állíthatjuk. Tüneti erythrocytosisoknak ugyanis csupán egyes eseteit tételezhetjük fel, hogy az emelkedett erythrocytaszámot újonnan képzett és a keringésbe került sejtek okozzák; az esetek egy másik csoportjában alig vonható kétségbe, hogy valamely vérsejtreservoir (lép, stb.) hirtelen kiürülése a sejtszaporodás oka.

Ami a vörösvérűség *therapiáját* illeti, a rendelkezésünkre álló eszközök elég szegényesek. Tüneti erythrocytosisok eseteiben természetesen a causalis therapia, az erythrocytosist fenntartó ok lehető megszüntetése a választandó út, míg valódi erythraemiában tüneti kezelésre kényszerülünk. A tüneti kezelés a subjectiv panaszok lehető befolyásolása és a keringési insufficientia elleni küzdelem mellett elsősorban a pathologiás v. vs.-szám leszállítására irányul. Az erythrocytaszám leszállitása két úton érhető el: egyrészt a csontvelő-működés csökkentésével, másrészt a már keringésbe került v. vs.-ek pusztításával. Az első, a centralis útra legsikeresebben a csöves csontok rendszeres röntgenbesugárzása vezet és éppen ez a beavatkozás az, amely az erythraemia therapiájában a legjobb és legtartósabb eredményeket adja. Hasonló hatást tételezünk fel radioactiv anyagok, elsősorban a thorium X intravenás alkalmazásától, ennek a módszernek hatékonysága azonban többnyire messze a röntgenkezelés eredményei mögött marad. Ugyancsak — legalább részben — a csontvelőműködésre hatnak egyes mérgek, mint az arsen, a benzol, a phenylhydrazin, a toluilendiamin. Ezeknek a mérgeknek azonban — amelyek közül aránylag a phenylhydrazin került leggyakrabban alkalmazásra — egyrészt therapiás és toxikus adagja közel fekszik egymáshoz, másrészt a velük szemben mutatott tolerantia is esetenkint változik; éppen emiatt használatuk rendkivül óvatosságot igényel és alkalmazásuk csupán intézeti kezelés keretében engedhető meg. De még így is nem egyszer fordulnak elő túladagolások, melyek extrem esetben a csontvelő teljes pusztulását, panmyelophthisist menyezhetnek. Ezen kedvezőtlen tapasztalatok miatt a phenylhydrazin-csoport therapiás alkalmazása mindinkább háttérbe szorul.

Talán részben szintén a centralisan ható beavatkozások közé sorozhatjuk az oxygenbelélegzést, amely — szemben a csontvelőműködést stimuláló oxygenhiánnyal — az erythrocytaszám csökkenését képes előidézni. Könnyű keresztülvihetősége, tökéletesen veszélytelen volta és a vele elérhető kedvező eredmények széleskörű alkalmazását teszik indokolttá.

A már a keringésben levő erythrocyták számát csökkentő, tehát tisztán periferiás támadóponttal bíró beavatkozás a vérlebocsátás. Többszáz köbcentiméter vér megismételt lebocsátása a keringésben levő sejtek reductiója, a szív tehermentesítése révén lényeges — bár csupán átmeneti — könnyebbséget szerezhet a betegnek. Nem szabad azonban figyelmen kivül hagyni azt az anaemiákban nem egyszer látható jelenséget, hogy a csontvelő az elvesztett vérsejteket túlcompensálhatja, s így átmeneti javulás után a betegség tempója gyorsulhat. Végül megemlítjük, hogy a lép physiologiás vérsejtszám-reguláló hatásának ismeretében egyesek megpróbálták az erythraemia lépkezelését is; ámbár az eredmények meglehetősen szerények, egyes esetekben tagadhatatlanul sikerül friss vagy szárított lép, újabban lépkivonatok adagolásával a v. vs.-számot csökkenteni.

Az elsorolt therapiás beavatkozások azonban csupán átmeneti eredményeket igérnek; az ideig-óráig lecsökkentett erythrocytaszám újból emelkedésnek indul, nem egyszer az eredeti értéket messze túlhaladó, minden therapiás igyekezettel dacoló magasságot ér el és a betegségnek — bár sokszor évtizednyi lefolyás után — keringési insufficientia vagy intercurrens megbetegedés vet véget.

Detre László dr. főorvos.
v. egyet. tanársegéd.

„Arthritis deformans coxae", „Malum coxae senile".

Ezen hibás elnevezésekkel a csipőizületnek egyik gyakori megbetegedését szokták megjelölni, amely azonban semmikép nem nevezhető „arthritis"-nek, mert infectión alapuló gyulladáshoz semmi köze sincs és nem is „senile", mert nem az öregkorban, hanem az 50-es években jelentkezik.

E megbetegedés lényege: korai porckopás. A korai porckopásnak vannak praedispositiós alapjai és kiváltó okai; *a praedispositiós alapok* a következők:

1. *Az extrem typusú medencealak;* a medence ugyanis számos, későn összecsontosodó epiphysis-porca miatt igen érzékeny a korai és hibás megterheléssel szemben és a rachitis kórfolyamata is az epiphysis-porcokban zajlik le. *A lapos, rachitises medencén* az izvápa közelebb nyomult a középvonalhoz, tengelye előre néz, ürege sekély, a fejecset nem fogja körül tökéletesen, a combnyak coxa varaszerű. Ha a combfejecs merőlegesen állna be az ilyen izvápába, úgy a femur és ezzel az egész alsó végtag erősen befelé volna rotálva; mivel így járni nem lehet, az egyén a combot kifelé rotálja, ennek következtében a fejecsnek elülső és felső részlete articulatión kívül marad. A rachitikus ezen úgy igyekszik segíteni, hogy medencét előre hajlítja, azaz erős lumballordosist csinál, de ezzel az incongruentiát eltüntetni nem tudja *(Preiser)*.

Vannak azonban — veleszületetten — ellentétes értelemben extrem alakú, azaz túlságosan *meredek typusú medencék is,* ezeknek izvápa tengelye oldalfelé, sőt néha hátrafelé tolódott el, az izvápa ürege mély, a comb erősen kifelé rotált kényszertartásban van és a fejecsnek hátsó részlete marad articulatión kívül.

A medence dőlése is lehet extrem kicsiny, ez is lehet az izület incongruentiájának okozója.

2. *Az athleta-typusú constitutio,* szoros izületekkel, erős izomzattal; ezért főleg férfiak hajlamosak a csipőizület korai porckopására és az ezzel járó deformatióra.

Ezen praedispositiós alapokat kóros állapottá teszik bizonyos kiváltó okok: 1. *A helytelen kultúrszokásokkal* járó ártalmak, mint pl. az alsó végtag korai megterhelése, a lábaknak kifelé rotált tartása, a merev járástypus. 2. Az állandóan álló, ülő, hajlott testtartással járó foglalkozások, továbbá az apró rázkódtatásokkal járók is, mint pl. a vasutasoké, soffőröké. 3. *A csipőizület megterhelésének a normalistól eltérései,* ezt leggyakrabban a láb deformatiói adják, a pes cavus, a lúdtalp, — de elegendő már a láb relativ izomgyengesége is: az ezek által adott, minden egyes lépéskor bekövetkező tengelyeltolódás naponta ezerszer és ezerszer mikrotrauma gyanánt hat a csipőizületre. Ritkább okai a csipőizület incongruentiájának: a másik csipőizületnek vagy az articulatio sacroiliaca-nak megbetegedése, a törzsnek vagy az alsó végtag bármely részletének elváltozása, pl. a scoliosis, az alsó végtag rövidülése, stb.

Nem ritkán kisebb *traumát* említ a beteg, mint előidéző okot: ilyen esetekben a trauma rendszerint a már deformált izületet érte, ugyanis az osteophyta-felrakódásokkal körülvett izvápaperemek igen érzékenyek; az ilyen kisebb trauma lényegesen rosszabbíthatja az állapotot.

Az incongruentia következménye: a fejecsnek az articulatióból kieső részletén a porcfelszín kiszárad, felrostozódik, elpusztul; az izvápa peremein osteophyták rakódnak fel, úgyszintén a fejecs porchatárain is; a túlterhelt limbusok kifordulnak, megnyúlnak. *A megbetegedés helyes elnevezése volna tehát: arthrosis coxae trophostatica.*

A subjectív *tünetek:* fáradás, húzó fájdalom az izület környékén, pseudoischias, meralgia paraesthetica. Később: nyugalom után az izület merev, reggel nehéz felkelés, hosszas ülés után nehézkes felemelkedés. Az objectív tünetek közül legkorábban az abductio korlátozottsága észlelhető, majd a ki- és befelé rotatióé, legkésőbben a flexióé, ilyenkor már a lépcsőjárás is nehézkes.

A *röntgenologiai elváltozások* csak a későbbi stadiumban szembetünőek: ilyenkor észlelhető az izvápa felső peremének kifordulása, megnyulása, osteophyták felrakódása a peremeken és a fejecs-combnyak határán is; előrehaladottabb esetekben subchondralisan apró ritkulásos gócok keletkeznek úgy az izvápa, mint a fejecs csontszövetében, később ezekből öbölszerű kimaródások lesznek, az izületi felszínek egyenetlenné válnak; a fejecs lelapul vagy gombaformát vesz fel, végül a deformatio igen súlyos formát mutathat. Ezen súlyos eseteket szokták *„malum coxae senile"* névvel illetni, hibásan, mert nem az öregkor, hanem az ötvenes évek megbetegedése ez.

Kezelés: elsősorban a fent jelzett kiváltó okokat kell megszüntetni, pl. a kifelé rotált lábtartást, a felesleges álldogálást; a munkaközben szükséges testtartást lehetőleg változatossá kell tenni, a munkaszünetekben megfelelő frissítő tornamozdulatokat kell végeztetni. A leggyakoribb kiváltó okot: a lábdeformatiókat optimálisan kell korrigálni. Nagyon elősegíti a gyógyulást az izületnek protrahált langyos fürdőkben végzett rendszeres tornáztatása. Hatástalanok a salicyl és egyéb gyógyszerek, a kén- és parenterális fehérjeinjectiók, a rövidhullámú besugárzás; a röntgenbesugárzástól nem láttam lényeges javulást, maradandót egyszer sem. Nem jó hatású: az izület direct massage-a, forró iszap, erélyes diathermia.

Az „arthritis coxae deformans" kifejezést törölni kell a nomenklaturából, minthogy félreértésre adhat alkalmat és helytelen irányba terelheti a kezelést.

Fischer Ernő dr.
közkórházi főorvos

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

A hasi hagymáz kórisméje.

A hasihagymáz kórisméje sokszor még intézetben is nehéz, ahol az összes laboratoriumi segédeszközök rendelkezésre állanak, mennyivel nehezebb ez a gyakorlatban, ahol nem ritkán tisztán csak a betegágy mellett észlelhető tünetekre vagyunk utalva. A Székesfővárosi Szent László-kórházba beutalt hasihagymáz kórjelzéssel felvett 4814 felnőtt beteg közül 915 (19%), a 1512 gyermek közül 197 (13%) nem bizonyult typhusnak. Ellenben gastroenteritis volt 434, influenza 188, bronchopneumonia 67, malaria 59, tbc. pulm. 51, pneumonia croup. 48, exsud. parametr. 42, mening. bas. 31, sepsis 28, pleur. exs. 28, tbc. miliaris 27, dysenteria 25, endokarditis 24, polyarthr. ac. 79, pyelitis ac. 17, empy. thor. 12, peritonitis tbc. 12, perit. pur. 10, appendicitis ac. 8, lymphogranulomatosis 4, uraemia 4, endometritis ac. 3, anaemia pern. 2, leukaemia 2, koma diabet. 1, Bang-kór 1, polyserositis 1, intox. alim. 1, tons. follic. 1. Ezzel szemben hasihagymáznak bizonyult 233 influenzával, 77 dysenteriával, 8 appendicitissel, 2 malariával, 1 mening. bas.-al, s 1 enkephalitissel beutalt beteg. A diagnostikus tévedés tehát 21%-a a hasihagymáz anyagának, minek főoka abban van, hogy a beteget az első két betegségi hétben utalják be, de semmiféle laboratoriumi vizsgálat sem történik. Ha végig tekintünk a felsorolt megbetegedéseken, azonnal szembetűnik, hogy azokon három jellegzetes tünet vonul végig, ami a hasihagymáz kórképébe ugyan beleilleszkedik, de nincs döntő diagnostikus jelentősége. Ezek: 1. a magas láz, 2. a lépduzzanat, 3. a hasi panaszok, Még ha mind a három tünet is megvan, akkor is távol állunk a hasihagymáz biztos kórismétől, már pedig, ha végigtekintünk a fenti betegségsorozaton, azt látjuk, hogy több oly betegség van benne, mely csak egy tünetet foglal magában a hasihagymázra gyanúsak közül.

A jellegzetesen lefolyó és jellegzetes tüneteket mutató hagymáz diagnosisa igen könnyű, ámde vannak eltérések a jellegzetes alakoktól s ezért tisztán a betegágy mellett észlelt tünetekre alapitott kórisme az esetek egy részében téves. A hagymáznak nem kórismézett betegségek nagyrésze inkább enyhe alakban lefolyó typhus, míg a hagymáznak kórismézettek zöme, valamely más, legtöbbször súlyos megbetegedés. A tévedéssel akkor okozunk nagyobb hibát, ha a typhust nem kórismézzük, mert így egyrészt váratlanul érhetnek egyes életveszélyes szövődmények, másrészt a beteg a továbbfertőzés szempontjából közveszélyes, mivel semmiféle intézkedést sem foganatosítunk. Sőt a betegek egyrésze typhusbacillushordozó maradhat s fertőzi tovább gyanutlan embertársait, anélkül, hogy eme veszedelmes voltáról halvány sejtelme is volna. Hazánk az európai országok közt — sajnos — a hasihagymáz morbiditas szempontjából előkelő helyet foglal el. Ha minden typhus-gyanus esetet iparkodna a gyakorlóorvos felderíteni, úgy a lappangva, csökevényesen lefolyó ú. n. „zug-typhusok" nagyrésze kilépne a homályból, csökkenne az ismeretlen typhus-bacillushordozók száma, kiknek egyrésze oly foglalkozási ágban keresi kenyerét, hogy endemiák kiindulási forrásául szolgálhat. Ezeket nem akkor fedezné fel a hatósági-orvos, amikor már bajt okoztak, hanem még azelőtt kerülnének ellenőrzés alá. Mert akár a légy, akár a víz, akár élelmiszerek révén is terjednek a bacillusok, egy bizonyos, hogy napvilágra hozó forrásuk az ember, legtöbbször olyan egyén, aki maga sem tud erről. *Éppen ezért a hasihagymáz morbiditásunk és mortalitásunk csökkentői elsősorban a gyakorlóorvosok kell, hogy legyenek, kiknek legfontosabb feladata a betegség megállapítása,* hogy lehetőleg egyetlen gyanús eset sem maradjon felderítetlenül. A fenti számok csak azokat a tévedéseket mutatják, amelyek kórházban derültek ki, hiányzik azonban éppen azon kóresetek nagy száma, melyek annyira enyhe alakban zajlanak le, hogy kórházba sem kerülnek. Ezek nagy részét orvos nem is látja.

A typhus gyanúja fennáll minden olyan esetben, amikor többnapos középmagas lázak, vagy magas lázak eredete ismeretlen. Különösen gyanusak a nyáriőszi hasmenéses megbetegedések, ha lázzal járnak, de hasonlóképen a székrekedéssel járó, oly lázas betegségek, ahol az emésztőrendszer részéről rendellenes tünetek mutatkoznak, mint émelygés, hastáji panaszok, kereszttáji fájdalmak, bágyadtság stb. Szem előtt kell tartanunk, hogy a csökevényes typhusok nagyrésze tünetszegény, lázai sokszor alacsonyak, vagy ha magasak is, esetleg már az első betegségi héten végetérnek. A jellegzetes nyelv, roseola gyakran hiányzik, a lépduzzanat kimutatása, különösen hájas hasfalon keresztül igen nagy gyakorlatot igényel. Hiányozhat a relativ bradykardia is, különösen gyermekeken és nőkön. Máskor a lassú érverést nem értékelhetjük, mert a láz alacsony. Tehát sokszor kerülünk abba a helyzetbe, hogy csak egy typhusra gyanús tünetet fedezünk fel, két vagy több tünet már kedvezőbb, de nem feltétlenül meggyőző a kórisme szempontjából. Miután a jellegzetes tünetek éppen a csökevényes esetekben sokszor egyáltalán nem jelentkeznek, oly vizsgálatokhoz kell fordulnunk, amelyek biztosítanak arról, hogy tényleg hasihagymázzal állunk-e szemben, avagy sem. Ezek a laboratoriumi vizsgálatok, melyeket minden gyanús esetben el kell végeznünk. Ma már rendelkezésre állanak a megfelelő intézetek és a vizsgálati anyag szállítása nem körülményes.

1. *A vérkép* vizsgálata olykor jellegzetes hasihagymázra, annak ellenére, hogy a klinikai tünetek nem azok. Azonban positiv lelet esetén is csak megerősithetik, de el nem dönthetik a kórismét, míg negativ lelet nem szól hasihagymáz ellen.

Az akme-szakban szövődmény-mentes esetekben a fehérvérsejtszám 5,000 alatt van 47.9%, 10.000 felett 5.8%-ban. A lymphocytaszázalék csak 70.7%-ban van 30% felett, míg eosinophil sejtek (½—2%) előfordulása 2.7%. Tehát a vérképben nagy százalékban csalódhatunk.

2. *A vér bakteriologiai vizsgálata,* ha positiv, döntő diagnostikus fontosságú, negativ lelet nem zárja ki a hasihagymáz kórisméjét (50%). Leggyakrabban kapunk positiv leletet a lázas szak I. hete végén, II-ik hete elején, de éppen a csökevényes esetekben hagy cserben e vizsgálat, mert legtöbbször negativ. Ha a láz sokáig tart, ne elégedjünk meg egyszeri vizsgálattal, mert később positiv leletet kaphatunk.

3. *A széklet bakteriologiai vizsgálata,* ha typhusra gyanus esetben positiv, döntő lehet, de nem szabad elfelednünk, hogy a vizsgált egyén lehet bacillushordozó is, és jelen lázainak oka más megbetegedés. Éppen ezért minden esetben el kell végeznünk a

4. *Widal-próbát,* melynek célszerű igénybevétele csak 1% tévedéssel jár, míg 99%-ban döntő jelentőségű. Ugyanis vizsgálataink, melyeket sorozatosan végeztünk,

hetenként megismételve a próbát, azt mutatják, hogy hasihagymáz esetén, legyen az enyhe vagy toxikus, már a betegség I. hetének végén positiv (1:200 felett) 95%ban, de a III. hét végére 99%-a positiv, legtöbbször magas (1/400 feletti) titerben. Egyetlen vizsgálat egymagában csak akkor döntő jelentőségű, ha titere magas, legalább 1/1600. Alacsonyabb titerek (1/100—1/200) találhatók azokon, kik valamikor kiállották a typhust, s jóllehet ezeken bármely eredetű lázas állapottal a titerérték növekedése is járhat, az 1/800 higítást jóformán sohasem halad meg. Ezért ajánlatos, sőt *szükséges két próba végzése, egy a betegség gyanuja esetén, a másik kb. két hét mulva,* még akkor is, ha betegünk közben meggyógyult A typhusban ugyanis fajlagos agglutininek jelennek meg, s a Widal-próba érzékelteti azok szaporodását, mely a hasihagymázra jellemző. Ha tehát az első próba negativ volt, a második magas titerben (itt 1/200 is elég) positiv, úgy a kórisme typhus, valamint akkor is, ha a titer fokozatos emelkedését látjuk. (Pl. 1/100—1/800, vagy 1/200—1/1600). Ezzel az eljárással hasihagymáz nem maradhat rejtve az orvos elől. Az I. hét végén 95.6%, a II. hét végén 98.5%-ban positiv a Widal. A legmagasabb titerét (ugyanazon a betegen) eléri a II. héten 21.7%, III-n 33.6%, szóval a III. hét végére a betegek igen magas titert mutatnak 57.4%-ban, amely legmagasabb titer az esetek 61%-ban 1/3200 felett van.

A vér vizsgálata (sero-, bakteriologiai) tehát oly segitőeszköz a gyakorlóorvos kezében, melyet hasihagymáz-gyanus esetekben elmulasztani szinte *műhibának* számít, mert nemcsak a betegnek, de környezetének is nagy kárára lehetünk.

Peleskei Lajos dr.
v. közkórházi adjunctus.

Gümőkórosok gyomorpanaszai.

Régi klinikusok is megfigyelték, hogy vannak olyan betegségek, amelyek gyakran járnak együtt és ezeket *Pflaunder* újabban syntropiásoknak nevezte el, szemben azokkal a megbetegedésekkel, amelyeknek együttes előfordulása ritka és amelyeket ezért dystropiás betegségeknek jelölt meg. Természetesen nem könnyű eldönteni, hogy mely betegségek azok, amelyek többször fordulnak elő együtt, mert az eldöntéshez igen nagy anyag megfigyelése szükséges. Igy eldöntetlen még ma is az a kérdés, vajjon a gyomorfekély gyakran jár-e együtt tuberculosissal. Egyes kórboncnokok a gyomorfekély mellett kb. 10%-ban tudtak kimutatni a boncolások alkalmával tuberculosist. Bécsi kutatók szerint ez az együttes előfordulás abban találja magyarázatát, hogy a vagus törzse s ennek az idegnek elágazódásai a mediastinumban lefolyó különböző tuberculosis folyamatokba mintegy belevonatnak s emiatt idegkörüli gyulladások jönnek létre s ezek vezetnének reflectorikus úton gyomorfekélyhez. Nagyon nehéz ezt bebizonyítani, az azonban kétségtelen, hogy azoknak az eseteknek túlnyomó nagy részében, amelyekben gyomorfekély tüdőgümőkórral együtt fordul elő, a tüdő megbetegedése jóindulatú. E betegek kórtörténetében az ismétlődő mellhártyagyulladások, klinikai leletükben pedig ezek maradványai nagyon gyakoriak. A röntgenkép is a kisebb-nagyobb kiterjedésű régi zsugorodásos gümőkór képe, néha feltűnően nagy meszes hilusmirigyeket látunk és csak igen ritkán találunk ulcussal kapcsolatban súlyos, előhaladt tuberculosist. Az ulcus röntgen-tünetei az occult vérzés, a fájdalmak időszakossága ezekben az esetekben épp úgy kimutatható, mint azokban, akiknek nincs tuberculosisuk és a kórbonctani kép sem más, mert a tuberculosus szöveti szerkezettel bíró gyomorfekély nagy ritkaság. Ritka a pylorus-szűkületnek az a lappangva kifejlődő formája is, amelyet Patella-betegségnek hívnak és amelyben a hashártyán vagy a szomszéd nyirokmirigyekben gümős elváltozásokat még ki lehet mutatni.

Sokkal gyakoriabbak azonban tuberculosisban a gyomorfekélyszerű panaszok, s ezek adtak éppen támpontot annak felvételére, hogy a tuberculosis gyakran jár együtt gyomorfekéllyel. Ezekben az esetekben azonban sem a gyomorfekély felvételét alátámasztó röntgenelváltozásokat nem lehetett megtalálni, sem a kórboncnokok nem tudták a fekélyt kimutatni. Klinikailag az is igen jellemző, hogy ezek az ulcusszerű panaszok, szemben a gümőkórosokban előforduló valódi ulcusokkal hyperaciditással járnak együtt, míg éppen a gümőkórosok valódi gyomorfekélyei esetén sósav-hiányt, vagy legalább is csekély sósavmennyiséget találunk. Épp e sósavhiány magyarázza meg, hogy a gümőkórosok igazi ulcusai nem járnak olyan nagy fájdalmakkal, mint amilyenekről, különösen az epigastriumban, a középvonalban, panaszkodnak a „pseudoulcusok" eseteiben. Még az is feltűnő, hogy fiatal nőkön ezek az ulcusszerű panaszok a progrediáló tüdőelváltozások kezdetén észlelhetők, gyakran kíséri őket makacs étvágytalanság és evés utáni elájulás. Éppen ezért, mert a panaszok előterében a gyomor van, a háttérben pedig sok idegesnek tartott tünet, a gyakorlatban ilyenkor sokszor nem gondolnak tuberculosisra, holott *Jaksch* már 1844-ben megírta, hogy fiatal leányok kezdődő tuberculosisát könnyen össze lehet téveszteni „gyomorfekéllyel". A tüdő gondos megvizsgálása ilyenkor elég gyakran mutatja a korai infiltratum képét, de még gyakrabban találunk haematogen-lymphogen szóródásokat. Természetesen találkozunk ulcusszerű panaszokkal, régebben fennálló jóindulatú tüdőtuberculosissal kapcsolatban is. Különösen a baloldali tbc-s pleuritisek okoznak a rekeszen keresztül terjedve másodlagos módon perigastritist és emiatt gyomorpanaszokat. A gümős perigastritis létrejöhet persze más okból is, így lehet egy plastikus hashártyagyulladás részjelensége, de előidézhetik a mesocolonban, vagy a kis csepleszen ülő mirigyek is.

A tüdő röntgenképében régi zsugorodó tuberculosisok, lebenyközti mellhártyagyulladások utáni callusok igen gyakoriak ezekkel a panaszokkal kapcsolatban. Ezekre a panaszokra rendszerint jellemző, hogy nem függnek sem az étkezésektől, sem az igazi ulcussal kapcsolatos panaszoktól. Szabálytalan időközökben, az étkezésektől függetlenül érzik a betegek fájdalmaikat és ezek nem is mutatják azt a periodicitást, amely a gyomorfekélyre annyira jellemző. A gyomorfekélyeket rendszerint kedvezően befolyásoló étrenddel sem javíthatók a gümőkórosak ulcusszerű panaszai, sőt gyakran éppen ezek a jóindulatú tuberculosisban, panaszaik miatt, valóban szenvedő betegek, akiken a vegetatív idegrendszer functiós zavarai is sokszor kimutathatók, a tej iránt, de zsírral szemben is különösen érzékenyek. Ezek a functiós zavarok rendszerint urticariákban, erős kipirulással váltakozó feltűnő sápadtságban, félodali izzadásban, váltakozó anisokoriában nyilvánulnak meg. Ezekben az esetekben rendszerint hyperaciditást lehet kimutatni. Nem ritkák azonban éppen ezeken a betegeken a gyomornedv kiválasztásában időszakonként észlelhető változások sem. Sósavtúltengés váltakozik a sósav csökkenésével, székrekedés hasmenéssel, amely hasmenések gyakran a colica mucosa jellegével bírnak, s az általános neuropathiás constitutio a vele együttjáró gyomor- és bélsüllyedéssel

valóban jellemzi ezeket a betegeket. Nem nagy kiterjedésű, régi és Koch-negatív tüdőtuberculosisokkal kapcsolatban, ha hasmenések jelentkeznek és a gyakorló orvos már hajlandó felvenni a béltuberculosis súlyos diagnosisát, célszerű lesz sokszor a prognosisbeli tévedések elkerülése végett erre a kórképre is gondolni. Ezeken a neuropathiás betegeken, különösen a 40. év körül, amikor talán már arteriosklerosis is kapcsolódik a tüdőelváltozásokhoz, nem ritka az ú. n. gastrokardialis tünetcsoport. A panaszok főleg felfúvódásban, gyomortáji fájdalomban nyilvánulnak meg egyrészt, szívdobogásban, extrasystolés rhythmuszavarban és szívtáji fájdalmakban másrészt. Ezek a panaszok baloldali rekeszideg-műtéttel kapcsolatban elég gyakoriak, de enélkül sem ritkák.

Régebben, szinte szabályként állították fel, hogy a tuberculosis kezdetben sósavtúltengéssel, később sósavhiánnyal jár együtt. Ha ez, amint fentebb is láttuk, szabályként nem is állítható fel, az kétségtelen, hogy súlyosabb, kiterjedtebb tüdőtuberculosissal kapcsolatban a gyomor-sósav csökkenése, a hypaciditas és az achylia gastrica igen gyakori. Ezekben az esetekben ritkábban van kifejezett gyomorfájdalom, sokkal gyakoribb ilyenkor a rendkívül feltűnő és makacs étvágytalanság. A teltség, a puffadás érzése az, amelyről a betegek ilyenkor panaszkodnak és természetsen elég gyakoriak a hasmenések, anélkül, hogy mindig béltuberculosis lenne jelen. Ilyenkor néha gyomorvérzéseket is látunk fekély nélkül, valószínűleg a tuberculosis okozta venás pangás miatt.

Ami a gümőkórosok gyomorpanaszainak gyógykezelését illeti, magától értetődő, hogy valódi gyomorfekély esetén lényegileg ugyanazok a szabályok mérvadók, mintha nem volna tuberculosis. Természetesen igyekeznünk kell mielőbb, minél caloriadúsabb táplálékot adni s a műtéti javallat felállításában legyünk rendkívül óvatosak. Rendszerint nincs szükség a műtétre, mert az ilyen esetekben legtöbbször fennforgó és összenövésekhez vezető, körülírt hashártyagyulladás az átfúródás veszélyét nagyon lecsökkenti. Azokban az esetekben, ahol a fekély nincs, ott ne töltsük feleslegesen az időt a különböző ulcus étrendeknek a betegekre rákényszerítésével, mert ezek a betegek erre semmit sem javulnak, sőt a tejet igen roszszul türik, azonban szerencsésen jól tűrik a tejes ételeket és így hízókúrájukba a tejes ételek jól beilleszthetők. Ahol sósav túltengés van, ott főleg sok vajat iktassunk be az étrendbe, néha igen jó szolgálatot tesz a főétkezések előtt adott 2 lágytojás sárgája, étkezés után pedig egy evőkanálnyi finom olaj. A hizókúra mellett igen fontos a szigorúan keresztül vitt fekvőkúra, ezek a betegek 2—3 órát feküdjenek délelőtt és ugyanannyit délután. Belsőleg sokszor a legjobban hatnak a vaspilulák, arsen nélkül. Például:

Chinini sulf.	1.5
Ferr. reduct.	5.0
Rad. Gent. pulv.	0.5
Extr. Gent.	2.5

Pil. 50, naponta 3×2 pilulát.

Azokban az esetekben, ahol a beteg állandóan orvosi ellenőrzés alatt áll és ahol nem mutathatók ki hevenyfolyamatok, (korai infiltratumok, vagy friss szóródások) de inkább régi folyamatok maradványai vannak jelen s a gyomorpanaszok kifejezettek, sokszor igen jó eredményeket lehet elérni tuberkulin kúrával. Én legjobban szeretem ilyenkor vagy a Rosenbach tuberkulint adni, amelyet 1/100-ad milligrammal kezdek el, azaz a negyedik hígítás 1/10-ed ccm-ével vagy a Koch-féle bacillus emulsiót használom, amelyet 1/1000-ed milligrammal vagyis az ötödik hígítás 1/10-ed ccm-ével kezdek meg. Lassan, óvatosan haladok fel, kikémlelve a kifejezett reactiókat, ha kell, megismételve az adagokat, lehetőleg a törzsoldat 1 ccm-éig. Olyankor, midőn gyomorbél süllyedés van előtérben és gyakori a hyperaciditas váltakozása sósavhiánnyal, székrekedés váltakozása hasmenéssel, nagyon fontos a táplálék fehérjetartalmának csökkentése. Ezek a betegek a húst rosszul tűrik. A táplálék caloriadús legyen és ezért főleg tésztákkal pótoljuk a fehérjecsökkentéssel előálló caloriahiányt. Ha a sósav-hiányban szenvedőknek a fekvőkúra, a hizlalás és különösen sokszor a vasnak és tuberkulinnak adagolása ugyanolyan jó szolgálatot tesz is, mint savtúltengés esetén, természetes, hogy ezekben az esetekben elsősorban sósavat kell adnunk. Ne takarékoskodjunk a sósavval, hanem adjunk a főétkezések előtt, tehát naponta háromszor 10 csepp híg sósavat és a főétkezések után 15—20 cseppet. Sokszor jobban tűrik a betegek a savat, ha nem vízben, hanem meleg teában adjuk. Meg kell azonban jegyezni, hogy amint néha kifejezett gyomorégés esetén, ahol a sósavtartalom csökkent, a sósav igen jó szolgálatokat tehet, épp úgy vannak olyan achylia-formák, amelyekben sósavat nem tudunk adni, mert az nagy fájdalmat okoz. Ilyenkor rendesen nyákos gyomorhurut okozza a túlérzékenységet. Jó hatású sokszor: pancreon 3.0, calcium carbonicum, bismuth subnitr. aa 7.5, menthol 0.5 3-szor naponta egy kávéskanállal. Máskor, különösen akkor, ha a beteg felböfögésről, flatulentiáról panaszkodik, jobb az állati szén, vagy a magnesiumhyperoxid, sőt néha a szódabicarbona is kávéskanalankint. Mint a szóda, úgy paradox módon régi gümőkórosok hypacid gyomorhurutjaiban nagyon jó hatású kis pohár karlsbadi víz is, reggel étkezés előtt. A karlsbadi víz alkalikus s valószínű, hogy ilyenkor „kevés sósav jelenlétében szénsav fejlődik ki, amely mint erős nyálkahártyainger hat", s ezért látunk adagolására jó eredményeket. Jól hat sokszor a magyar glaubersós Mira-víz, amelyből 3 decit adjunk. Ezt melegen igya a beteg. Az étrendben igen fontos, hogy szívós, rostos húsféléket ne adjunk, hanem inkább vagdalthusokat. A főzeléket és a burgonyát pépes formában adjuk, sok szénhydratot kapjon a beteg s disznózsír helyett vajjal főzzünk. A mi viszonyaink mellett fontos kiemelni, hogy a kolbász-hurka-félék tilosak. Ezek a betegek a hideg vacsorákat rosszul tűrik és ha nem akarunk húst adni vacsorára, adjunk meleg tésztákat, makarónit, rizses ételeket, felfújtakat. A hypacid betegek rendesen roszszul tűrik a tojást, úgy, hogy ilyenkor a szokásos főzelék — tükörtojásos vacsora nem jó. A sósav túltengésben szenvedőkkel szemben, viszont jól tűrik a tejet. Achyliásoknak célszerű az étkezések mellé kis pohár bort adni, amely mint étvágyjavító is ilyenkor étkezés előtt adva, legtöbbször sokkal jobban hat, mint a sokszor sablonosan felírt „keserűcseppek". Az étvágytalanság gyakori panasza még a láztalan gümőkórosoknak is és ennek leküzdésére legjobb a fekvőkúra, a napi gondok kikapcsolása. Ha főleg lelki okokból nem tudjuk mellőzni a gyógyszereket, akkor adjunk strychnin-befecskendezéseket vagy az újabban ajánlott 1%-os karbol-oldatból naponta 1 ccm-t bőr alá, ami néha igen jól hat. Ahol az étvágyjavítás mellett nagy fájdalmakat kell csillapítani, olyan sósavhiányban, amelyet nem tudunk sem sósavval, sem pankrinnal befolyásolni, sokszor jó szolgálatot tesz pepsin orthoform aa 0.2 ext. condur. fluid gm *100.0*. MDS. 3x20 cseppet étkezés után. Súlyosabb tüdőbetegek gyakori panasza a hányás. Ezt rendszerint köhögés váltja ki,ritkábban jelentkezik enélkül, de ilyenkor mindig reggel. Sokszor jó ellene tinc. jodi, chloroformii aa 5 g reggel és este 5 csepp vízben, étkezés közben. Ismét máskor 0.3 anaesthesin 0.01 dioninnal, amelyhez 0.02 luminalt tehetünk, hat jól. A tüdőbetegek gyomorpanaszainak sokfélesége gyak-

ran nagy próbára teszi az orvost és türelmét. De ha egyénileg kezelünk minden ilyen panaszt, sokszor meglepő eredményeket érhetünk el. *Gáli Géza dr.*
igazgató-főorvos.

Ritkább gazdasági sérülések.

A földműves emberek gazdasági sérüléseit két csoportba lehet osztani. Az elsőbe sorolnám azokat a sérüléseket, amelyeket saját szúró-vágó, földmegmunkáló eszközeikkel hoznak létre magukon avagy munkatársukon, a második csoportba pedig azokat, amelyeket a segitségükre levő háziállatok okoznak. A mezőgazdasági gépeket az előző csoportba sorolom. A sértő eszközök közül, melyek a ház körül találhatók, a legveszedelmesebbnek mondható a kasza, melynek pengéje körülbelül egy méter hosszú s ha jól rendben van tartva, olyan éles, mint a borotva.

A földmunkás leakasztja a mestergerendáról a kaszát, beteszi vagy sokszor csak úgy bedobja a saroglyába s így megy ki a mezőre napi munkáját elvégezni. Természetesen az a helyes, ha a kaszát úgy helyezi el a kocsin, hogy kizárja a sérülésnek még a lehetőségét is. A nyelét a kocsiba tegye, a pengéjét pedig a saroglyában az élével lefelé helyezze el. Egyszerűen behajítani a kaszát a kocsiba a legnagyobb gondatlanság s az ilyen ember könnyen az életével játszik. Egy ilyen kaszasérülés esetet kívánok elmondani, hol csak a szerencsés véletlen mentette meg a beteg életét.

M. J. 32 éves földműves korán reggel szekéren elindult a mezőre. Kaszáját bedobta a kocsiderékba. Annak hegye felfelé és előre állott. A lovak nagyot rántottak a kocsin, ő hanyatesett a kocsiderékba s az ott felfelé elhelyezett kasza hátul belefúródott a nyakába úgy, hogy a hegye a szájában állott meg. A kaszát a felesége húzta ki a nyakából, ami után nyakán és száján dült a vér. Azonnal orvoshoz vitték, ki a sebet bekötözte, a vérvesztés pótlására konyhasós oldatot adott a bőre alá s az erős köhögésinger csillapitására cseppeket rendelt. A sérülés utáni napon, mikor a vérzés megszünt, szállították kórházba. Orvosa bemondása szerint, aki a beteget otthon kezelte, körülbelül két liter vért vesztett.

Felvételkor a beteg bőre kissé fakó. Látható nyálkahártyái halvány fehéres rózsaszinüek. Pulsus 120. Temperatura 36.8. A jobb arc és nyakfél a túloldalinak kétszeresére dagadt. A vertebra prominenstől, a jobb oldal felé nyolc centiméternyire, vele egy magasságban a trapezius izom széle felett egy elülről fentről le és hátrafelé haladó három centiméter hosszú, kissé zegzugos szélü, két centiméternyire tátongó lágyrész folytonossághiány ül, melyből kékes vörös, híg folyadék szivárog. A szájba benézve, jobb oldalt az alsó molarisoktól hátrafelé három centiméterrel egy előre hátrafelé és lefelé haladó, négy centiméter hosszú nyálkahártya folytonossághiányt látunk, melynek a szájbemenet felöli része sáncszerűen kiemelkedik és a hátsó sebszélt teljesen eltakarja. Ezen sebtől előre a jobb pofa nyálkahártyáján négy centiméternyire egy-egy centiméter hosszú, két millimeternyire tátongó nyálkahártya anyaghiány van, mellyel szemben a pofa bőrén elváltozást már nem találtunk.

A kasza a fentiek szerint minden bizonnyal keresztülhaladt azon a területen, melyet a nagy erek foglalnak el s talán a vena jugularis interna kisebb sérülése jött csak létre, melyet a szövetek közé történő bevérzés fokozatosan tamponált.

Tekintettel a várható utóvérzésre, a beteget teljes nyugalomba helyeztük. Fájdalmak és köhögési inger csillapitására, melyet valószinüleg az apicalis pleura vérömleny által létrejött nyomása okozott, morphin injectiókat kap s a végbélen keresztül tápláltuk. A nyak napról-napra kékesen, zöldesen, majd sárgásan elszineződött, a daganat csökkent, negyedik napon a lassú mozgást megengedjük és per os adtunk folyadékot. Három hét alatt a vérömleny úgyszólván teljesen felszívódott.

A háziállatok által létrehozott sérülések közül a leggyakoriabbaknak mondhatók a lórugások különböző fajai. Ritkábbak a bikák s az apróbb állatok által létrehozott sérülések. Ezen sérülések is a legtöbbször akkor jönnek létre, ha valaki idegen állattal jön összeköttetésbe, mert az illető nem ismeri az állat szokásait. A legritkább eset az, hogy valakit a saját állatja sebezzen meg.

52 éves földmüves esetét kivánom elmondani, aki 1935. május 13-án tehenet fedeztetett. Fedeztetés után a bikát az állásba hajtották. Ekkor a bika feldühödött, nekifordult és elkezdte őt szarvával döfködni. Az egyik döféssel a bika szarva belefúródott a jobboldali lágyékhajlat alatt a combjába és azt felhasította. Azonnal erös ütőeres vérzés indult meg, mellyel beszaladt a lakásba. Mire beért, annyi vért veszitett, hogy elájult. Azonnal orvost hivtak, aki sebét összevarrta. Ekkorra már a vérzés úgyszólván teljesen megszünt. Az orvos bemondása szerint a sérült kb. két liter vért veszithetett. Három nap mulva vették észre, hogy ez oldali lábszára hideg, duzzadni kezd és vörös foltok jelentkeznek rajta. A duzzanat fokozódott és a vörös foltok továbbterjedtek, a láb továbbra is hideg maradt s érzéketlenné vált. Erre ismét orvosért küldtek, aki azonnal kórházba szállíttatta. Beszállításkor a beteg hőmérséklete 38.8, pulsus 120. Mellkasi szervek épek, hasban semmi kóros. A jobb alszár majdnem a térdkalács magasságáig szürkéskékesen elszinezödött, hideg, tapintás és höérzése egyáltalán nincs ezen a területen. A térd felett a belső oldalon két férfitenyérnyi területen hasonló elváltozás található, a Poupart-szalag alatt kivülről felülről lefelé befelé haladó 20 centiméter hosszú félköralakú, kissé zegzugos szélü varrattal egyesített seb van, mely körül a comb a túloldalinak körülbelül másfélszeresére duzzadt, fájdalmas. Tekintettel az alszár kétségtelen elhalására, a comb phlegmonés beszürödésére, a septikus tünetekre és arra, hogy a nagy erek lefutása mentén pulsatiót sehol nem tapintottunk, az arteria femoralis átszakadását tételezve fel, életmentés céljából azonnali mütétre határoztuk magunkat. Május hó 8-án este 8 órakor amputatio, egy héttel a sérülés után. Aethernarkosisban a varratokkal egyesitett mütéti sebet szétfejtettük, amikor kitünt, hogy a canalis adductorius táját három deciliternyi kékes, elég higan folyó vér töltötte ki. A vérömleny kitakarítása után a börsebet fel és lefelé meghosszabbitottuk és felkerestük a Poupart-szalag alatt kilépő képleteket, amikor kitünt, hogy úgy a nervus, mint az arteria és a vena femoralis is át lett szakítva a sérüléskor. A vena összeesett, az arteriát pedig egy három centiméternyi alvadéktömeg tapasztja be, mely az érlökéssel synchron, erös pulsáló mozgásokat végez. Az erek lekötése után a börsebet szükitettük. Ezután a comb alsó és középsö harmada határán egyszakaszos amputatiót végeztünk. A sebeket jodoform gazeval tamponáltuk, a fennálló gyulladásos elváltozások miatt.

Esetünk érdekességét az adja meg, hogy a combverőeret átszakító sérülés ellenére nem vérzett el a beteg, amit talán azzal lehetne magyarázni, hogy az ér a sérüléssel kapcsolatosan erősen zúzódott, ami kedvező vérlavadási körülményeket hozott létre s ezáltal mentette meg a sérültet az elvérzéstől. *Laczay Antal dr.*
műtőorvos.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: B. M. dr. 14 éves kisleány forró vízbe esés folytán bal kezén égési sebeket szenvedett. Az égés a tenyéren heggel gyógyult, mely karomállásban összezsugorította az ujjakat. A heg kimetszése után plastikát végeztek, mely nem hozta meg a kivánt eredményt, úgy, hogy kb. 20—25% rokkantság maradt vissza. A kisleány hozzátartozói kártéritést követelnek az első gyógykezelő orvostól, azért mert az a kezeléskor sinkötést, vagy egyéb nyújtó kötést nem alkalmazott, mellyel a zsugorodás ellen akkor frissen eljárt volna. Valóban mulasztás volt-e a nyujtókötés mellözése? Ha igen, ezért kártéritési felelősséggel tartozik-e?

Felelet: Súlyos égési sebek után, ha ezek a mélyebb lágyrészeket, bönyéket, inakat stb elroncsolják, contracturák bekövetkezhetnek kifogástalan kezelés ellenére is. Sin vagy nyújtókötés korai alkalmazásával a contracturának biztosan elejét venni nem lehet, mert a hegek zsugorodása lassú folyamat, mely a sebgyógyulás teljes befejezése után még hosszú idővel is bekövetkezhetik és kóros állásba hozhatja a sebgyógyulás alatt és után még látszólag jó állásban levő ujjakat. A sin, illetve nyújtókötés kétélü fegyver is lehet, mert nyújtott helyzetben merevítheti meg az ujjakat, ami a kéz használhatósága szempontjából még rosszabb állapotot jelent. Bár nem ismerjük az eset részleteit, mégis valószinünek látszik, hogy itt a tenyér mélyreterjedő harmadfokú égéséről lehetett szó, mely esetben, ha a kezelés egyébként szabályszerüen történt, fentiek szerint a nyújtó kötés mellözése egymagában mulasztásnak nem tekinthető s így kártéritési kötelezettséget sem vonhat maga után. *Milkó* prof.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

Étrendi előírások rheumás betegek részére.

Az ú. n. rheumás betegségek első nagy csoportjába tartoznak a *heveny gyulladás*-sal járó izületi folyamatok, melyek legtöbbször ismeretlen kórokozó által okozott allergiás színezetű megbetegedései a mesenchyma rendszernek. Ezen heveny izületi betegségek a betegélelmezés szempontjából alig különböznek más acut lázas betegségtől. A fősúlyt az emésztőrendszer és anyagcsere kíméletére s a felszívódás után a szövetekre izgatólag ható anyagok távoltartására kell helyeznünk. Erre szolgálnak a *folyékony, a pépes és a könnyű vegyes kímélő étrendek*. Ha a heveny gyulladás bőséges exsudatióval társul (arthritis exsudativa, hydrops articulorum intermittens, bursitis seu tendovaginitis acuta) úgy a kímélő diaetákban *a só- és folyadékszegénységnek* is érvényesülni kell a felszívódás elősegítésére. A heveny izületi betegségek hosszas lefolyása gyakran vezet a betegek nagyfokú lesoványodásához, ami a tartós láznak, csökkent étvágynak és a mozgás teljes hiányának a következménye. Ez ellen *hízlaló typusú étrendekkel* és az ételek ízletes és változatos elkészítésével kell küzdenünk.

A lesoványodás azonban nemcsak a heveny izületi betegségek kísérő tünete lehet, de igen gyakran találkozunk vele úgy a secundaer, mint a primaer chronikus arthritisekben, valamint a degenerativ arthrosisokban is. A lesoványodás nem egyszer súlyos *kachexiáig* fokozódhat, úgyhogy a tulajdonképeni rheuma-therapia elsősorban élelmezési problémává válik. Ez a nagyfokú testi leromlás csak ritkán áll a kórfolyamattal vagy a beteg constitutiójával oki összefüggésben, legtöbbször a hibás tanácsokon vagy előítéleteken alapuló *helytelen élelmezés* következménye. Sok rheumás beteg *rendetlenül* étkezik, különböző „diaetákkal" kísérletezik, az étkezések időbeli rendjét elhanyagolja és túlzásokra ragadtatja magát. Máskor viszont *észszerűtlenség* jellemzi az ételeknek úgy mennyiségi, mint minőségi összeállítását, ami végeredményben vagy *elégtelen*, vagy *tökéletlen táplálkozáshoz* vezet. Az elégtelen táplálkozásnak leggyakoribb oka a fehérjéknek hosszú időn át történő megvonása vagy legalább is a fehérje-minimum alá redukálása a „húgysavtól való félelem" miatt. Amennyire komoly szerepet játszik köszvényben a hyperuricaemia, annyira bizonytalan alapon nyugszik a húgysavnak a rheumás betegségekre gyakorolt befolyása. Majdnem egyedül áll az irodalomban *Benczur* azon felfogásával, hogy a rheumás betegek jelentékeny részén kimutatható a húgysavretentio, mert már *Lindeman* csak egész kivételes esetekben talált elhúzódó húgysavkiürülést, *Köplin* és *Freund* pedig egyenesen tagadják, hogy a rheumás betegségek húgysavanomáliával járnának. Ha tehát fel is vehetjük, hogy rheumában is előfordulhat a *húgysavanyagcserének* valamelyes *zavara*, annak általánosítása semmiesetre sem jogosult, aminek viszont betegélelmezés szempontjából nagy fontossága van. Nem indokolt tehát a fehérje-megvonás, de még a megszorítás sem olyan esetekben, ahol a laboratoriumi vizsgálatok a húgysavanyagcsere épségét igazolják s csak ott kell mérlegelnünk ennek szükségességét, ahol tényleg retentio áll fenn vagy legalább is a kiürülésben mutatkoznak zavarok. Ilyenkor sem lesz azonban állandó fehérjemegvonásra szükségünk, hanem csak *purinszegény étrendre*, melyben a nucleinben gazdag élelmiszereket, mint amilyen a borjúmirigy, borjúrózsa, szardinia, szardella, ajókahal, máj, vese, velő, sós hering, marhahús, vadhús, szárnyas, nyelv, tüdő, lencse, sárgaborsó, fehérbab, zödborsó, paraj, húsleves, gombák, kelvirág, kalarábé, kelbimbó, fejes saláta, spárga, feketekávé és cacao megvonjuk vagy megfelelően reducáljuk és emellett napi 100—120 g hússal és néhány tojással a fehérje-egyensúlyt biztosítjuk. Bőven adunk viszont zsírokat, olajokat, édességeket és gyümölcsöt. A húgysavanyagcsere súlyosabb zavarai esetén ezen alapdiaeta mellett hetenként egyszer vagy legfeljebb kétszer 1—1 *gyümölcsnap*-ot vagy a Noorden-féle *„Zick-Zack-Kost"* értelmében egy saláta-gyümölcs és egy rizs-saláta-gyümölcs napot állíthatunk be, ami a legidealisabban közelíti meg az absolut purinmentességet, emellett alkalizálja a szervezetet és fokozza a diuresist. A purinszegénység elérése szempontjából a *vegetabil étrendek* is alkalmasaknak látszanak, azonban hosszabb időn át fogyasztva, könnyen tökéletlen táplálkozáshoz vezethetnek és kellő fanatismus nélkül hosszú ideig kevesen tudnak élni vele. Még inkább áll ez a *„nyerskoszt"*-ra, mely kétségtelen purinszegénysége mellett különösen fehérjében és konyhasóban szegény. Egyrészt ezért, másrészt mert hygienikus szempontból nem teljesen megbízható s az emésztő rendszerre nem csekély megterhelést jelent, még fogyasztásra hajlamos egyéneknek sem alkalmas tartós használatra. Egyetlen előnye a nyers növényi kosztnak vitamingazdagsága volna, mely azonban nem elég ok a kiterjedt alkalmazására, miután a vitaminszükségletet a helyesen összeállított vegyes étrendekben és megfelelő, vitaminkímélő konyhatechnikai eljárásokkal biztosítani tudjuk. Rheumás betegségekben leginkább *A-* és *B-vitaminhiánnyal* találkozunk. *Loepner* elsősorban a B-vitaminnak tulajdonít fontosságot s ezért az ilyen betegek diaetájában cerealiákat, leguminosekat, májat és tojást ír elő. Az A-vitaminban gazdag vaj, paraj és csukamájolaj talán az izületi deformitások kifejlődésének megakadályozásában és a cholesterinanyagcserében játszik kedvező szerepet. A *cholesterinanyagcsere* zavara némely rheumás betegségben tényleg kimutatható s ezért célszerű lesz ilyen esetekben a cholesterinben gazdag élelmiszereket, mint a borjúhús, máj, velő és mirigy, sertéshús, vaj és tojás sárgája, a lehetőséghez képest kerülni.

Ujabb vizsgálatok szerint rheumás betegségekben a *Ca-anyagcseré*-re is figyelemmel kell lennünk. Ahol a szervezetben mészretentio van, ott *Hirschberg* szerint *Ca-szegény étrenddel* javulást érhetünk el. *Mark Robert* is megerősíti az ilyen diaetának Ca-retentiót csökkentő hatását, de a tartós javulásban kételkedik. A Ca-retentiót kedvezően *lehet befolyásolni savanyú diaetával* is, mellyel *Le Rische-Jung* és *Pautrier* bizonyos bőrbetegségekben értek el szép eredményeket. Ennek hatása alatt kísérleteztek *Sellei, Kalapos* és *Kopits* a savanyú diaetával rheumás betegeken és eddigi tapasztalataik szerint arra a megállapításra jutottak, hogy úgy primaer, mint secundaer arthritisekben a fájdalom elég gyorsan csökken és a mozgékonyság javul. A savanyú diaeta lényege a tejtermékek, zöldfőzelékek, gyümölcsök és Ca-ban gazdag élelmiszerek — mint sajt, tojás sárgája, száraz bab, borsó, lencse, karfiol, mogyoró, mandula és aszalt füge — megvonása mellett egyidejűleg ammoniumchlorid adagolása.

Ugy a húgysav- , mint a cholesterin- és Ca-anyagcsere kíméletét célozza a franciáktól ajánlott ú. n. *atoxi-*

kus étrend, mely a túlsok fehérje, conservek, füszerek és szeszes italok megszorításával a felszívódás után toxikusan ható anyagok lehető kiküszöbölését igyekszik elérni. A diaeta azonban ne legyen túlságosan alkalikus, ezért a lisztneműek mellett tartalmazzon elég húst, legyen ásványi sókban, különösen calciumban és oxalatban szegény és redukáljuk benne a zsírokat, cholesterin- és purintartalmú élelmiszereket a minimumra.

Hasonló elgondoláson alapszik a régi *Schrott-kúra* is, melyben a folyadék-, só- és tápanyagszegény diaeta az egyidejűleg alkalmazott izzasztó eljárásokkal összekötve fokozza az ártalmasnak vélt anyagok kiürülését és gyulladást csökkentően hat. Ugyanezt a célt szolgálná, modernebb és talán tökéletesebb összeállításban a *Gerson-Hermannsdorfer-Sauerbruch-féle diaeta,* melynek az idősült izületi betegségek közül talán leginkább a Poncet-féle betegségben tulajdoníthatunk jelentőséget.

Figyelemreméltók amerikai szerzők, *Pemberton* és munkatársainak azon vizsgálatai, melyek rheumás betegeken az alapanyagcsere és a szénhydrattolerantia csökkenésére vonatkoznak. *Holsti Osten, Kesser, Eiselsberg* és *Loebel* gyakran találtak alimentaris hyperglykaemiát. *Pemberton* ilyen esetekben *szénhydratszegény étrenddel,* kisfokú fehérjemegszorítás és bőséges zsírtáplálás mellett kielégítő eredményeket ért el. *Porges* és *Adlersberg* szerint az ilyen szénhydratszegény és zsirdús diaeta, ha egyúttal sószegény is, a gyulladásos folyamatokra kedvező hatású. A szénhydratanyagcsere zavara és a rheumás betegségek közötti oki összefüggésre utal azon közismert tény is, hogy diabetesben a mozgásszervi betegségek, különösen neuritisek és neuralgiák igen gyakoriak szoktak lenni s a hyperglykaemia csökkenésével párhuzamos javulást mutatnak.

A zsíranyagcsere zavara rheumás betegségekben nem ritkán *kóros elhízáshoz* vezethet. Ha az izületi betegség constitutionalis- vagy endokrin-zavar okozta adipositashoz társul, úgy a tápanyagok megszorításától kevés eredményt várhatunk, mert ilyen esetekben a zsírdepot mobilisálása még éheztetéssel is nehezen érhető el. Ha azonban az elhízás a mozgás csökkenésének és egyidejű helytelen táplálkozásnak a következménye, úgy *sovanyító kúrákkal* nemcsak a kóros elhízás ellen küzdhetünk eredményesen, hanem közvetve kedvezően befolyásolhatjuk az izületi folyamat gyógyulását is az alsó végtagokra ható statikus megterhelés csökkentésével. A sovanyító kúrák közül legcélszerűbben azokat választhatjuk, melyekben a szénhydratmegszorítás viszi a főszerepet a fehérjeminimum biztosítása mellett.

Az itt felsoroltakból kitűnik, hogy a rheumás betegségek diaetikáját nem lehet egységes nézőpontból megítélni, hanem annak egyrészt a fennálló kórfolyamathoz, másrészt a meglévő anyagcserezavarokhoz kell szigorúan alkalmazkodnia. A sejtélet- és anyagcsere-zavarhoz *alkalmazkodás* és a beteg szervezet *kímélete* azok a szempontok, melyek a helyes étrend összeállításában kell, hogy vezessenek. Általános érvényű előírást nem adhatunk, csak egy *alapdiaetát,* mely a kórformának és a beteg egyéniségének megfelelően könnyen módosítható. *Heveny izületi betegségekben az* alapdiaeta más heveny betegség étrendi előírásával azonos. *Subchronikus és chronikus izületi bántalmak* esetén az alapdiaetát azon szempontok szerint kell összeállítanunk, mely leginkább megfelel a rheumás betegségek működési és anyagcserezavaraira vonatkozó eddigi ismereteinknek. A *rheumás betegségek alapétrendje* ezek szerint a következő lesz:

1. Fehérje-optimum (napi 120—160 g) vagy legalább is fehérje-minimum (napi 40—80 g) biztosítása purinszegény élelmiszerekkel.

2. Szénhydratok megszorítása; magas purintartalmú növényi élelmiszerek elkerülése.

3. Zsír-gazdagság a cholesterin-tartalmú zsírok megvonása mellett.

4. Az ásványi sók közül a Ca és oxalat kiküszöbölése.

5. A-, B- és D-vitaminban gazdagság.

6. Erős füszerek és élvezeti szerek megvonása.

Nem tisztán degeneratív, hanem gyulladásos természetű folyamatokban szükséges lesz ezenkívül a konyhasónak és folyadékbevitelnek a megszorítása is, hogy a diaetának gyulladást-csökkentő és kiürítést-fokozó hatása is érvényesüljön. Ezen *alapétrendnek a hő- és anyagértéke* a mindenkori szükségletnek megfelelően könnyen *változtatható:* aszerint, hogy hízlalás vagy fogyasztás a célunk, fokozzuk vagy csökkentjük a hőértéket s a meglévő anyagcserezavar fokának megfelelően jobban redukáljuk vagy teljesen megvonjuk a megterhelést jelentő anyagokat. Súlyosabb anyagcserezavar esetén ezen alapdiaeta mellett rendelhetünk hetenként egyszer vagy kétszer *a szervezet teljes tehermentesítésére gyümölcs- vagy saláta-gyümölcs napokat,* anélkül, hogy egyoldalú vagy elégtelen táplálásnak tennénk ki a beteget. Nagy gondot kell fordítanunk *az alapétrend élvezeti értékének a fokozására,* hogy a betegek hosszú időn keresztül, sőt állandóan is szívesen fogyasszák, mert csak így lehet reményünk arra, hogy a diaeta a rheumás betegségek gyógyulását elősegíthesse és a rosszabbodásukat vagy megújulásukat megelőzhesse.

Rausch Zoltán dr.
egyet. magántanár, tanársegéd.

A Raynaud-féle betegség.

Ismeretes, hogy a szervezet hőszabályozásában nagy szerep jut a bőrerek megfelelő fokú összehúzódásának, kitágulásának, mely hideg, illetőleg meleg hatására következik be. Nem ritka azonban ennek a működésnek tökéletlen, zavart volta, melynek következményei főleg a végtagok distalis részeiben jelentkeznek, ahol a keringés különben is a legrosszabb. Ezeket az állapotokat *vasomotoros neurosis* néven foglaljuk össze. Ilyenkor a hideg, főleg a nedves hideg túlzott reactiót okoz. A kezek hosszasabban túlhidegek maradnak, egy-egy ujj vagy ujjperc elhalványul, fájdalom iránt érzéketlen lesz, kellemetlen zsibbadás vagy fájdalom kíséretében (holt ujj). Ezt a tünetet nevezzük *synkope*-nak, de gyakoribb ennél, hogy a kezek hidegek, szederjesek, néhol élénkebb vörös foltokkal *(asphyxia).* Az elváltozás bizsergéssel, fájdalommal is jár, a bőr durvább. Nem ritka ez klimax-ban levő nőkön, akiknek sok dolguk van hideg vízzel. *Jendrassik* mosónőkézről beszélt ilyenkor.

Míg a vasomotoros neurosis enyhébb alakjai nem ritkák, az egészen extrem reactiók meglehetősen ritka kórképek. Ezek egyike az *erythromelalgia,* melyben a bőrerek túlságosan kitágulnak. Ez inkább melegben, nyáron keletkezik az ujjakban, máskor a lábon, a talpon vagy sarokban; ilyenkor az illető végtagrész piros lesz és forró. Az elváltozást nagy fájdalom kíséri. A másik végletet, a *Raynaud*-féle betegséget, az erek túlságos szűkülete okozza, mely elhalásra is vezet *(gangraena symmetrica).* Érthető, hogy ez az ugyancsak rendesen rohamokban jövő betegség főleg hidegben, télen támad.

A *Raynaud*-féle betegség leginkább az ujjakban keletkezik, de jelentkezhetik az orron, fülkagylókban és

egyebütt is. Elhelyezkedése rendesen symmetrikus. A betegeknek már előzőleg is voltak a vasomotoros neurosisra jellemző tünetei, mígnem hirtelen egyik-másik ujjban vagy ujjpercben, a fülkagylón vagy egyebütt *localis syncope* támad. Nagy *fájdalom* kíséretében az illető testrész *fehér* lesz és *hideg*. A bőrérzés is megromlik, illetőleg elvész. A folyamat rendesen átmegy a *localis asphyxia* állapotába, amikor az üres erek, az arteriáknak mindig meglevő szűkülete mellett a venák felől telődnek. Ilyenkor a bőr sötét, feketés-lila színű. Súlyos esetben azután bekövetkezik az *elhalás*, mely úgy a nedves, mint a száraz üszök képét öltheti. Előbbi esetben hólyagok, genyedő sebek keletkeznek, utóbbiban az elhalt rész zsugorodik, beszárad (mumificatio), majd elhatárolódik és leválik. Ez néhány hónap alatt fejeződik be és előfordul, hogy a baj többé nem ismétlődik. Máskor azonban hosszabb-rövidebb idő mulva ismét kiújulások állnak be. A gangraena az életet közvetlenül nem veszélyezteti, általános tüneteket alig okoz. Éppen ezért sebészi beavatkozás általában nem indicált és főleg kerülendő a korai műtét. A végleges pusztulás gyakrabban sokkal kisebb, mint ahogy a folyamat kiterjedéséből várható volna.

A betegség, mely fiatal nőkön leggyakoribb, előfordul idősült formában is; ezeket az alakokat nem lehet a sklerodermiától élesen elhatárolni. A *Raynaud*-kórt többizben észlelték idegbetegséggel kapcsolatban (tabes, hysteria, sklerosis polyinsularis, syringomyelia, stb.). Az I. belklinikán legutóbb észlelt esetben is egy tabeses férfin fejlődött nagy fájdalmak kíséretében a fülkagylók gangraenája, mely lassú demarcálódással gyógyult. Az anyarozsmérgezés is okozhat hasonló üszkösödést és erre a lehetőségre is gondolni kell.

A kezelés a roham kezdetén elsősorban fájdalomcsillapításból áll; opium-készítményekre is szükség lehet. Óvatos száraz meleg és massage alkalmazása is megpróbálható. De minden erősebb beavatkozás csak ronthat. Később száraz vagy közömbös kenőcsös védőkötést alkalmazunk mindaddig, amíg az elhatárolódás be nem fejeződött. A szerves és szervetlen értágítókat (natrium nitrosum, padutin, cholin-készítmények, stb.) adjuk, anélkül, hogy hatásuk biztos volna. De itt is jó hatású az intravenás konyhasó-kezelés, (naponta 10—20 ccm 10%-os oldatból) mellyel *Herzog* professor intermittáló sántításban, sklerodermiában, de Raynaud-kórban is igen jó eredményt ért el. Megpróbáltak szívóharanggal történő kezelést incisióval vagy anélkül, többször jó eredménnyel. Néha használt a periarterialis sympathektomia. Többféle egyéb műtétet is alkalmaztak (rami communicantes átvágása, ganglioneltávolítás), hol jó eredménnyel, hol anélkül. A korai helyi műtéti beavatkozás, mely arteriosklerotikus gangraenában életmentő lehet, itt, mint szó volt róla, kerülendő.

Rohammentes időben fontos a beteget óvni az ártalmas behatásoktól és elsősorban arra figyelmeztetni, hogy kézmosás után nagyon gondosan törölje szárazra a kezét. Jó hatású a roborálás is (arsen) és ajánlják a klimaváltozást (délvidéken tartózkodást) és az enyhe physikotherapiás procedurákat (langyos fürdők, Priessnitz-pakkolás, langyos-meleg galván-fürdő, massage, quarckezelés, stb.). Mindezekben igen fontos, hogy a kezelés óvatos legyen, mert különben ellenkező hatást érünk el.

Buday László dr.
belklinikai tanársegéd.

A tüdőtuberculosis actualis kérdései.

Az összetéveszthető kórképekről.

A tuberculosist utánzó tüdőbeszűrődés (aspecifikus infiltratum). Az Assmann-féle subclavicularis gümős beszűrődés túlértékelésének irodalmával párhuzamosan az utóbbi esztendők szakirodalma mind sűrűbben foglalkozik a *nemspecifikus* pneumoniás és bronchopneumoniás folyamatok gyakoriságával és jelentőségével. Ezek a folyamatok a belorvost és a tüdőorvost egyaránt felette érdekelhetik, mivel a tbc. klinikájában a körülirt, többnyire tünetmentes, gyorsan felszívódó pneumoniás folyamatok jelentőségét kezdik felismerni; amit nem is régen tévesen gümős „korai beszűrődésnek", vagy múló infiltratumnak tartottak. Egyideig minden beszűrődést specifikusnak nyilvánítottak és bár tagadhatatlan, hogy a tbc. ezen korai formái elméleti és gyakorlati tudásunkat kétségtelenül előrevitték, mégis „a korai infiltratum" elnevezése jelszó lett és nem fedte a valóságot. Ugyanúgy túllőttek a célon, mint esztendőkkel előbb, amikor a tbc. kórbonctani formáit igyekeztek egymástól elkülöníteni.

A kulcsalatti gümős beszűrődések fényt derítettek a tüdőgümőkór *lökésszerű terjedésére*, szemben a régi felfogással, amely a tuberculosis *lappangó kezdetét* fogadta el axioma gyanánt.

A korai infiltratumoknak egyik alakja a tüdő különböző helyein jelentkező *kerek beszűrődés*, amely többnyire gümős eredetű, de más hasonló alakban megjelenő betegséggel téveszthető össze. Differentialdiagnostikai szempontból nem tbc-és elváltozásokra kell gondolni. Mindenekelőtt tumoráttételekre gondoljunk, amelyek a tüdőben kerek árnyék képében jelennek meg. Nemspecifikus bronchopneumoniák szintén kerek árnyékot adhatnak. Infarktusok elkülönítése többnyire nem okoz nehézséget, lymphogranulomával összetéveszthetősége is csekély. Még ritkább a syphilomával való felcserélés. Sokkal inkább kell a mellhártyai eredetű kerek árnyékokra gondolni. Itt azonban a többirányú röntgenfelvétel fogja a helyes utat megjelölni, amennyiben ily módon kiderül az árnyék fali fekvése és lapított alakja, szemben a pulmonalis kerekárnyékkal, amely golyóalakú. Atypusos influenza-pneumoniára is kell gondolni; miután ez a pneumoniaforma igen tarka képek alakjában jelentkezik, természetesen változatos röntgenképet is hoz létre. A tbc-től elkülönités különösen gondos és állandó köpetvizsgálatot tesz szükségessé és így a helyes diagnosis csak bizonyos idő mulva lehetséges. Csak utolsó sorban gondoljunk a tüdő parasitás megbetegedésére, pl. echinococcusra, amely ritkán okoz sokszoros, elég kicsiny, elhatárolt kerek árnyékokat.

A kerekárnyék kifejlődésébe a környéki nyirokcsomók nem vonatnak bele. Az idevágó gócok növekedése concentrikus rétegek alakjában történhetik és ilyen boncolt esetet nekem is volt alkalmam feldolgozni.

Már az 1928-as wildbachi congressuson, a „korai infiltratum" idejének elején *Klemperer* és *Hübschmann* kétségüket fejezték ki a tekintetben, hogy az infiltrativ árnyékok gümős eredetűek. A szerzők tekintélyes számának megfigyeléseiből tudjuk, hogy az infiltrativ árnyékképek nagyrésze *pneumonia-maradvány*. Az *„atypusos" pneumoniákkal* magyar részről különösen *Bársony* és *Holló* foglalkoztak. Hangsúlyozzák, hogy nem szabad megelégedni az ilyen folyamatok gyakori előfordulásának megállapitásával, hanem egyáltalában revisio alá veendő a pneumoniák klinikája. „Atypusos" azt jelenti, hogy kivételesen fordul elő, noha meggyőződésük szerint ez a forma feltünően gyakori és a tüdőgyulladásoknak csak

kis része felel meg a régen ismert classikus formának. A szokványostól eltérés oly gyakori, hogy minden typusba sorozás erőltetettnek látszik. E csökevényes pneumoniák ismerete azért is fontos, mert a homályos eredetű lázak és a kapcsolatos panaszok egyrészére fényt deritenek, másfelől, mert esetleg súlyos következménnyel (idült gangraena, hörgtágulatok, genymell, asthma bronchiale) járhatnak, úgy, hogy therapiás szempontból is figyelmet érdemelnek.

A múló beszűrődés többnyire nem gümős eredetű, mérsékelt hőemelkedéssel vagy láztalanul folyik le, a hallgatódzási lelet igen szegényes, a vérsejtsüllyedés mérsékelten fokozott, leukocytosis hiányzik, a vérkép mérsékelt balratolódást mutat, esetleg eosinophiliával (eosinophil infiltratum), amelyre *Löffler* hívta fel a figyelmet. Ezen utóbbi tünet jelentősége azonban nem egyértelmű, mivel csupán az erősebb allergiás állapot kifejezője. A beszűrődések influenzával, esetleg anginával egyidejüleg, vagy azzal kapcsolatban jelentkeznek. *Vajda* tonsillitis follicularissal kapcsolatos tüdőbeszűrődést írt le, ahol gümős eredetet a kimutatott Koch-bacillus igazolt. Máskor a beszűrődések a röntgenképen tüdőtályoggal, vagy centralis tüdőrákkal téveszthetők össze. *Stracke* olyan alsólebeny-beszűrődéseket látott, amelyek gümőkórral egyáltalában nem voltak azonosíthatók. Az infiltratumnak nevezett csökevényes *pneumonia-forma oligo-symptomás,* nem az astheniás vagy ú. n. ambulatorikus, de nem is terminalis lobularis vagy centralis pneumonia, miután ez utóbbiak a csökevényessel szemben *klinikai* pneumoniák.

Az utolsó évek ezirányú kutatásai a következőkben foglalhatók össze: a röntgensugár a tuberculosishoz hasonlóan tudásunkat a pneumoniás folyamatok terén is új fontos ismeretekkel gyarapította. A haladás egyrészt a pneumoniás és bronchopneumoniás folyamatok megismerésében, elhelyeződésében, alakjában és lefolyásában nyilatkozik, másrészt a különböző pneumoniaformákat a tuberculosistól el tudjuk különíteni. Megállapitást nyert, 1. hogy sok ú. n. influenzás megbetegedésnek a „Grippe"-hez semmi köze sincsen, hanem az tulajdonképen tüdőgyulladás, 2. hogy a crouppos- és a bronchopneumonia éles elkülönítése sokszor nem lehetséges, 3. hogy a könnyű, subjective és objective csekély tüneteket okozó pneumoniaformák, amelyeket eddig „atypusosnak" neveztek, aránylag *gyakoriak* és így nem is atypusosak, 4. ezen pneumoniaformák kiterjedése és lefolyása igen változatos és 3 főformája: a lobularis, a centralis vagy hilaris és a miliaris alakja különböztethető meg. 5. Sorozatos röntgenfelvételekkel megfigyelhető, amint e folyamatok oldódása és felszívódása többnyire gyorsan, néhány nap alatt megy végbe, nem ritkán azonban 2—3 hónapig is eltart. A felszivódás helyén a röntgenképen finom kötegárnyék marad vissza. E csökevényes pneumoniák physikalisan és röntgenologiailag *ugyanolyan* leletet adnak, mint a tüdőgümőkór némely formája és ezért a tuberculosissal történő összetévesztése nem ritkán fordul elő. A tuberculosistól elkülönítése mindenképen lehetséges, persze csak ismételt vizsgálat alapján. A gümőkórral szembeni elkülönítő kórisme szempontjából fontos a kórtörténet pontos felvétele, a köpetvizsgálat (esetleg a gégéről vett váladék), de különösen latba esik a rövid időközökben készített röntgenképek kritikai értékelése. Ha az anamnesis és a lefolyás pneumoniás folyamat mellett szól, nem okadatolt positiv tuberkulin-próba miatt gümőkórt kórismézni, hiszen a tuberkulin-próba csupán az egyszer megtörtént gümős fertőzésről, nem pedig a betegség természetéről nyujt felvilágositást.

Puder Sándor dr.

Tejrekedtség.

Fenti cím alatt az O. Gy. K. 1936. ápr. 1-iki számában *Dollinger* professor egy megfigyelését közli. A tejrekedtség nem egyéb, mint a tejtúlérzékenységnek, allergiának, vagy idiosynkrasiának egyik nem ritka formája. Talán nem is a rekedtség, hanem hurutos tünetek, rhinitis, nehéz légzés állanak a túlérzékenység középpontjában. A tejtúlérzékenység különösen a gyermekkorban gyakoribb, felnőttek már ritkábban reagálnak tejre allergiás tünetekkel. A bronchialis asthma okai között is találkozunk tejtúlérzékenységgel.

A tejrekedtség keletkezésének mechanismusa azonos az egyéb tejtúlérzékenységi tünetekével, mint asthma, urticaria, ekzemák, stb. A tejtúlérzékenységnek nem egyedüli gyógyszere a tejtől tartózkodás, hanem az összes specifikus és nemspecifikus desensibilisáló eljárások megszüntethetik a bajt.

Egyszerű gyógyító eljárás az, amikor a szervezetet igen kismennyiségű tejjel rászoktatjuk a tej élvezetére. Pl. minden tejterméket tartalmazó étkezés előtt fél órával néhány csepp tejet adunk a betegnek. Igen jó eredményeket ért *Urbach* a tejpropeptánnal. Étkezés előtt adott kismennyiségű Witte-peptonnal is sikerül a szervezet desensibilisálása.

Hajós Károly dr.
egyetemi magántanár.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: A 400/932. N. M. M. számú rendelet 2. §. 2., 3. és 5. bekezdése alapján közgyógyszer ellátásra igénnyel bíróktól kérhet-e a hatósági orvos díjazást rendelése fejében? Lehet-e és szabad-e különbséget tenni az ezen bekezdések alapján igénnyel bíró, ú. n. „ideiglenes vagy átmeneti szegények" és az 1. bekezdés alapján felvett, ú. n. „állandó" szgény betegek között? Díjazás követelése és elfogadása esetén büntető rendelkezés alá esik-e ezen cselekmény?

J. D. dr.

Felelet: A közgyógyszerellátásról kiadott 400/1932. N. M. M. eln. sz. rendelet 2. §. 5 pontban sorolja fel azokat, akik az ingyenes gyógyszerre igényt tarthatnak. E szakasz (1) bekezdés 5. pontja értelmében azok is részesülhetnek ingyenes gyógyszerellátásban, akik bár szegényeknek nem tekinthetők, de az igénylés idejében oly súlyos viszonyok között vannak, hogy a gyógyszer árát megfizetni képtelenek. A rendelet 8. §-a olyképen intézkedik azonban, hogy amennyiben ezeknek anyagi viszonyai 5 éven belül javulnak, akkor az ingyenesen igénybevett gyógyszer árát kötelesek visszafizetni. Sőt az tőlük közadók módjára is behajtható. A rendelethely e rendelkezéséből az is következik, hogy ezektől, ez esetben az orvos a szabályrendeletileg megállapitott rendelési, illetőleg látogatási díjakat is joggal követelheti. Az 1908:XXXVIII. t. c. 9. §-a értelmében a községi (kör) orvos csak a szegényeket köteles ingyen kezelni. A feltételesen ingyen gyógyszerellátásban részesülőtől tehát rendelési díjának utólagos megfizetését ugyanakkor igényelheti, a mikor a fél vagyoni viszonyainak javultával az a gyógyszer megfizetésére is képessé vált. Az orvosi díjak azonban csak rendes bírói úton érvényesíthetők, amennyiben a fél az egyszeri felszólításra fizetni nem hajlandó. A rendelet 2. §. (1) bekezdés 2. pontjában ingyenes gyógyszerellátásban részesülőktől azonban a községi (kör) orvos semmiféle díjat nem követelhet, mert azok szegényeknek tekintendők.

Atzél Elemér dr.