80. évfolyam. 18. szám. Budapest, 1936. május 2.

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

POÓR FERENC
1871—1936

Az utolsó hónapok szenvedéseinek láttán alig lehetett már kétség afelől, hogy elveszitjük őt. Április hó 26-ikán a leáldozó nap halk tovatünésével valóban itt is hagyott bennünket, csendben, megbékült lélekkel, a sokat szenvedettek türelmével, a megfáradt bölcsek nyugalmával. A merész lendülettel és nagy elhatározásokkal indult pálya végéhez érkezett, s aminek valóra váltásában meg-megingott néha hite, amióta megtöretett testtel kellett járnia a vezetők és irányitók nehéz útját: életének példája mélységes tanulság lett mindnyájunk számára, akik hiszünk a lélek felsőbbrendűségében a gyarló test felett. A koporsója előtt mélyen meghajtott fejjel kell megvallanunk, hogy Poór Ferenc az ő korán megtört testével annyit alkotott három és fél évtizedes pályafutása alatt, amennyi a tudomány és oktatás zavartalan egészségű munkásainak is diszéül szolgálna.

1871-ben született, mint Poór Imrének, a magyar dermatologia megalapozójának fia, anyai ágon Birly Edének, Semmelweis tanszéki elődének unokája. A származásnak ezen Madáchi értelemben vett nemessége sohasem az üres hivalkodást, hanem mindig a komoly elkötelezettséget tartotta ébren benne. Első irányitását a dermatologia felé még nagynevü atyjától nyerte, akinek nyomdokain ő is csakhamar a francia iskola kebelén, Párisban kereste magasabbfoku tudományos kiképeztetését. Atyja hagyománya, s a Hôspital St. Louis szelleme szabta meg tudományos szemléletét, kutatói és tanitói módszerét. Tanuló éveinek általános irányzatával szemben sem tudott pusztán morphologista vagy pusztán részletkutató lenni. Ösztönös hajlama elejétől kezdve a functiók értékelése és a nagy szintézisek felé vonzotta, kiváló történelmi érzéke alapján pedig a tudományt sohasem a pillanatnyi, statikai helyzetében, hanem mindig az évezredes fejlődés széles távlataiban szemlélte. Ez adott különleges izt és értéket állásfoglalásának, ez adta kezébe csaknem csalhatatlan rostáját, amellyel oly bölcsen és oly higgadtan tudott válogatni a tudomány termésének tiszta buzája és ocsúja között. Nemcsak tárgyi kutatója, hanem filozófusa is volt tudományszakának. Szemléletében, felfogásában már réges-régen megtalálhatjuk a mai korszerü biologiai irányzat s a conditionalismus gondolatának alapvonásait.

1907-ben lett a Pázmány-Egyetem magántanára, s midőn 10 év múlva a Szt. Rókus kórház bőrbeteg osztályának főorvosává nevezték ki, az ország egyik legszebb bőrbeteg anyagának birtokában már-már kielégitve látta ambitióit. A gondviselés azonban többet kivánt reábizni: 1925-ban a Ferenc József Egyetem orvosi kara egyhangulag hivta meg egy semmiből teremtendő klinika megszervezésére, s egy uj dermatologiai iskola megalapitására Szegeden.

Poór Ferenc egyéni tragédiája, hogy athleta termete, makkegészsége ép ekkor, a csúcsraérkezés előtt az utolsó lépcsőfokon tört meg. De csak a teste! Lelkének szárnyait csak terhelte, de nem törte meg lassan sorvasztó betegsége. Szellemének frissessége, akaratereje, munkakészsége, a tudomány iránti ernyedetlen érdeklődése, másfél évtizedes, gazdagtermésü tanári müködést biztositottak számára. Kezei alatt született meg a dermatologia oktatása Szegeden, majd elkészült tervei szerint a tiszaparti hatalmas, korszerüen felszerelt uj bőrklinika, törekvő tanitványok serege nőtt fel oldalán, s mig közel száz önálló közleménye és összefoglaló tanulmánya nemzetközi viszonylatban is becsültté tették nevét, két kitünő tankönyve révén észrevétlenül mesterévé vált az egész magyar oikumené orvosközönségének.

Ma már elérkezett a tetőre, ahonnan saját szavai szerint „a magasból nézőnél az egyszerüsitett synthesis uralkodik a közelből szemlélő analytikus látásain." A problémák már megoldódtak előtte. De elmúlása felett érzett bánatunkban vigasztalásunkra szól hozzánk életének nagy szintézise, amit maga öntött szavakba alig egy esztendővel ezelőtt mintegy önvallomásként: „Mikor az életnek nevezett kirándulás végefelé a magasból mégegyszer visszatekintünk az egységbe formálódott képre, éreznünk kell azt a nagy érzést, hogy ezért mégis csak érdemes volt törekednünk a magasba."

Áldott legyen emléke!

Dr. vitéz Berde Károly

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Tisza István Tud.-Egyetem belklinikájának közleménye (igazgató: Fornet Béla ny. r. tanár).

Májparenchyma és vizforgalom.

Irta: *Paul Benő dr.* és *Végh Pál dr.*

A máj szerepe a vízforgalomban kétségtelen. Mechanikus szabályozó szerepe *Mautner* és *Pick* munkái óta közismert. Ők hívták fel a figyelmet a májvenák lumenének izomösszehúzódáson alapuló záródására, az ú. n. májvenazárra, mely pl. shokban vagy nagy vízfelvétel esetén zsilipszerűen képes a keringésből a nagyobb mennyiségű folyadékot kiiktatni. Ezt bizonyítják azon kisérletek is, melyekben nagyobb mennyiségű víz itatása után, a máj volumenének a megnövekedését észlelték. Igy *Landau* és *Papp* 1 liter sóoldat infusiója után tapintással a májat nagyobbnak találta, ami megerősíti *Cohnheim* és *Lichtheim* régebbi kisérletei. *Duzár* csecsemőkön sorozatos röntgenfelvétel segítségével hypertoniás oldat infusiója után a máj megduzzadását tudta kimutatni, míg *Marx* kutyák májának szélére erősített ezüstkapcsok és láncok segítségével röntgenképen a májnak vízivásra beálló térfogatnagyobbodását állapította meg. (Számos, más, hasonló eredményű kisérlet felsorolását l. *H. Marx:* Der Wasserhaushalt des gesunden u. kranken Menschen, Berlin, J. Springer, 1935.)

Valószínű azonban, hogy nemcsak a máj érrendszere tud folyadékot (vért) felhalmozni, hanem számolnunk kell a májparenchyma folyadékfelhalmozó képességével is.

Erre az utóbbi évek kisérletei vetnek fényt. *Lampe* savanyú alkoholos májkivonattal a diuresis gátlását érte el, míg *Glaubach*nak és *Molitor*nak mind diuresist gátló, mind serkentő anyagot sikerült a májból előállítania. A forgalombahozott standardizált májkészítmények az irodalmi adatok egyöntetű megállapítása szerint a vizelést fokozzák, a szervezetet víztelenítik. Mind állatkisérletekben, mind nephrosisban, májcirrhosisban, portathrombosisban szenvedő embereken a májkivonatok víztelenítő hatása kimutatható volt. *(Fujita, Joshinaka, Harada, Grossmann, Porges, Hammerschlag, Hüber, Gasparini.) Claussen* szerint a higanyhúgyhajtók hatásossága epesavak jelenlétéhez van kötve, az epesavaknak önmagukban is van diuretikus hatásuk, mint ezt többen hangsúlyozzák. Hogy a májparenchymának mily nagy szerepe van a vízanyagcserében, azt bizonyítják *Molitor* és *Pick* kisérletei, melyekben májtalanított békák szerveinek víztartalom-emelkedését mutatták ki, míg *Fröhlich* és *Zak* phosphormérgezett állatokon jutottak hasonló eredményre. *Lamson* és *Roca* állatkisérletekben isotoniás oldatok infusiójára támadó hydraemia lezajlását elhúzódottabbnak találták májnélküli, mint ép állatokban.

Már az eddig felsorolt kisérletek is valószínűvé teszik, hogy a májparenchymának a víz kiválasztásában döntő szerep jut. Még jobban támogatja ezt a feltevést *Guisberg* kisérlete, mely szerint a bőr alá, vagy a vena jugularisba adott vizet a szervezet visszatartja, míg valamely mesenterialis venába juttatott folyadék, mely tehát a májon halad keresztül, épen úgy kiürül, mint a megivott víz. Joggal mondja tehát *Meyer* és *Pick,* hogy a víz a májban jut olyan anyaghoz, mely szöveti visszatartását gátolja.

Ezek után úgy gondoljuk, joggal állítható, hogy *a májnak, a fent röviden vázolt mechanikus szabályozó szerepén (kivül van ép parenchymájához kötött,* mondjuk *„hormonalis" vízszabályozó képessége is, melynek segítségével egyrészt a rajta keresztül áramló vizet kiürülésre alkalmassá („veseképessé") teszi, másrészt távollévő szervek víztartalmát szabályozza.* Ugy látszik, helyesen készült májkivonatoknak is megvan ez a tulajdonságuk.

A májparenchyma betegségeiben ezek után a vízanyagcsere zavarára számíthatunk. Ikterus catarrhalisban is, decompensatio okozta májpangásban is a vizeletkiürülés lassúbbodását észlelte *Gilbert* és *Lerebouillet,* amit hepatalis opsiuriának neveztek el, *Landau* és *Papp* kisérleteiben az 1 liter normosaloldat infusiója utáni hydraemia májbetegekben 2—3 óra hosszat tartott, míg ez egészségesekben már 1 óra alatt lezajlott. Ikterusos és sárgaság nélküli májbetegeken végezve a Volhard-féle vízkisérletet, a folyadék nagymérvű visszatartását észlelte *Adler, Adlersberg* és ugyancsak vízkiválasztás zavaráról tesz említést *Bergmark,* továbbá *Villart, Labbé* és *Violle.* Ugy látszik, hogy a vízanyagcsere zavarával együtt romlik, a vízvisszatartás szempontjából olyannyira fontos konyhasókiválasztás is *(Kriss* és *Pollak, Rósa),* aminthogy a májnak a szervezet általános ion-milieufenntartásában fontos szerep jut. *(Beckmann* és munkatársai.) *Végh* kisérleteiben a bevitt konyhasó nagyrészét minden valószínűség szerint a máj tartotta vissza, feltevése szerint azért, mert a hepatocellularis betegségekben maga a máj is vizenyős (lásd később *Eppinger).*

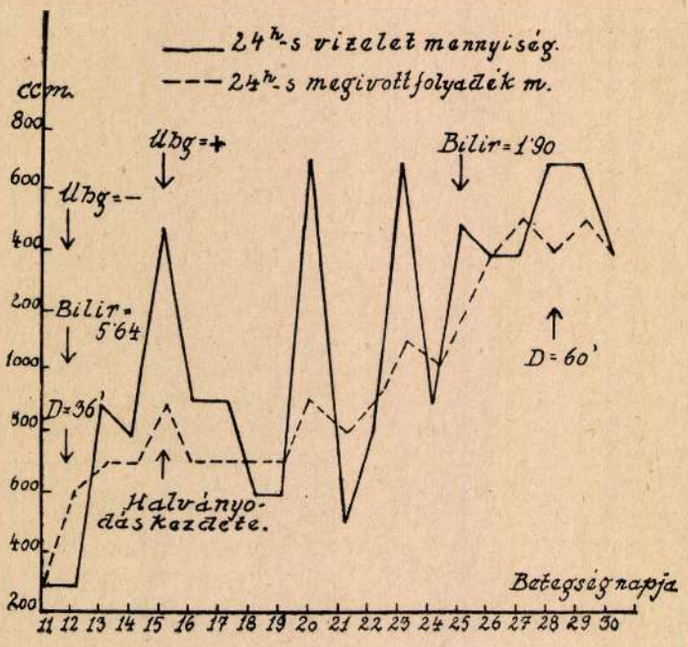
Azonban nemcsak a megterhelésekből derül ki ez a rejtett oedemakészség, hanem a klinikai észlelés is ezt bizonyítja. A bevitt és a kiürített víz mennyisége között parenchymabetegségek első szakában különbség mutatható ki. A betegek a napi folyadékmennyiség egy részét visszatartják. Nagyobb beteganyagon végzett vizsgálataiban *Adler* úgy találta, hogy a betegség első szakában a napi diuresis nem éri el a napi víz mennyiségét, a szervezet tehát folyadékot tart vissza. Amikor a betegség a csúcsponton túljutott, a diuresis a bevitt folyadékmennyiséget meghaladja, a szervezet tehát fölös mennyiségű vizet ad le. Hasonló nézetet vall *Bergmark* és *Adlersberg,* valamint újabban *Brüll* is.

Klinikánk beteganyagán nagy számmal volt alkalmunk magunknak is friss hepatocellularis ikterusokat ebből a szempontból megfigyelni. Pontosan mértük a bevitt víz és a kiürített vizelet mennyiségét. A székkel és a perspiratio insensibilissel ürülő vízmennyiséggel így nem számolhatunk. Észleléseink a betegek egész klinikai tartózkodására kiterjedtek; eredményeink táblázatos összefoglalását mellőzzük, csupán néhány görbe közlésére szoritkozunk. Megjegyezzük, hogy a különbség sok esetben elmosódó, kiugrások tarkítják a képet, vagy a fordulópont nem ismerhető fel élesen. Uralkodó az első szakban a retentio, a másodikban a fokozott ürités.

Görbék.

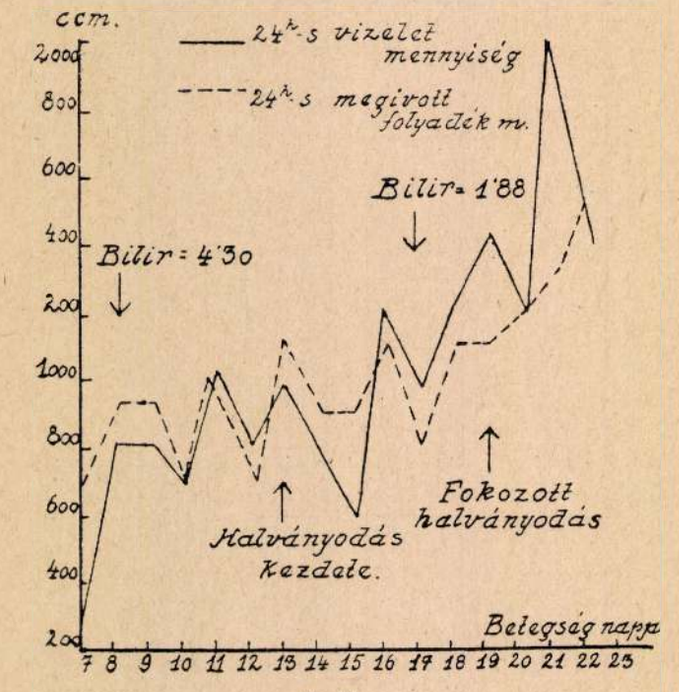
A görbék megtekintésekor önkénytelen összehasonlítás kinálkozik *Joliffe* nemrég közölt beosztásával. Ő ugyanis 19 hepatocellularis sárgaságot vizsgált meg a serumbilirubin- , a vizelet urobilin- és bilirubintartalma szempontjából, melyek segítségével három szakaszt különböztet meg: 1. gyulladásos szak (átlagos időtartama 11 nap), mely alatt a sárgaság növekszik, urobilin a vizeletben negativ, a bromsulphaleinkiválasztás a sárgaság fokának megfelelő, a laevoluseprőba positiv, 2. kritikus szak (átlagosan 4 nap) a vizeletben az urobilin hirtelen positivvá válik, a serumbilirubin és bromsulpholeinkiválasztás csökken, 3. gyógyulási szak (átlag 9 napos) serumbilirubin további esésével, miközben a laevulosetolerantia és a bromsulphosavretentio a rendesre visszatérnek. Saját kisérleteinkben zavartalan gyógyuláskor szövődménytelen esetekben a diuresisgörbe átcsapási pontja

kb. 15 nap mulva következett be és a gyógyulási szak első napjaira esett, ami nagyjából megfelel *Joliffe* beosztásának. Ismételten hangsúlyozzuk, hogy nem minden esetbeli szabályszerűségről van szó, csak az esetek zöme mutatja ezt a képet.



1. ábra.

A heveny hepatocellularis betegségekben a szervezet vízretentióját bizonyítottnak vehetjük. Valószínű, hogy a visszatartott folyadékot a szervezet csak az acut szak lezajlása után üríti ki, mely *Joliffe* felosztásában a gyógyuló szaknak felel meg. Az *acut hepatocellularis betegségek első szakában a szervezetnek tehát vizenyőkészsége van, mely a parenchyma gyógyulásával párhuzamosan szünik meg.* A már ismertetett diuresis-kisérleteken kivül



2. ábra.

más, közvetet módszer is áll rendelkezésünkre ennek a bizonyitására. Az intracutan befecskendezett physikalis konyhasóoldat felszívódási idejének a mérése *(Mac Clure* és *Aldrich)* megbízható felvilágosítást nyujt a bőr és közvetve a szervezet vízaviditásáról. Kisérlettel létrehozott parenchymabántalomban tényleg a resorptiós idő gyorsulását észlelték többen. Ikterus catarrhalisban *Baar* és *Benedict* látta gyermekeken néhányszor e jelenséget. Mi magunk 12 hepatocellularis sárgaságos betegünkön figyeltük a konyhasódudor (quaddel, az ábrán D) felszívódási idejét. Szabályosnak az irodalmi adatokkal egybehangzóan a 45—60 perces felszívódási időt tekintettük.

I. sz. táblázat.

Sz.	Betegség napja	Konyhasó dudor felsziv. ideje (quaddli.)	Kórisme
1.	14	30 perc	Ikt. parench.
2.	11	30 „	Ikt. parench.
3.	16	60 „	Ikt. par. grav.
3/a.	35	60 „	Atroph. hep. fl. subacuta.
3/b.	110	35 „	
4.	8	30 „	Ikt. parench.
5.	10	55 „	Ikt. parench.
6.	5	30 „	Ikt. parench.
7.	15	40 „	Ikt. parench.
8.	9	65 „	Ikt. parench.
9.	11	45 „	Ikt. parench.
10.	40	40 „	Ikt. parench.
11.	10	35 „	Ikt. parench.
11/a.	26	60 „	Ikt. parench.
12.	12	40 „	Ikt. parench.
12/a.	26	50 „	Ikt. parench.

Mint adatainkból kitünik, *betegeink nagyrésze gyorsult felszívódási idővel rendelkezik, ami* a fent említett *fokozott vízaviditást bizonyítja.* Néhány esetben, a betegség különböző szakában végzett próbából az a benyomásunk, hogy a felszívódási idő hosszabbodása, rendeshez közeledése, a betegség klinikai javulásával párhuzamos, úgy, hogy a betegség szakára következtetésünkben bizonyos fenntartással segédeszközül szolgálhat. Használhatóságát bizonyítja pl. egy esetünk, melyben a felszívódási idő rendes tartama egy nappal előre jelezte a fordulópont bekövetkeztét, azaz az urobilin vizeletbeli megjelenését, az addig acholiás szék normocholissá válását és a bőrfestékesség kezdődő halványodását.

A szervezet vizenyőkészsége, a bőr fokozott vízaviditása bizonyitottnak tekinthető. A szervek víztartalmának tehát fokozottnak kell lenniök. Ezt a bőrre nézve kisérleti májlaesióban *Paul* és *Adlersberg* ki is mutatta. Magának a májnak vizenyőjére *Roesslenek* és *Eppingernek* a vizsgálatai vetnek fényt. A már régebben ismert „toxikus oedemát" *Roessle* a májcirrhosisok létrejöttében döntő fontosságúnak tartotta. Valószínű, hogy „hepatitis serosa" előzi meg a cirrhosis kifejlődését. A savós kiizzadás folytán a capillaris fal és a májsejtgerenda között az ú. n. Disse-féle tér képződik, a májsejtek duzzadtak és a sejteken kivül sokszor a savós exsudatiót szövetileg is ki lehet mutatni. Bár ezen álláspont még vita tárgya, *Eppinger* a hepatocellularis sárgaságok létrejöttében nagy jelentőséget tulajdonít neki. Nagyrészüket táplálkozási ártalom előzi meg, melynek lényege szerinte az, hogy a fehérje bomlástermékeiből szabaddá váló aminok (histamin, allylformiat) savós kiizzadásra vezetnek, többek között a májban, annál is inkább, minthogy a capillarisok falának áteresztőképességét erősen fokozzák, mintegy nyitják maguk előtt az utat. A májsejtek savós átivódása után jön létre az ú. n. ikterus catarrhalis.

Hepatocellularis sárgaságban kétségtelen tehát, hogy *maga a máj is nagyon vizenyős.* Ezen állapotát az egész szervezet oedemakészségétől elütőnek tartjuk, mert míg a távolabbi szervek vízvisszatartása a májparenchyma rossz működésének következménye, addig a máj vizenyője azért jött létre, mert a betegség székhelye és mert ide történik a savós kiizzadás. Egészen más megitélés alá

esik tehát a hepatocellularis betegségekben magának a májnak a vizenyője, vagy pl. a bőrnek már előbb említett nagyobb víztartalma. (lásd fentebb *Végh.)*.

Felvetettük ezután azt a kérdést, van-e szerepe, rendeltetése a betegség lefolyásában a májparenchyma vizenyőjének; van-e szüksége a parenchymának e fokozott víztartalomra, avagy nincs. Ez utóbbi esetben ugyanis véleményünk szerint már egyszerű dehydratáló eljárásoknak meg kell szüntetniök a vízvisszatartást.

E célból klinikánk 9 hepatocellularis sárgaságosán végeztünk többizben, feltevésünk szerint, a máj víztelenítését célzó kisérletet. Legártalmatlanabb eljárásnak a máj Head-zóna felőli ingerlését tartottuk.

A cutivisceralis reflexet a máj víztelenítése céljából többen felhasználták. *Haynal* és *Dániel* szívbajosok és decompensált hypertoniások pangásosan megnagyobbodott májának Head-zonájára piócát raktak, ami után a máj megkisebbedését és az egyidejüleg végzett vízkisérlet alatt bevitt vízmennyiség gyors kiürülését észlelték. Annak bizonyitására, hogy a vérveszteség maga nem játszik szerepet, szívóharangokkal vértelen úton is elvégezték e kisérletet, ami ugyanilyen eredménnyel járt. Pangásos eredetű májduzzanatok esetén tehát a Head-zona ingerlésével a visszatartott folyadék jórésze kiürülésre birható, valószinüleg a máj-vena-zár megoldása révén. Az ú. n. ikterus cat.-ban, tehát nem keringési zavar okozta májbántalomban is próbálkoztak már, Head-zonájának ingerlése útján a máj különféle működésére befolyást gyakorolni, *Frisch* és *Lasch* a galaktose-tolerantia javulását észlelte a májtájék diathermiája után, *Goldgruber* pedig ikterus cat.-ok lefolyását tudta kedvező irányban befolyásolni hasonló kezeléssel. Ezen kisérletekben azonban a mély hőhatásnak jut elsőrendű szerep; maga a cutivisceralis reflex háttérbe szorul. Ugyanez mondható *Adlersberg* kisérleteinek egyrészéről is, melyekben a Volhard-féle vízkisérlet alatt ikterusosok vizelekiürítését fokozni tudta a májtájék mélyhőkezelésével. A mi szempontunkból azon kisérletei érdekesek, melyekben ugyancsak vízmegterhelés után a máj Head-zonájára tett paprikatapasszal a kiürített vizelet mennyiségét fokozni tudta.

A fentebb említett adatok szerint *hepatocellularis bántalomban a bevitt víz egy része visszatartatik.* A Head-zonán alkalmazott bőringer okozta cutivisceralis reflex segítségével e várható visszatartás az acut vízkisérletben elmarad, de legalább is nagyon csökken. Kisérleteinkben mi, *minden vízmegterhelés nélkül,* igyekeztünk a cutivisceralis reflex segítségével a májra befolyást gyakorolni. Előkisérletben, reggel éhgyomorra, lemértük a betegek óránként gyüjtött, 4 óra alatt óránként ürített vizeletmennyiségét. Másnap ugyancsak a 4 óra alatt ürített vizeletet mértük, miközben a máj elülső Head-zonájára 1 órára 15×10 négyzetcentiméteres mustárpapirt helyeztünk. Kisérletünket 9 sárgaságos betegen, 13 izben és 11 controllképen választott egészséges májú (és keringési rendszerű) egyénen végeztük el.

II/a. sz. táblázat.

Sz.	Kórisme	4 órás vizelet menny. ccm. mustározás előtt	után
1.	Hy.	180	760
2.	N.	104	120
3.	N.	110	300
4.	Ulc. duod.	170	430
5.	N.	144	112
6.	N.	86	148
7.	Ischias	192	140
8.	Ulc. duod.	42	154
9.	Ptosis vent.	48	170
10.	N.	472	424
11.	Hy.	120	194

II/b. sz. táblázat.

Sz.	Betegség napja	Bilirubin mgr%	4 órás vizelet menny. ccm mustározás előtt	után
1.	17	7.50	142	230
1/a.	37	1.53	122	126
2.	17	2.19	92	630
3.	18	6.60	152	256
3/a.	37	6.60	132	315
4.	14	6.60	142	97
4/a.	39	3.30	90	110
5.	11	4.30	208	203
6.	9	4.95	164	256
7.	14	6.00	128	54
7/a.	34	1.00	394	312
8.	12	3.96	210	330
9.	12	4.90	310	65

11 egészséges egyén vizeletkiüritése fokozható volt 7 esetben, változatlan maradt 2 esetben és csökkent (?) 2 esetben. A 9 ikterusoson végzett vizsgálatban 5 esetben növekedett a kiürített vizeletmennyiség, 1 esetben változatlan maradt és 3 esetben csökkent. Eredményeink következtetést nem engednek meg, az ikterusos betegek nagyjából ugyanúgy viselkednek, mint az egészségesek. Említésre méltónak gondoljuk azonban azt a körülményt, hogy míg *a változatlan, vagy csökkent diuresissel reagáló esetek klinikailag súlyosak voltak,* addig *a fokozott diuresisü esetek klinikailag könnyü lefolyásúnak bizonyultak, illetőleg betegségük már lezajlóban volt.* Sokkal nagyobb érdekességüek fenti kisérleteinkkel párhuzamosan hasonló kisérleti feltételek közt végzett vérvíztartalom-meghatározásaink. A vízmennyiség kiszámitására karvenából vett vér szárazanyagtartalmát határoztuk meg 100—110 fok C hőmérsékleten, súlyegyenlőségig történő bepárolás után. Egészséges egyének vérének víztartalmát az irodalmi adatokkal egybehangzóan 79—80 % körül találtuk.

III. sz. táblázat.

Sz.	Vérvíztartalom % mustározás előtt	után	Haematokrit mustározás előtt	után
1.	86.9	86.9	34	—
1/a.	83.0	86.8	32	31
2.	83.0	83.2	45	47
3.	88.3	88.1	44	45
3/a.	82.9	83.3	44	39
3/b.	79.9	83.4	42	36
4.	91.7	87.7	43	43
4/a.	88.1	90.2	33	33
5.	89.1	90.3	34	30
6.	89.7	—	43	43
7.	87.7	89.2	36	35
8.	82.6	81.1	44	44
8/a.	81.8	80.8	37	37
9.	80.9	80.9	47	46
10.	79.3	80.2	53	50
11.	84.1	81.6	39	39

11 sárgaságos beteg közül 9 vérének az átlagnál jóval nagyobb volt a víztartalma, mely egyes esetekben egészen szélsőséges mértéket ér el. Külön hangsúlyozzuk, hogy *a súlyosabb esetekben,* ahol sorozatosan végeztük el a vizsgálatokat a betegség különböző szakaiban, (1, 3, 4, 8. sz. eset) *a klinikai kép javulásával párhuzamosan a vér víztartalma is esett és közeledett a szabályoshoz.* A vér víztartalmának növekedését nem tudtuk esetleges anaemia rovására irni. (lásd haematokrit, a vörösvérsejtszám 3.6- és 4.3 millió között mozgott.) Minthogy csak kisérleteink lezárása után értesültünk *Jimenez—Diaz*nak és munkatársainak eljárásáról, mely a vörösvérsejtek víztartalmának kiszámitását lehetővé teszi, nem állt módunkban erre, a talán számunkra rendkivül érdekes adatra kiterjeszkedni.

A máj Head-zonáján történt mustározás után a víztartalom gyarapodott 3 esetben, változatlan maradt 4 esetben és csökkent 4 esetben. Érvelésre használható adatokat ezekből nem nyertünk. Hogy azonban *a víztartalom befolyásolhatósága a májparenchyma állapotával szoros összefüggésben van,* azt bizonyítja fentebb említett 4 esetünk közül 3, (1, 3, 4. sz. eset), melyekben nemcsak hogy a vér víztartalma közeledik a szabályoshoz, párhuzamosan a klinikai javulással, hanem a Head-zona izgatására *az eddig nem növekvő víztartalom fokozhatóvá válik.*

Hogy a máj Head-zonájának izgatására egészséges egyének és könnyű lefolyású sárgaságban szenvedők fokozott vizeletürítéssel válaszolnak, annak magyarázatára több lehetőséget vethetünk fel: egyrészt elképzelhető, hogy minden ember rendelkezik bizonyos, a máj mechanikus zárórendszerével a keringésből kiiktatott folyadékmennyiséggel (depot), *amely ilyenkor kerül kiürülésre.* Ebben az esetben ugyanaz játszódnék le ikterusban, mint májpangás esetében, a cutivisceralis reflex útján a májvenazár oldódnék meg (l. *Pollitzer* és *Stolz „residualis vizét").* Ennek ellene szól az az észlelésünk, hogy súlyos esetekben a diuresis a Head-zona ingerlésével nem volt fokozható. Különben sem valószínű, hogy hepatocellularis sárgaságban a máj érrendszere vitte a döntő szerepet a vízanyagcsere zavarában. Másrészt feltételezhető, hogy a májnak már előbb említett „hormonalis" működése javul meg, amit annál is inkább valószínünek tartunk, mert úgy látszik, hogy a parenchyma javulásával párhuzamosan fokozható a kiürített vizelet mennyisége. Itt tartjuk még megemlítendőnek más irányú észlelésünket, melyről részletesen további közleményünkben fogunk beszámolni, hogy a Head-zona izgatása mérhető változásokat hoz létre a vér colloidalis szerkezetében, ami szintén magyarázhatná a vizeletürités fokozódását és egyben talán bepillantást enged abba a mechanismusba, melynek révén a májparenchyma befolyást gyakorol a szervezet vízanyagcseréjére.

A felsorolt lehetőségek közül bármelyik fennforoghat, esetleg több is együtt. Bizonyító erejű adatokat, mely a kérdést végleg eldöntené sem az eddigi irodalomból, sem saját kisérleteinkből felsorakoztatni nem tudunk.

Ha megpróbáljuk az eddigi kisérletek eredményét összefoglalni és azok jelentőségét egy szempontból csoportosítani, akkor a következőket mondhatjuk: hepatocellularis sárgaságban szenvedő betegek vízanyagcseréje kétségtelenül zavart és e zavar a parenchymalaesio fokával nagyjából arányos. A betegség első szakában a betegek oliguriásak. Mind a táplálkozással felvett, mind a megterhelési próbákkal bevitt folyadék tekintélyes részét visszatartják. Amint a betegség csúcspontján túljutott és a gyógyulási szak megkezdődött, az addig oliguriás betegek polyuriásak lesznek, a felhalmozott vízmennyiség kiürül. Míg az első szakban tehát a visszatartás, a másodikban a fokozott kiürités uralkodik a képen. Teljesen ugyanezt a következtetést engedi az intracutan adott physiologiás konyhasóoldat felszívódási idejének megfigyelése is. Míg az első szakban a felszivódás a rendesnél sokkal gyorsabb, addig kulmináláskor lassubbodni kezd (talán még az ismét jelentkező urobilinuriát is megelőzve), s a gyógyulási szakban mindjobban közeledik a normalishoz. Az első szak tehát a visszatartás ideje, a szervezet fokozott vizenyőkészségű, a második a kiürités szaka, az oedemafolyadék lecsapódik. A májnak a Head-zona felőli, cutivisceralis reflex révén történő izgatására könnyű lefolyású vagy már gyógyulófélben lévő sárgaságos betegek az önként ürített vizeletmennyiség emelésével válaszolnak. Súlyos esetekben a mustározásra várható vizeletürítés-többlet nem következik be. Mind a könnyű, mind a súlyos lefolyású esetekben a vér víztartalma a rendes átlagnál nagyobb és a betegség lefolyásával párhuzamosan az élattani szint felé esik vissza. A vér víztartalma a máj Head-zona felőli ingerlésére könnyű esetekben szaporodik, súlyos állapotban lévőkön nem, utóbbiakon a folyamat javulásával ismét fokozhatóvá válik.

A minden esetben meglévő vízvisszatartásra azt tartanánk jellemzőnek, hogy mozgósíthatósága a parenchymabántalom fokától függ. Úgy látszik tehát, hogy a parenchyma valamely cselekvő működésének hiánya hozza létre a szervezet vizenyőkészségét. Valószínű, hogy a máj feltételezett „hormonalis" tényked ése játszik fontos szerepet, elképzelhető, hogy a vér és szövetek colloidalis szerkezetén keresztül fejti ki távolhatását.

Kétségtelen, hogy a visszatartott folyadéknak egy része a májban kötődik meg. Abból, hogy a parenchymabántalom tetőfokán a folyadék mozgósítása nem vihető keresztül, arra a következtetésre kell jutnunk, hogy a parenchmasejteknek e megkötött folyadékra szükségük van *(Adlersberg).* Mindaddig, míg a betegség a fordulópontjához el nem érkezett, a hydratáló gyógyeljárásokat célravezetőnek és hasznosnak kell tartanunk, mert a szervezet védekezéséhez szükséges törekvésével valószinüleg egyirányban hatnak. (Dextrose + insulin therapia = glykogenfixatio + hydratatio.) Csak egész könnyű esetekben mernénk ebben a szakban dehydratáló eljárásokkal kisérletezni, mint amilyen a májtájék mélyhőkezelése, Head-zonájának ingerlése, érbe adott decholin, stb. *(Lauda).* A fordulóponton átjutva a szervezetet víztelenítő törekvésében segítendő, az említett dehydratálást keresztülvihetőnek tartjuk. Az időpontot ennek bevezetésére csak akkor véljük alkalmasnak, ha az első óvatos próbálkozás után (pl. nehány ccm. decholin), a diuresis tényleg növekszik.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem urologiai klinikájának közleménye. (igazgató: Illyés Géza ny. r. tanár.)

Paracostalis metszés a vese feltárására.

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

Simon, heidelbergi professor, 1869-ben végezte az első veseműtétet. Azóta a legkiválóbb sebészek keresték az idealis vesefeltárás útját és az urologiai sebészet is önálló tudományággá fejlődött, de még mindig nem alakult ki olyan feltárási mód, melyet mindenütt általánosan elfogadtak volna és gyakorolnának. Az egységes helyes feltárási út kialakulásával szemben két akadály merült fel. Az első akadály a vese rejtett anatomiai fekvése volt és akadálynak kell minősítenünk az egységes feltárási mód kialakulása tekintetében, azt a követelményt is, amely később, az urologiai sebészet kifejlődésével, már nem elégedhetett meg azzal a feltárással, melyből sötétben úgy-ahogy ki lehetett hámozni a vesét, hanem olyan feltárásra kellett törekedni, mellyel a vesét és az ureter érintett szakaszát a szem ellenőrzése mellett lehetett ellátni.

A vese felkeresésére szolgáló területnek alul és felül csontos határai vannak. Felül a bordaszél, alul a csipőtányér széle a határ. Míg az alsó határ egészen zárt, a felső határ, bordaresectióval részben tágítható. Elől és hátul ilyen természetes határok nincsenek, mert ott lágyrészek vannak. Hátul a hosszú hátizomzat, a serratus post, alsó rostjai, a fascia lumbodorsalis és a rajta tapadó latissimus rostok futnak. Az elülső részen az obliquus ext., int. és transversus abdominis jelölik meg a területet. Az elülső és hátsó izomcsoport között fekszik

a spatium tendineum lumbale, melyen keresztül eljuthatunk a veséhez anélkül, hogy a fascia lumbodorsalison és néhány latissimus roston kívül mást át kellene vágni. Már ezen az úton hatolt be *Simon* akkor, mikor az első vesekiirtást elvégezte. Azóta a vese feltárásának módját sokszor változtatták. *Czerny* a metszést előre helyezte és *Kümmel, Küster, Krönlein, Jonescu, Gregoire, Lucas, Péan, Le Dentu, Chevassu, Pflaumer* és sok más szerző mind újabb metszési vonalakat ajánlottak. A classikus ferde lumbalis metszés, melyet Bergman—Israel-metszés néven is említenek, annyira széles és jó betekintést adott, hogy nagyobb urologiai intézetekben leginkább terjedt el. Ez a metszés, mely a XII. borda alatt a musc. iliocostalis szélénél veszi kezdetét, ivelten halad lefelé kb. három harántujjal a crista ilei felett és a vese és ureter felett megfeszülő hasizomzatot (obliqu. ext., int., transversus) harántul megszakítja s ennek következtében a visszahúzódó izomzat szinte automatikusan tárja fel a műtéti területet. Előnye még ennek a metszésnek, hogy szükség esetén, például mélyen ülő ureterkő esetén, egészen a Poupart-szalagig meghosszabbítható. Tehát bőséges teret ad az összes conservatív műtétek elvégzésére, éppen úgy a vese eltávolítására is. Amikor nagy vesedaganat, pyonephrosis esetében a felső vesepolus és a kocsány körül nehézségek vannak, a metszést az Illyés-féle segédmetszéssel kiegészítve, melyet arra merőlegesen, kb. a felső és középső harmad határán végzünk, olyan terünk nyílik, hogy bordaresectióra sem szorulunk.

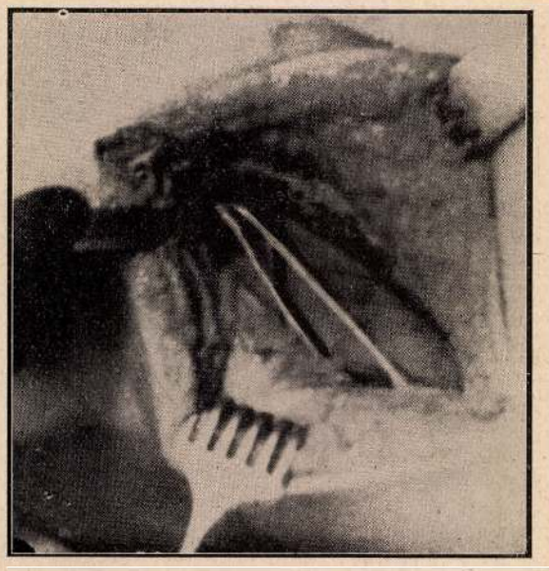
Ilyen előnyök ellenére sem tarhattuk tökéletesnek ezt a metszést, mert van ennek egy nagyon kellemetlen következménye, bár az csak az esetek kis töredékében mutatkozik. A metszés vonalában ugyanis még olyan esetben is, mikor a sebgyógyulás zavartalanul folyt le, hetek, hónapok multán a hasfalnak körülírtabb, vagy az egész sebvonalra kiterjedő kiboltosodása állhat elő. Ez a kiboltosulás, mely lényegileg izomatonia, illetőleg atrophia következménye, lehet olyan nagyfokú is, hogy akkor, amikor a belek teltek, komolyan zavarja a beteg közérzetét, azt állandó haskötő viselésére kényszeriti és képtelenné teszi nehezebb physikai munkára. Ez az állapot a hasfali sérvektől abban különbözik, hogy élesen körülírt kapuja nincsen, hanem a kiboltosulás éles határ nélkül meg át az ép hasizomzatba. Kiterjedése gyakorta olyan nagyfokú, hogy műtéti javítására gondolni sem lehet. Ennek a kellemetlen következménynek a képét mutatja az 1. sz. ábra. A műtéti sebnek csaknem egész hosszában feltűnik az elődomborodás, mely a hasüri nyomás fokozódására növekedik. Az izomszövet megszakítása nem lehet ennek az állapotnak az oka, hiszen az általános sebészetben a transmuscularis behatolások egész sorát végzik, anélkül, hogy hasonló elváltozások keletkeznének. A sok véredény-lekötés a collateralis keringés és ujdonképzett kis edények útján kiegyenlítődik. Legvalószínűbb tehát, hogy az izomzat idegeinek megszakítását kell ezen állapot közvetlen okának tekinteni. Az atrophia a hasizmok területén keletkezik (obl. ext., int., transvers.), ezeket az izmokat a következő idegek látják el: az öt alsó intercostalis ideg (VIII.—XII.), az iliohypogastricus és ilioinguinalis. Azt, hogy az izomatrophia a ferde lumbalis metszés után nem következik be gyakrabban, csak azzal lehet magyarázni, hogy a metszés nagyjában, a két lényeges ideg, a XII. intercostalis és az iliohypogastricus, által beidegzett területek határán mozog. Az idegek ágainak kedvező elosztása esetén kevesebb ág sérül és egyik ideg ágainak sérülését a másik kiegyenlíti functionalis szempontból.

Vizsgálataimnak az volt a célja, lehet-e olyan metszési irányt találni, mely anélkül, hogy az utólagos izomatrophia veszélyét magában rejtené, olyan kiadós, jó feltárást ad, mint a ferde lumbalis metszés. A nagy kiterjedésű transmuscularis behatolási egyéb módokat, mint: *Czerny, Küster, Israel—Albarran, Guyon, König, Pflaumer, Morris* nem vettem tekintetbe, mert az anatomiai viszonyok alapján ezek mellett éppen úgy izomatrophia keletkezhetik, a műtét után, mint a classikus ferde lumbalis metszéskor. A paraperitonealis metszési iránynál, mint a *Krönlein, Hoffmann, Bruce, Clarke* a rectus beidegzés kiterjedtebb sérülése valószínű. Nem foglalkoztam az olyan szűk feltárással, mint pl. a Bazy-féle metszés, melyről jellemzően azt írja *Perret,* hogy abból

1. ábra.

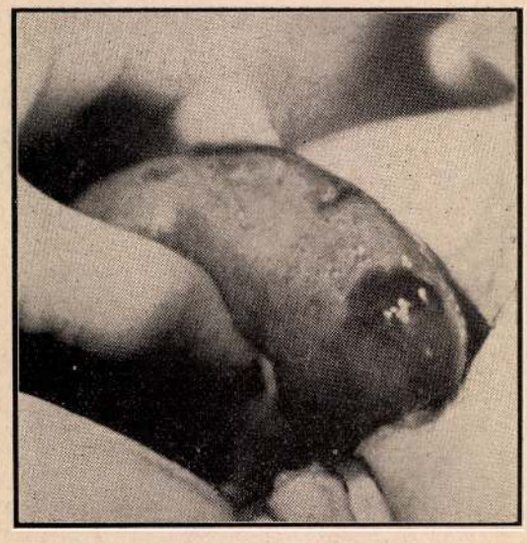
kedvező esetben a vesekocsányt is lehet látni. *Rosenstein, Schultheis* az említett utókövetkezmények elkerülése céljából, visszatértek oda, ahonnan *Simon* elindult, a spatium tendineum lumbale területére és az elülső és hátsó izomcsoportok között tompán behatolva keresik fel a vesét. *Rosenstein* mérései alapján a metszést a következő pontok között végzi: felső kiindulási pontja 8 cm-re kifelé az I. lumbalis csigolya processus spinosától, alsó alsó végpontja 14 cm-re hátrafelé a spina iliaca ant. sup.-tól. *Fuhrmann,* aki *Schultheis* műtétét ismerteti, csak annyit mond, hogy a gerincoszloptól kb. egy tenyérnyire kifelé, párhuzamosan vagy kissé előretartva kell a metszést végezni. Tapasztalatom szerint a musc. iliocostalis széle mellett mindig a megfelelő helyre kerülünk. A bőrmetszésnek megfelelően ezen a rétegen áthaladva előtűnik a quadratus lumborum széle, melyet hátra és az obliquuus csoport, melyet előre húzunk s a mély fascia átmetszése után elérjük a vese zsíros tokját. *Fuhrmann* kiemeli, hogy ilyen módon alig kell edényeket lekötni, ami pedig a ferde lumbalis metszéskor legalább a műtéti idő felét igénybe veszi. Kétségtelen, hogy ezzel a feltárási móddal melléksérülések nem keletkeznek, ezen a területen a hasüri nyomás kevésbbé érvényesül, tehát a műtét utáni állapot szempontjából idealisnak látszik. Fontosnak tartottam, hogy ennek az úgynevezett functionalis vesemetszésnek műtéti használhatóságáról meggyőződjek, annál is inkább, mert *Mihalik* vizsgálatai szerint is csak ezzel lehet biztosan elkerülni az idegek sérülését. Kísérleteimet friss, nem conservált hullákon végeztem. A *Rosenstein* által ajánlott módon behatolva a bőr és a fascia lumbodorsalis átmetszése után előtűnt a quadratus lumborum széle (2. ábra.), amely előtt megtaláljuk a vaskos iliohypogastricust és a XII. intercostalis ideget. Ezek az idegek előbb szabadon bukkannak ki a XII. borda alól, majd a musculus transversus hátsó

felszínéhez simulnak, melyről könnyen leválaszhatók és csak hosszabb lefutás után fúrják át az izmot, hogy további útjukban az obliquus int. és transversus között maradjanak. A XII. intercostalis a magasabban fekvő, az ilichypogastricus a mélyebben fekvő izomnyalábokat innerválja. A mély fascia bemetszése után, bár tekintélyes mélységben, előttünk van a vese zsíros tokja. A jobb vese kiszabadítása, sovány holttesten, mély veseállásban könnyen elvégezhető. Igaz, hogy a kiszabadítást kóros összenövések nem akadályozták. A bal vese kiszabadítása már legtöbbször a XI. és XII. bordák resectióját igé-



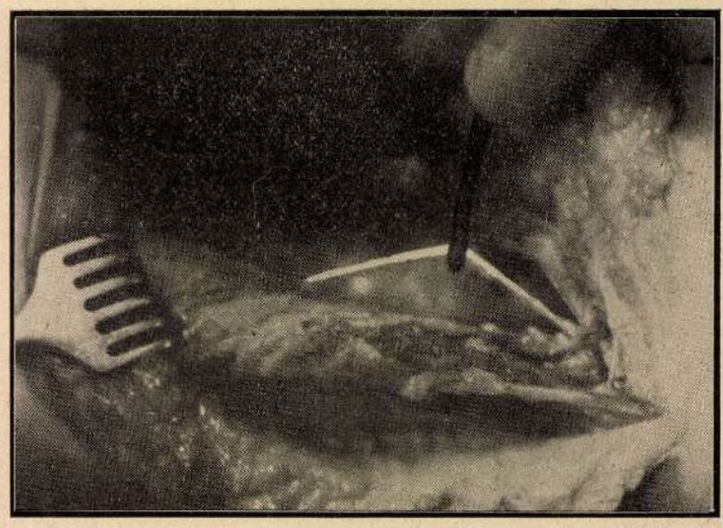
2. ábra.

nyelte, de ennek ellenére még mindig csak szűk hely adódott a felső polus kihámozására. Legalább 4—5 bordát kellene resecálni ahhoz, hogy a felső polust olyan kényelmesen érjük el, mint a ferde lumbalis metszés alkalmazásával. Ennek a nehézségnek az az oka, hogy hátsó behatolással a vese hátsó lapjára kerülünk, melyet a gerincoszlop közelében erősen görbült bordák zárnak körül-



3. ábra.

Itt a gerincoszlop és az erősen görbült merev bordák között kell a felső polushoz hatolni. A csontos, szűk környezet minden irányban akadályozza a mozgást s ezen a helyzeten egy-két borda resectiója nem sokat segít. Ezzel szemben a ferde lumbalis metszéskor a vese elülső felszínén dolgozunk, ahol a részben porcos, enyhén hajló bordaszélet jól fel lehet emelni annyira, hogy eszközeinkkel, kezünkkel a felső vesepolust kényelmesen elérjük. Ha a kocsány elég hosszú, akkor a vesét a hátsó metszésből is sikerül annyira kiemelni, hogy a pyelum hátsó falához és az edényekhez hozzáférünk (3. ábra.). Ha a sebet tágítani akarjuk a hasizmok bemetszését csak közvetlenül a crista ilei mellett végezhetjük, csak annyi izmot hagyva a cristán, hogy sebzáráskor ölteni tudjunk. Az iliohypogastricus (a jelentéktelen ilioinguinalist elhanyagolhatjuk) a musc. transversus átfúrása után mint a 4. ábránk mutatja, közvetlenül a csontszél mellett ha-



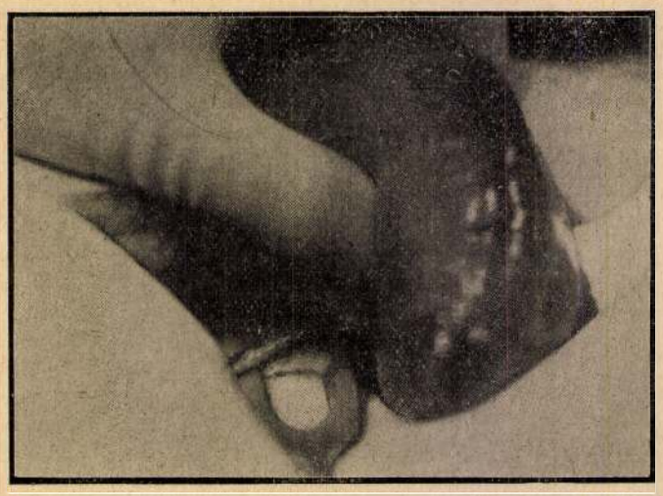
4. ábra.

lad. (A képen látható kipraeparált ideg alsó végénél felül a crista ilei, alul a bemetszett hasizmok alkotják a szögletet.) Tehát ha a hátsó metszés tágításakor a hasizmok oldalmetszését nem közvetlenül a crista mellett végezzük, vagy az iliohypogastricus főtörzsét, vagy annak nagyobb, fel- és visszafelé kanyarodó ágait vágjuk át, ami egyet jelent a hasizmok alsó kétharmadának valószínű atrophiájával. Ebből a hátsó metszésből az ureternek csak az iliaca-edények feletti részéhez lehet hozzáférni, de a lumbalis ureterszakasz is olyan mélyen fekszik a seb fenekén, hogy kiszabadítása, varrása nem könnyű feladat. A hasizmok oldalbemetszése után lényegesen több helyet kapunk a pyelum és ureter felső szakasza körül, de semmivel sem könnyebb ezáltal a helyzet a felső polus kifejtése tekintetében. Oldalbemetszés után azonban jobban ki lehet emelni a vesét s ezáltal az ureter legfelsőbb szakasza is hozzáférhetőbb. (5. ábra.) A hátsó metszés tágitását a crista mentén *Schultheis* is gyakorolja.

Véleményem szerint tehát a hátsó behatolási mód alkalmas nephropexia, decapsulatio, az ureter legfelső szakaszán történő beavatkozás, esetleg sima pyelotomia elvégzésére. Kényesebb kőműtéteknél, ahol a vesét teljesen kézben kell tartani, nephrotomia is szóba jöhet, ez a módszer már nem ad megfelelő feltárást. Bizonyos, hogy ez a feltárás legkevésbbé zavarja a hasizomzat működését, ezért fiatal nőkön, a bekövetkezhető graviditas miatt, sportembereken, physikai munkásokon, válogatott esetben alkalmazható. Még a crista mentén vezetett segédmetszéssel sem lehet megfelelő behatolási mód, magasan fekvő vese, pyonephrosis, perinephritis, tumor esetében, mert itt a nehézség elsősorban a magasan fekvő felső polus és az edények kihámozása körül van. Teljesen alkalmatlan a metszés az ureter alsóbb szakaszainak feltárására.

A functionalis metszéssel folytatott kisérleteim alapján láttam, hogy a hasizomzat átmetszése nélkül valóban

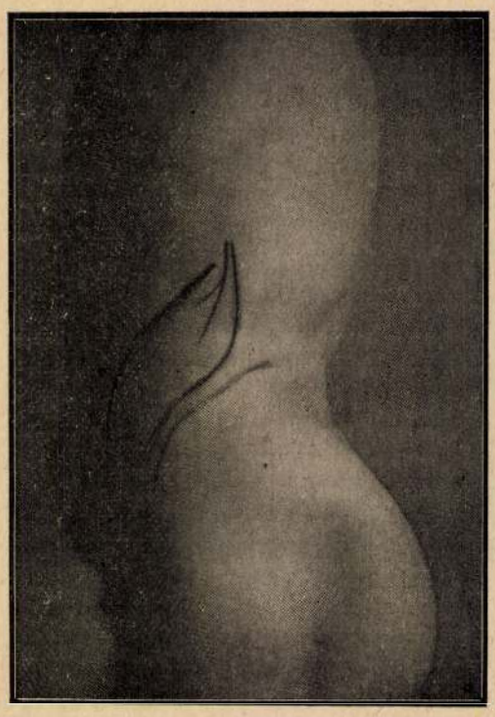
jó feltárást elérni nem lehet. A kitűnő feltárást nyujtó ferde lumbalis metszésnek is az a lényege, hogy a vese felett megfeszülő hasizomzatot szakitja meg. Feladatom csak az volt, hogy a XII. intercostalis és iliohypogastricus törzsének és nagyobb ágainak sérülését el tudjuk kerülni. Ezt a célt ugyan a hátsó metszéssel, melyet a crista mentén meghosszabbítunk, el is érjük, megkíméljük a hasizomzat működését, de ezzel a metszés, a ferde lumbalis metszéssel szemben, egyéb már vázolt hibáin kivül, lefelé kerül és éppen a felső vesepolus és edények ellátásában nem adhat megfelelő teret. Tehát a metszést nem lefelé,



5. ábra.

hanem felfelé kell áthelyezni. Segítségünkre van ebben az a körülmény, hogy a két legfontosabb idegtörzs, hosszú szakaszon fut lefelé szabadon, mielőtt még innervatiós ágakat adna. (2. ábra.) Ha a hasizmok folytonosságát közvetlenül a XII. borda alatt szakítjuk meg, úgy a metszés jóval a két idegtörzsnek a hosszú hátizomzat felől a musc. transversusra történő áthajlása fölé kerül, minek folytán a metszéssel az idegtörzseket nem sérthetjük meg. Annak következtében, hogy ezek az idegek ágaikat alulról felfelé adják, atrophiássá csak az a keskeny izomszegély válhatik, melyet a bordaív szélén varrás céljából meghagyunk, s annak sorvadása is jelentéktelen, mert a szomszédos bordaív megakadályozza nagyobb kiboltosulás keletkezését. A metszést a bordaívvel párhuzamosan vezetjük előre és felfelé convex ívvel hajlunk le az elülső hónaljvonaltól kezdve, a rectusszél felé. Ezen a területen már csak az obliqu. ext. rostjait találjuk, az obliqu. int. aponeurosisa és a fascia transversa felett. Az externus elülső rostjai idegeit a magasabb segmentumokból (XI.—VIII.) kapják, a megszakítás iránya megfelel az idegek és izomrostok lefutásának. A mélyebb izmok hártyás része idealis a behatolásra. Lefelé a metszés szükség szerint meghosszabbítható. A rectus beidegzésében a metszés csak olyan jelentéktelen zavart okozhat, melyet az alatta és fölötte levő ép izomszövet és a massiv rectushüvely ellenállása biztosan compensál. Juxtavesicalis ureterkövek esetében, mikor nagyobb területen pararectalisan kellene haladni, a rectusbeidegzés bekövetkezhető sérülése miatt, célszerűbb a szokásos metszés használata, mely a bordaszél és a spina iliaca ant. sup. közötti vonal külső és középső határától a symphysis felé halad.

Ha a hasizomzatot (musc. obliqui) az Erb-féle pontoknak megfelelően, a XII. borda széle alatt és a crista ilei közelében, kellő intensitású farados árammal ingereljük, kiadós összehúzódásokat észlelünk. A bordaszél érintésére (XII. intercostalis) inkább a felső egyharmadban, a crista mellett ingerelve (iliohypogastricus) inkább az alsó kétharmad területén észlelhetők a rángások. A rectusszal szomszédos területek a XI.—X. bordaköz izgatására húzódnak élénken össze. A 6. sz. ábrán feltüntetett alsó vonal a crista ilei, a felette lévők az iliohypogastricus és XII. intercostalis törzsének lefutását jelölik. A legfelső ívelt, felfelé domború vonal, az általunk ajánlott metszés iránya, melyen túl mediál felé a hasizmok összehúzódása csak a magasabb (XI.—IX.) intercostalis idegek izgatására következik be. Az anatomiai viszonyokból folyó megállapításoknak mintegy élettani controllját sikerült igy, gyakorlati szempontból kielégítő módon, az



6. ábra.

elektromos pontok izgatásával elvégezni. Tehát joggal felvehetjük, ha az általunk ajánlott behatolási irányt választottuk, úgy a keskeny bordamenti szegélytől eltekintve, a hasizomzat épségben marad.

A metszés gyakorlati kivitele a következő: a metszés felső kiindulási pontja a XII. borda alsó széle és a musc. iliocostalis által alkotott szöglet, ahonnan szorosan a XII. borda alsó széle mellett haladunk s ezt az irányt az elülső hónaljvonalig megtartjuk. Az elülső hónaljvonaltól, felfelé convex ívben, hajlunk le a rectus széle felé. Az ívelt rész hosszát a vese nagysága, helyzete szerint vehetjük rövidebbre-hosszabbra. Általában elég, ha a metszés a spina iliaca ant. sup.-t és a köldököt összekötő vonalat eléri. Két körülményre kell a metszéskor ügyelni. Először is lényeges, hogy a hasizmok átmetszését a borda alatt, leghátul, óvatosan végezzük, mert lehet, hogy a XII. intercostalis ideg a megszokottnál magasabban tér át a musc. transversus hátsó felszinére. Másodszor a metszés lehajló részén csak kevés izomszövet kerül a kés alá, tehát óvatosan kell áthatolni a hártyás részeken, mert a peritoneum megnyitása urologiai műtéteknél nem kivánatos.

A metszés sebészi használhatóságát külön ki kell emelnem. A metszés ugyanis azáltal, hogy magasabbra került, jelentékenyen megkönnyíti a vesefeltárás nehéz phasisait, a felső vesepolus és a vesekocsány kiszabadítását. Szinte olyan kényelmet biztosit, mintha a segédmetszést is elvégeztük volna, az eredeti ferde lumbalis metszés mellett. Az ilyen módon feltárt vese és ureter felületes fekvését 7.-ik képünk mutatja. Az ajánlott módo-

sítás előnye az is, hogy azok, akik a ferde lumbalis metszéssel szoktak dolgozni, a feltárás módjában lényeges változást alig vesznek észre, feltünő csak az lesz, hogy mennyivel könnyebben, kényelmesebben tudják a műtétet elvégezni. Használata egyedül a juxtavesicalis kövek műtétnél nem előnyös.

A ferde lumbalis metszés ilyen módosításával, melyet paracostalis metszésnek is nevezhetnénk, biztosan megkíméljük a XII. intercostalis és iliohypogastricus idegeknek nemcsak főtörzsét, hanem csaknem összes ágait, amelyek sérülése tulajdonképen oka a műtétet követő izom-

7. ábra.

atrophiának. Állíthatjuk tehát, hogy az általunk ajánlott, paracostalis, metszési irány követésével izomatrophia keletkezése nem valószínű, de ha mégis bekövetkeznék, olyan kis területre szoritkozhat csupán, ahol sem nagyságánál, sem helyzeténél fogva a beteg functióit nem zavarhatja. A metszés, a műtét szempontjából, jól beválik és minden reményünk megvan, hogy alkalmazása után, a nagyon kellemetlen izomatoniákkal és atrophiákkal a jövőben nem fogunk találkozni.

A székesfővárosi „Horthy Miklós"-közkórház sebészeti osztályának közleménye (főorvos: Milkó Vilmos egy. c. rk. tanár).

A IV. nemibetegség vagy lymphogranuloma inguinale néhány problémájáról.

Irta: *Gidró László dr.*, alorvos.

A Nicolas—Durand—Favre-féle negyedik nemibetegség egyre növekvő külföldi irodalma a megbetegedést az actualis orvosi kérdések első sorába helyezi. Bár az elnevezésben nagy ellentéteket találkozunk, remélhető, hogy a közeljövőben sikerül a nomenclaturában mutatkozó zűrzavart kiküszöbölve olyan elnevezést találni, mely a betegségre jellemző és annak lényegét híven adja vissza. A *Barthels* által ajánlott lymphadenitis granulomatodes venerea név megfelelne a fenti feltételeknek, de sem ez, sem *Hofhauser* „lymphantiasis"-a a köztudatba eddig még nem tudott átmenni. A szerzők többsége most is lymphogranuloma inguinale név alatt ír a negyedik nemibetegségről, s ezért a továbbiakban én is ezt a megjelölést fogom használni.

Ez az eredetileg trópusi megbetegedés ma már Európában is elterjedt és — a jelek után ítélve, — hazánkat sem kíméli meg. Ha egyelőre nem is lehet még járványról beszélni, feltétlen biztossággal megjósolható, hogy Magyarországon is sokszor fogunk lymphogranuloma inguinale (l. i.) esetekkel találkozni. A hazai irodalomban *Gaál Aurélia* és *Hofhauser* hívták fel az orvostársadalom figyelmét a l. i.-ra, s megjelölve azt az utat, mely a betegség elleni védekezésre a legalkalmasabbnak látszik, *Hofhauser* széleskörű praeventiót követel. A két magyar szerző az l. i. kór- és tünettanát, valamint felfedezésének és megismerésének érdekes történetét részletesen ismertette. Miután azonban a külföldi irodalomban közleményük megjelenése óta több olyan közlés jelent meg, mely újat hozott és érdeklődésre tarthat számot, adataikat kiegészíteni óhajtom.

A fertőzésnek eddig két fajtáját ismertük. Az egyik a genitalis fertőzés, mely nemi érintkezés útján jön létre. A fertőzések másik kisebb csoportja localisatióját tekintve extragenitalis, jellege szerint pedig lehet nemi (pl. cunnilinguus, passiv sodomia kapcsán keletkező elváltozások a nyelven, ajakon és végbélben), vagy foglalkozási. Az utóbbi fertőzési mód orvosokon található, kik gyógyítás közben a kéz és ujjak sebein át fertőződhetnek. A felsorolt esetekben a fertőzés direct, azaz közvetlen úton jön létre. Az indirect fertőzés lehetőségét *Lujan* és *Rotter* észlelései bizonyították be. Két leánygyermeken, kiknek szülei klinikailag és a Frei-reactio alapján is egészségesek, l. i. fertőzést állapítottak meg. A nemileg érintetlen 6 és 7 éves betegekkel együtt alvó nőrokonok l. i.-ben szenvedtek. A fertőzés ez esetben, leánygyermekek gonorrhoeás megbetegedéséhez hasonlóan, az ágyneműre került váladékkal történhetett.

Az l. i. kórokozója eddigi tudásunk szerint ismeretlen filtrálható virus. 1935-ben ugyan japán szerzők megbetegedett emberi és állati szövetekben kis képleteket, ú. n. *mikrocorpusculomokat* találtak, melyeket a l. i. kórokozójának tartanak, állításukat azonban eddig még nem bizonyították be s ezért felfedezésüket fenntartással kell fogadni. A kórokozó ismerete mindenesetre mérföldes léptekkel siettetné a betegség egyes problemáinak megoldását, különösen pedig gyógyítását célzó törekvéseinknek lenne hasznára.

A l. i. kezdeti jelenségei sokszor oly enyhén zajlanak le, hogy a beteg nem is veszi észre a fertőzést. Ismerünk eseteket, ahol a betegséget semmi sem árulta el, csupán a Frei-reactio positiv volta és a házas-, ill. ágyastársak évek a beteg nem is veszi észre a fertőzést. Ismerünk eseteket, ahol a betegséget semmi sem árulta el, csupán a Frei-reactio positiv volta és a házas-, illetve ágyastársak évek hosszú során észlelt betegsége bizonyítja, hogy fertőzés történt. Nagyon érdekes megfigyeléssel gazdagította ismereteinket *Reiss*, kinek férfibetege végbélszűkület miatt már régen kezelt nőtársától csak két évi együttélés után kapta meg a betegséget. *Reiss* azt hiszi, hogy vagy az incubatio hosszú egyes esetekben, vagy pedig a sokáig latens állapotban lévő virus reactiválódik. Mi inkább az utóbbi álláspont felé hajlunk. Ezt a felfogást igazolja a betegség terjedésében és lefolyásában mutatkozó időszakos frequentia és virulentia, melyet *Frei* állapított meg. *Reiss* észlelése mindenesetre bizonyíték arra, hogy a betegség még a harmadik stadiumban is fertőz.

Ha a betegség klinikailag hevenyen kezdődik, a l. i.-re jellegzetes granulomát mutató szöveti kép is heveny folyamatnak felel meg, amennyiben a második stadium elején megbetegedett környéki mirigyekben főleg *exsudativ* gyulladást, abscedáló beolvadást látunk. Azokban a mirigyekben, melyek később betegszenek meg, akkor, mikor már a klinikai jelenségek is subacut jelleget öltenek, *proliferativ* gyulladás lép előtérbe. A klinikailag idültté vált harmadik stadium szöveti képe még inkább jellemző a proliferativ lobra. Ebben a szakban mikroabscessusokat már alig látunk és a kép igen gyak-

ran annyira nélkülözi charakterét, hogy a betegséget csak a Frei-reactio segítségével tudjuk identifikálni.

Osztályunkon ¾ év alatt három betegen mutattunk ki l. i. megbetegedést, szövettani vizsgálat és Frei-reactio segítségével.

1. P. F.-né, 38 éves. 16 éves korában férjhezment. Utána állandóan alhasi görcsei és fehérfolyása voltak. Többször állott gyógykezelés alatt. 21 éves korában egy évig kéjnő volt. 1923 óta véres-genyes székletet ürít és állandó székrekedésben szenved, 1 év óta csak hashajtóra van széke. Hasgörcsei miatt sem dolgozni, sem táplálkozni nem tud. Az utolsó évben sokat soványodott. 14 hónappal felvétele előtt az I. sz. női klinikán méhét és méhfüggelékeit eltávolították. Folyása azóta meg is szünt, de hasi fájdalmai és végbélpanaszai megmaradtak. Klinikai tartózkodása alatt végbélszükületet állapítottak meg. Két hónap előtt az egyik sebészeti klinika járórendelésén jelentkezett, ahol a szükületet tágítással kezelték, az azonban nem javult.

A végbélnyilás felett kb. 6 cm-rel ujjat be nem fogadó merev, de eléggé mozgatható szükületet találunk, mely nem tetszik daganatnak, viszont gonorrhoeás szükületnek sem. Nőgyógyászati lelet: szük hüvely, portio középen, zárt méhszáj, belső nemi szervek hiányzanak. — Wassermann, R.: negatív. Go-ra negatív.

Gyulladásos végbélszükületre, esetleg daganatra gondoltunk és radicalis műtétre határoztuk el magunkat. A kóros végbélrészt *Goetze* módosított sacralis eljárásával távolítottam el. A rectum kifejtése a kiterjedt Douglas-környéki és perirectalis hegesedések miatt szokatlanul nehéz. Lassú éles praeparálással mégis sikerült a végbelet környezetével együtt kifejteni. A végbélnyiláshoz érve előbb belülről, majd később Whitehead szerint kívülről kipraeparálom a nyálkahártyát, s a felszabadított rectum és sigma részletet a végbélnyíláson keresztülhúzom. Az ilyen módon kifektetett és a végbélnyíláshoz körkörösen kivarrt bélből 30 cm-nyi darabot resekálok.

Szövettani lelet kivonata (Prof. *Zalka*): A hám alatt, de különösen a hámfosztott területeken lobos sarjszövet van, amelyben elég sok plasmasejtet találunk, de találunk csikokban világosabb duzzadt sejteket is, amelyek histiogen eredetűeknek tekintendők és némileg az epitheloid sejtekre emlékeztetnek. Egy helyen a sarjszövetben elég nagy tályogot találunk, amelyet 4—5 rétegben pallisade szerüen álló epitheloid sejtek vesznek körül. Ez a réteg töredezett magvú leukocytákkal infiltrált. Az izomfalban is számos lobos góc látható, amelyet epitheloid sejtekre emlékeztető histiogen sejtek és óriás sejtek alkotnak, valamint nagy számmal lymphocyták és plasmaséjtek. A szöveti kép alapján határozott gyanunk van arra, hogy a stricturát *lymphogranuloma inguinale* idézte elő.

A szövettani lelet gyanúja alapján elvégeztük a Frei-reactiót és az tényleg már 24 óra mulva erősen positiv volt.

A kórlefolyás sima volt, eltekintve attól, hogy a mütét után 14 napra erythema exsudativum multiforme-szerü kiütések jelentkeztek az alsó végtagokon. Az erythema 5 nap alatt eltünt. A beteg az osztályt gyógyultan hagyta el és azóta is panaszmentes, 18 kilót hízott, formált széket jól tart.

2. *K. S.* 25 éves férfi. Nemi bajt tagad. Felvételét megelőzően 3 és ½ hónappal nősült. 7 héttel felvétele előtt vette észre, hogy jobb lágyékában galambtojásnyi daganat keletkezett. A daganat eleinte nem fájt, lassan nőtt és csak 3 hét óta fájdalmas. 8 napja lázas, fekvő beteg, igen erös jobboldali alhasi fájdalmai vannak, 3 nap óta pedig állandó hányinger kínozza, szék és szelek nem mennek. Orvosa kizárt sérv gyanújával küldte osztályunkra.

A j. o. hypogastrium felett mérsékelt izomvédekezés és igen kifejezett nyomási fájdalmasság észlelhető. A j. o. inguinalis hajlatban tyúktojásnyi, hullámzó resistentia tapintható, mely igen fájdalmas. A fedő bör vörösen elszineződött, meleg. Nemi szervek épek. Leukocyta: 8400. Temperatura: 38.6. Diagnosis: lymphogranuloma inguinale?

Mütét. A bör alatt nyirokmirigy-paquettet találok. Kihámozása közben felületén több helyen apró tályogok nyilnak meg, melyekből szagtalan és világossárga szinü geny ürül. Drain az alsó sebzugba, sebegyesítés.

A mütéti lelet gyanunkat csak megerösítette. A genyből nem sikerült kórokozót kitenyészteni. A szövettani vizsgálat (*Zalka* prof.) eredménye. A nyirokszövetben folliculus nincsen, plasmasejtes idült lobos beszürödés látható benne. Epitheloid sejtes halmazok és mikroabscessusok nem láhatók, csupán egy helyen forog fenn utóbbinak gyanuja. Lymphogranuloma inguinalét ennek alapján nem lehet mondani, viszont kizárni sem tudom.

A Frei-reactio ez esetben is positivnak bizonyult. Mütét után a láz leesett és a hashártyaizgalmi jelenségek megszüntek. 3 hét mulva a beteg gyógyultan távozott. Jelenleg egészséges.

3. M. J.-né 38 é. 1925-ben vette először észre, hogy széklete véres-genyes és hogy a székelés fájdalmas, 1929-ben az egyik sebészeti klinikán aranyeret állapitottak meg és meg is operálták. Mütét után állapota rosszabbodott. Beöntésekkel kezelte magát, de ez sem hozott javulást. 1934-ben került először osztályunkra végbélpanaszai miatt. Több külső aranyeres csomón kivül kb. 3 cm-rel az anus felett, — ujjhegyet befogadó körkörös és élesszélü szükületet találtunk, melyből próbakimetszést végeztünk. A szövettani vizsgálat nem specifikus idült lobos infiltratiót mutatott. Langenbeck-mütét után panaszmentesen távozott. 1935. tavaszán jobb térde megduzzadt, a járás nehezére esett, később pedig fájdalmassá vált. Térdét kétizben is gipszkötésbe rakták, a duzzanat és a fájdalom azonban erre sem mult el. Térde azóta is állandóan dagadt és fájdalmas. 8 nap óta a bal könyöke is duzzadt. Orvosa arthritis tbc. diagnosissal küldte osztályunkra. Végbélpanaszai az utóbbi időben fokozódtak, széke csak hashajtóra van. Láza nem volt.

A végbélben most is megtaláljuk az előző vizsgálatkor észlelt szükületet, de az most már ujjkupot sem fogad be. A bal könyök duzzadt, félig hajlított tartásából active és passive is csak korlátoltan mozditható ki, a mozgatás fájdalmas. A jobb térd is duzzadt, a patella ballottálható, az izületet fedő bör feszes és fénylő. Wassermann-reactio: negatív. Gonorrhoeát nem tudunk kimutatni. A tüdőkről és a beteg izületekről készült röntgenfelvételek a legcsekélyebb elváltozást sem mutatják. Az izületi punctatum steril, a beoltott tengeri malacok nem betegedtek meg. Frei-reactio erősen positiv. Dg.: l. i.

Az 1. sz. esetben végzett mütéthez hasonlóan járok el. A rectum kifejtése ez esetben is nagy nehézséggel járt a merev és cementszerüen kemény perirectalis hegesedés miatt. A sphinctert a szükület mély fekvése ellenére is sikerült megtartanom.

Szövettani lelet (*Zalka* prof.): Feltünő a bélfal jelentös hypertrophiája. A stenotikus gyürünek megfelelően a felszint többrétegü laphám boritja, lefelé és felfelé azonban a belfelületet érdús sarjszövet képezi. A submucosának megfelelő réteg teljesen heges, lobosan infiltrált. A hypertrophiás izomréteget is plasmasejtes beszürödés szövi át. Egyes helyeken kicsiny tályogszerü képletek vannak, legalább is szövetfelritkulások láthatók, de leukocyták nincsenek benne nagy számmal. Ezek a képletek emlékeztetnek a l. i. mikroabscessusaira. Óriássejtet csak két helyen találtam, de ezek a részletek nem felelnek meg gümőnek, van bennük epitheloid sejt, inkább laza vándorsejtekből álló gócoknak látszanak. A lobos folyamat a pararectalis kötőszövetben is folytatódik. A submucosában itt is lobos gócok vannak, melyek helyenként mikroabscessus jellegüek. A szöveti kép bár egyes vonásokban hasonlit, nem felel meg a l. i. acut elváltozásainak, mégis mivel más elváltozást ki tudunk zárni, továbbá mert chronikus folyamatról van szó és a Frei-reactio positiv, a szöveti képet a l. i. chronikus stadiumának kell tartanunk.

Az arthritises tünetek a mütét után 8 nap alatt teljesen visszafejlödtek. Jelenleg a mütéti seb gyógyulóban van, a sphincter continens.

Mivel mindhárom betegünk házasságban él, szükségesnek tartottuk a házastársak vizsgálatát is. Az eredmény meglepő volt, amennyiben mindegyikük klinikailag egészségesnek bizonyult és csak a Frei-reactio positív volta árulta el, hogy fertőzésen valamennyien keresztülmentek.

Mindkét nőbetegünk végbélszükület tüneteivel, a betegség végstadiumában került kezelés alá, férfibetegünk ellenben a második stadiumra jellemző inguinalis bubóval. Hogy nőkön miért a végbéltünetek, férfiakon pedig miért a lágyéki mirigyek lobja dominálnak, azt a nemiszervek nyirokpályáinak különböző lefutásával magyarázzák. Míg ugyanis férfiakon a hímvessző nyirokerei az inguinalis és iliacalis nyirokcsomóhoz vezetnek, addig nőkön — a clitoris és a szeméremajkak pályáinak kivételével, — az anorectalis mirigyekhez. Ezen elmélet szerint férfiak csak abban az esetben betegedhetnének meg végbélszükület tünetei között, ha az elsődleges elváltozás nem a penisen, hanem olyan szerven jelentkezne, melynek nyirok-

erei az anorectalis mirigyekbe ömlenek. A valóság az, hogy a fenti elmélettel ellentétben — bár kétségtelenül ritkábban, mint nőkön, — férfiakon is kifejlődhetik végbélszükület. Másrészt végbélszükület miatt kezelés alá kerülő nőkön is megtaláljuk az esetek többségében a lágyéki mirigyek duzzanatát. *Gatellier* és *Weiss* az 1934. évi francia sebészcongressuson a rectum-strictura kifejlődésének útját a következőkben jelölték meg: 1. a külső genitaliák felől, nyirokpályák révén, 2. passiv sodomia kapcsán, 3. intravaginalis fertőzés következményeként. Elméletileg azt is felvehetnénk, hogy a virus az elsődleges elváltozás, vagy a hüvely váladékával valamilyen módon a végbélbe kerül és onnan a nyálkahártya nyirokrésein át felszivódik. Ezt a lehetőséget azért kell elvetnünk, mert *superinfectiót* kisérleti alapon nem sikerült létrehozni. A fertőzés terjedésének útját ma még nem tudjuk pontosan megállapítani, de valószínű, hogy mindhárom módon kifejlődhet szükület.

Férfibetegünk esetében az tünik fel, hogy a lágyéki mirigyek lobja terjedt át a hashártyára és ez váltotta ki a hányást, valamint okozta a paralytikus ileust. Feltevésünket az a körülmény is támogatja, hogy a beteg mirigyek eltávolítása után a peritonealis jelenségek is megszüntek. *Buschke, Boas* és *Vásárhelyi* hasonló tüneteket észleltek l. i. heveny stadiumában. *Tengwall* műtéti leletel bizonyította be, hogy a betegség virusa nemcsak részleges, hanem olyan általános proliferativ peritonitist okozhat, mely strangulatiós ileushoz vezethet.

Itt elérkeztünk ahhoz a kérdéshez, hogy a virus tényleg csak a nyirokrendszert támadja-e meg, vagy más szövetféleségeket is. A szerzők nagyrésze a virust kifejezetten lymphotropnak tartja. Kétségtelen, hogy a heveny tünetek és az idült elváltozások focusa egyaránt a nyirokrendszer, nevezetesen a nyirokmirigyek, de bizonyos jelek mégis arra mutatnak, hogy a virus más szervek iránt is fogékony. Állatkisérletekből tudjuk, hogy főkép majmokon, de egereken és patkányokon is, intracerebralis, intraperitonealis és intratesticularis oltás után specifikus enkephalitis, peritonitis és orchitis fejlődik ki. Igaz, hogy az említett szervek különösen gazdagok nyirokerekben, eme tulajdonságuk azonban még nem magyarázza meg teljesen a létrejött elváltozásokat. Miként a lues, valószínüleg ez a betegség is generalisálódik a második stadium után. Erre vall a gyakran észlelt septikus kórkép, mely magas lázzal, nagy elesettséggel, máj- és lépduzzanattal, esetleg exanthemák megjelenésével jár. Első betegünk alsó végtagjain is szemünk előtt fejlődtek ki eryth. exsud. mult.-szerű kiütések. A felhozott érvek azonban még nem bizonyítják azt, hogy a l. i. sepsis valódi bakteriaemia lenne. Elképzelhető, hogy a leírt elváltozások csupán a toxin felszívódása következtében jönnek létre. Mégis azt hiszem, hogy harmadik betegünk kórtörténete elegendő bizonyítékkal szolgál a bakteriaemia felvétele mellett. Ez a beteg kb. egy év óta fennálló gonitisszel került osztályunkra, közben ismételten és eredménytelenül kezelték abban a hitben, hogy izületi megbetegedése gümős természetű. A térd állapota a kezelésmentes időszakokban sem rosszabbodott, a röntgenfelvétel pedig negativ eredményt mutatott. Az izületi punctatum sterilnek bizonyult. Ugyanezen punctatum intracutan befecskendezésére betegünkön és egy másik biztosan l. i.-ben megbetegedett egyénen kifejezett papulát láttunk kifejlődni. A legfeltünőbb pedig az volt, hogy az arthritises jelenségek a műtét után hamarosan eltüntek és ellenére annak, hogy a beteg fentjárt, azóta sem tértek vissza. Az arthritist úgy tudnám magyarázni, hogy a végbélgócból állandóan legyengült virulentiájú kórokozók kerültek a véráramba és a valamilyen oknál fogva lecsökkent ellenállású jobboldali térdizületben telepedtek le.

A proliferáló és szükítő végbélgyulladás lefolyásában sem találjuk meg a lymphotropia teljes igazolását. Az anamnesisben sokszor szerepel passiv sodomia, a betegség pedig mindig proctitises tünetekkel köszönt be. Ezért feltehető, hogy legalább is az esetek egy részében az elsődleges elváltozás a végbél nyálkahártyáján jelenik meg, továbbá, hogy a nyálkahártya elváltozása megelőzi a perirectalis mirigyekét. Szükület miatt amputált végbelek makro és mikroskopos képe a szükület magasságában lévő összes rétegek pusztulásáról tanuskodik, a szükület felett lévő ugyancsak heges és felfelé tölcsérszerüen szélesedő rectumrészleten azonban mindinkább a nyálkahártya elváltozása lép előtérbe. A benyomás az, mintha a folyamat a lumen felől haladt volna előre.

Viszont az is kétségtelen, hogy a női nemiszervek már vázolt nyirokér-rendszere a perianalis és perirectalis mirigyek felé irányul, tehát a peripheria felől a lumen irányába terjedő előhaladás is elképzelhető. *Barthels* és *Biberstein* úgy képzelik el a szükület kifejlődését, hogy a medencebeli nyirokmirigyek (lgl. iliacae, hypogastricae stb.) megbetegedése folytán a bonctanilag praedisponált végbélrészleten nyirokpangás áll elő, minek következtében a virus egyrészt a hátsó hüvelyfal nyirokerein és a perirectalis nyirokcsomókon át directe, másrészt a medencebeli mirigyek felől retrograd úton a pangó nyirokba jut és a bélfalban specifikus gyulladást indít meg.

A l. i. egy másik megoldásra váró problémája az elephantiasisos jelenségek eredetének kérdése. A szerzők eleinte azt hitték, hogy a himvesszőn, herezacskón és különösen a vulván gyakran észlelt megvastagodások a megbetegedett környéki mirigyek működésének kiesésétől erednek, később pedig activ virushatásnak tulajdonították az elváltozásokat. A virus helyi hatását, azaz jelenlétét, a beteg szövetekből készített péppel végzett állatoltásokkal többen bebizonyították. *Ascher* és *Strohmeyer* arra az álláspontra helyezkednek, hogy az elváltozások pangás következtében jönnek létre. Ezzel szemben mások azt hangsúlyozzák, hogy pangás egymagában nem okozhat ilyen súlyos szövetelváltozásokat, hanem a virusnak a környező szövetekre gyakorolt hatásában kell keresni a kóros szövetszaporodás okát. A pangásos elmélet ellen még azt is felhozhatom, hogy a lágyékmirigyek kiesése nem okoz szükségképpen elephantiasist, továbbá, hogy a fertőzött nyirokmirigyek környékén körülírtan jelenik meg ugyanaz a sklerisis, amely máskor az egész himvesszőre, herezacskóra, vagy vulvára ráterjed s hogy ismerünk esetet, ahol a megvastgodás olyan kis területre terjed ki csupán, mint a clitoris és végül, hogy az elephantiasis spontan megszünhet és recidiválhat.

Arra a kérdésre, hogy a l. i.örökölhető-e, *Dick* közleménye ad feleletet. L. i.-ben szenvedő anyától született 14 napos csecsemőn Frei-reactiót végzett és azt positivnak találta. Controllképen egészséges anyáktól származó csecsemőket is beoltott, ezek azonban nem adták a reactiót. Ebben az esetben a fertőzés minden valószinűség szerint az intrauterin életben következhetett be, nem pedig a szülés alatt, vagy azután. Még az is szóba jöhetne, hogy az újszülött nem a betegséget, hanem csak egy passiv allergiát örökölt. *Dick* feltételezi, hogy ez esetben az allergiának és ezzel együtt a reactio intensitásának is gyengülnie kellene az idők folyamán. Ezért kb. 5 hónap mulva megismételte a reactiót, mely ezuttal is erősen positivnak bizonyult.

A betegség gyógyításában egyelőre még csak kisérleteknél tartunk. Az eddig használt chemiai szerek és physikalis eljárások nem sok sikert mutathatnak fel. Az egyedül eredményesnek látszó gyógymód ezidőszerint a sebészi beavatkozás. A második stadiumban ritkán kerül beteg sebészkézre, pedig a lágyéki mirigyek idejekorán

végzett alapos kitakaritása talán sok esetben megakadályozná a végbélszükület kifejlődését. A végbél betegsége esetén — aszerint, hogy a beavatkozás idejét mikor választjuk meg, — sokat használhatunk és árthatunk műtéttel. Kezdetben, mikor a heveny jelenségek dominálnak, ne nyuljunk késhez, hanem elégedjünk meg a végbél öblítésével és a széklet rendezésével. Ha a heveny tünetek már lezajlottak és a szükület kezd kifejlődni, ne várjunk addig, míg a beteg leromlik, hanem végezzünk radicalis műtétet. A heveny stadiumban csak életveszélyes septikus kórkép képez műtéti javalatot. Nagyfokú leromlottság mellett kerüljünk minden nagyobb beavatkozást. Ilyenkor, különösen idült bélelzáródás tünetei között, coecostomia készítése célszerű, később aztán, ha a beteget sikerült felerősíteni, elvégezhetjük második ülésben a radicalis műtétet. A műtét csak akkor felel meg a követelményeknek, ha nem csak az egész végbelet és a sigmabél nagyrészét, hanem a mesorectumot és a perirectalis zsír- és kötőszövetet is teljes egészében eltávolitjuk. Ami technikailag igen nehéz feladat. Több eljárás közül választhatunk. A külföldi szerzők többnyire *Kirschner* abdomino-sacralis műtétjét végzik. Én az egyszerűbb és épen olyan radicalis, de sokkal gyorsabb Goetze-féle sacralis eljárást combináltam *Hohenegg* „áthúzásos" módszerével, ami lehetővé tette a felülről lefelé, tehát aseptikus dolgozást és a sphincter megtartását. Hogy ez milyen előny, azt mindnyájan tudjuk, akik anus praeternaturalissal élő betegek lelki szenvedését látjuk.

Végül hálás köszönetet mondok *Zalka* tanár úrnak a szövettani vizsgálatokért és *Hofhauser* tanársegéd úrnak a rendelkezésemre bocsátott Frei-féle antigenért.

A Tisza István Tudományegyetem sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Hüttl Tivadar ny. r. tanár.)

A bélfodor tömör daganatairól.

Irta: *Jáki Gyula dr.*

A bélfodor valódi daganatai általában ritkák és közöttük is az ürös daganatok a gyakoriabbak. A tömör daganatok gyérsége az irodalom adatai között szembetünő, bár valószínű, hogy különösen a jóindulatú lassan növekedők, szövődményeket, tüneteket nem okozók még sem olyan ritkák, mint azt egyesek hangsúlyozzák. *Morgagni* már 1760-ban leírta a bélfodordaganatok klinikai és kórbonctani tüneteit. Eredetükről azonban még ma is csak annyit tudunk, hogy a bélfodor szöveteiből vagy szétszóródott ébrényi szövettelepekből indulnak ki és hogy a fibromák keletkezésében *Aschoff* szerint erőművi behatás is szerepel.

Nincs megegyezés abban, mit nevezünk tulajdonképen bélfodordaganatnak. A francia szerzők a hashártya mögötti ür daganatait is mesenterialisnak nevezik. A daganat lehet a hasüregben a bélfodor lemezei között, vagy a hashártya mögötti ürben és vannak a daganatoknak olyan átmeneti alakjai, mikor a daganat mind a bélfodor lemezei között a hasüregben, mind a tulajdonképeni hashártya mögötti ürben ül. A bélfodor gyökében fejlődött daganatok belenőnek a hashártya mögötti ürbe és valószínűleg a hashártya mögötti daganatok viszont a bélfodor lemezei közé. A szabad bélfodor lemezei között, annak környéki részében, a bélhez közel levő daganatok azonban már igen nagy kiterjedés után sem nőnek bele a hashártya mögötti ürbe. Ezek legtöbbször a bélre terjednek rá, abba törnek bele, azt burjánozzák körül s áttörve a hashártyát, a környező hasüregi szervekre nőnek rá. Véleményünk szerint helyesebb *bélfodri (mesenterialis), hashártyamögötti (retroperitonealis)* és *átmeneti* alakokról beszélni. Az utóbbi elnevezéssel azokat a daganatokat jelöljük, amelyeknek kiindulási helyét a műtét nem tudja eldönteni, sőt néha a boncolás sem.

A bélfodor tömör daganatainak nagyobb része az irodalom adatai szerint nőkön fordul elő (60%). A daganatok nagyobb számban rosszindulatúak. Mind a rossz, mind a jóindulatúak ritkaságát mutatja a kevés számú egyes eseteket ismertető közlemény és jellemző, hogy pl. *Rankin* 1932-ben a Mayo klinika páratlanul gazdag anyagából csak 15 tömör bélfodordaganatot, még pedig 7 jó és 8 rosszindulatút ismertetett.

A bélfodor tömör daganatainak kórismézése, amíg azok kicsinyek és szövődményeket nem okoztak, áttételeik nem fejlődtek, igen nehéz. A kórelőzményi adatok változatosak és nem jellemzőek. Egyik részük, különösen a lassan növekedők, hosszú ideig teljesen tünetmentesek maradnak és csak véletlenül fedezi fel őket az orvosi vizsgálat, vagy a más okból végzett műtét. A tünettelen alakok gyakran a terhességben kezdenek hirtelen növekedni és tüneteket okozni. Bizonytalan, nem heves hasi fájdalom, feszülés, nehézség érzése a hasban, makacs székrekedés, étvágytalanság, soványodás, szívdobogás a kezdeti tünetek. Bélműködési zavarokat, hasmenést, bélvérzést már a bélre ráterjedő daganat idéz elő. A daganat csak megfelelő nagyságban tapintható ki. A rosszindulatú daganatok sajnos a legtöbbször már későn, az áttétek, a bélre-ráterjedés, az inoperabilitás szakában lesznek kitapintható nagyságúvá. Működési bélzavarokat a bélhez közelebb eső daganatok hamarabb okoznak.

A nagy, tapintható daganatokban is sokszor félrevezetnek a tünetek, s a daganat bélfodri eredete csak a műtétkor derül ki. A bélfodordaganatra jellemző, hogy a közepén, a köldöktájon van; nemcsak oldalirányban, hanem fel és lefelé is szabadon mozgatható; fölötte tompa a kopogtatási hang, de a daganatot lefelé a kis medence felé dobos kopogtatási hangot adó öv választja el. *Naegeli* kórjellemzőnek mondja a tompult kopogtatási hangot adó daganat fölött harántul húzódó és helyét nem változtató dobos kopogtatású területet, azonban ez a tünet is több esetben hiányzik. A daganat mozgathatósága a bélfodor hosszúságától függ. A vastagbél felfúvás utáni kopogtatásos és röntgenvizsgálatát sokan döntőnek tartják. Mi jellegzetesebbnek találtuk a röntgenátvilágításkor azt a tünetet, hogy a vékonybélkacsok árnyéka szétolt és ezek a daganatot körülveszik.

A tünetek nem állandóak s ha meg vannak is, csak megfelelő nagyságú daganat esetén észlelhetők. Vastag hasfalon át, szabad hasüri folyadékban a daganat gyakran ki sem tapintható. A bélhez közellevő daganat a bélfodor és a bél csavarodását idézheti elő, amikor heveny bélelzáródás tünetei jelentkeznek. Ez csak a bélfodor széli részében elhelyezkedő, nagyobb mozgásokat végző daganatokkal fordul elő.

A rosszindulatú daganatok a különféle sarkoma csoportokba tartoznak. 6 bélfodor-sarkoma esetünk kórtörténetét rövid kivonatban ismertetem.

1. V. I. 4. é. fiu. 3 hóval ezelőtt kezdte hasát fájlalni. Hasa nöni kezdett. Néhány hete arca és bokája megduzzadt. Puffadt arc, vizenyös szemhéj és boka. A hasban, a középen gyermekfejnyi, tömött, sima felületü, a kis medence felé s kétoldalt jól elhatárolt daganat, mely alig elmozdítható és felette tompa a kopogtatási hang. Láztalan. Vizeletében nincs kóros. Fvs.: 31.000, vvs.: 2,800.000, Hb. 56%; a vérképben bas. 1%, myel. 67%, neutr. 1%, fiatalkori 4%, lymph. 18%. Műtét: a belekkel kiterjedten összekapaszkodott, gyermekfejnyi, puha, vérbő, a bélfodorból kiinduló, el nem távolítható daganat. A szövettani vizsgálatra kimetszett daganatrészlet sarkoma reticularenak bizonyul. (Prof. *Orsós.*) A műtét utáni 3. napon szülei haldokolva hazaszállitják.

2. V. V. 5. é. fiu. Állitólag aznap, heveny tünetek között betegedett meg. Hasát fájlalta, hasa felpuffadt, hasmenése

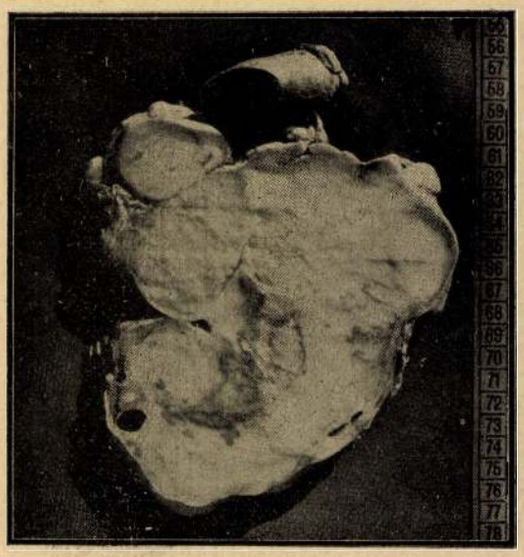
volt. Elődomborodó has, caput Medusae, hasvíz; jobb oldalt a hasban, a középen, eléggé mozgatható, gyermeköklönyi, dudoros felszínü daganat, mely fölött a kopogtatási hang tompult. A has böre, a borék vizenyös. Fvs.: 16.300, vvs.: 4,200.000, a vérképben eos. 1%,neutr. 52%, fiatalkori 1%, pálcikaalakú 1%, lymph. 43%, monoc. 2%. A mütét ez esetben is már csak explorativ laparotomia lehetett. 3. napon exitus. — Boncolás: a bélfodor környéki részéből kiinduló lymphosarkoma; reáterjed az alsó csipőbélszakaszra, áttételek a májkapuban, a tüdőben, a gátorban, a vesékben.

3. B. M.-né 42. é. — 2 éve beteg; daganatot érez a hasában, állandóan makacs székrekedése van, sokat sóványodott, 8 hónap óta evés után gyakran hány. A vékony hasfalon keresztül a köldöktől jobbra, a középen jókora ökölnyi, dudoros, egyáltalában nem mozgatható daganatot tapintunk. A gyomor-bélhuzam röntgenvizsgálata eltérést nem mutat. Mütét: a bélfodor gyökeréből kiinduló, a haránt vastagbéllel és a nyombél-éhbélhajlattal összekapaszkodott, petyhüdt izom tapintatú, el nem távolítható daganat. A mütét sebe elsőlegesen gyógyul, lebenykés tüdőgyulladás támad, 15. napon exitus. Boncolás: a bélfodor gyökéből kiindult daganat betört a haránt vastagbélbe, ráterjedt a nyombél-éhbélhajlatra; a halál közvetlen oka szívbénulás, melyet a kétoldali eves, lebenykés tüdőgyulladás idézett elő. A szövettani vizsgálat szerint a daganat sarkoma reticulare polymorphocellulare. (Prof. *Orsós*.)

4. S. I. 42 é. férfi. — 11 hónapja beteg: makacs székrekedés, nehéz lélegzés, haspuffadás. A belklinika helyezi át, ahol 1500 ccm szabad, véres hasüri folyadékot bocsátottak le. Nagyon elődomborodó has, kimutatható szabad hasüri folyadék; jobb oldalt alul, homályosan jókora ökölnyi daganat tapintható. A borék és a lábszárak vizenyösek. Röntgenvizsgálat: a gyomor felnyomott, alsó széle tenyérrel a csipőtányér felett, az egyes éhbélkacsok egymástól különállóan úsznak, széttoltak. Mütét: a bélfodor gyökében férfiökölnyi, dudoros, vérbő, porckemény, a bélre, csepleszre ráterjedő, el nem távolítható daganat. Nem tudjuk eldönteni, hogy a bélfodorból, a hashártyamögötti ürből vagy a hasnyálmirigyből indul-e ki. 5. napon szívgyengeségben beáll a halál. Boncolás: a bélfodorból kiinduló, az éhbélre ráterjedő lymphosarkoma.

5. L. L. 54 é. férfi. 3 napja hirtelen szédülés fogta el, kirázta a hideg, lázas lett, hasa jobb oldalában szúró fájdalmakat érzett, hasa felpuffadt, szék, szelek csak hashajtóra távoztak. A fájdalmak időnként a jobb vállba és a gyomor felé sugároztak ki. — A csipő-vakbéltájon, valamivel a köldök alatt jókora zölddiónyi, tömött tapintatú, élesen határolt, fájdalmas terimenagyobbodás. Kifejezett izomvédekezés, élénk Rovsing és Blumberg-tünet. Hömérsék 37.8°, érlökés 78, fvs.: 8.800. Vizeletben kóros nincs. Wassermann-kémlés nemleges. Kórisménk infiltratum periappendiculare. Ágynyugalomra, jégzacskóra, folyékony étrendre az infiltratum megkisebbedik s 5. napra a beteg leláztalanodik. Négy napi teljes láztalanság után házi kezelésbe bocsátjuk, utasitjuk, hogy időnként mutassa meg magát és az infiltratum felszívódása után a féregnyulvány eltávolítását ajánljuk. 6 hét mulva jeletkezik ismét. Elmondja, hogy ez idő alatt teljesen panaszmentes volt. A csipő-vakbéltájon a nagy-diónyi, tömött, élesen határolt, elmozdítható terimenagyobbodás most is tapintható, azonban az nyomásra alig fájdalmas és izomvédekezés nincs. A gyomor-bélhuzam röntgenvizsgálata kóros eltérést nem mutat. Pirquet: nemleges. A vizeletben kóros nincs. A vérképben neutr. 77%, pálcikaalakú 3%, lymph. 18%, mono. 2%. Láztalan. Mütét: a csipőbél beszájadzása felett, a bélfodor lemezei között jókora férfi ökölnyi, dudoros, igen vérbő, puha daganat. Sikerül a bél csonkolása nélkül látszólag tökéletesen eltávolítani. A daganathoz csúcsával odanött, különben ép, féregnyulványt is eltávolítjuk. A vérbő, mállékony, szivacsos szerkezetü daganat a szövettani vizsgálattal lymphosarkomának bizonyult; a féregnyulvány ép volt. Elsőleges sebgyógyulás. Röntgenbesugárzás. Egy év mulva a daganat kiújul. A besugárzás teljesen hatástalan, fél év mulva otthonában meghal. Boncolás nem történt.

6. Ö. J.-né 63 é. — Évek óta makacs székrekedés, 4 hónap óta hasában, a köldök alatt daganat nő. Fájdalmakat érez a köldöktájon. Lesoványodott. Egyenetlenül elődomborodó has, az elődomborodás jobb oldalt alul kifejezettebb. A hasban inkább jobb oldalt fekvő, emberfejnyi, összehúzódott izom tapintatú, enyhén dudoros felszínü, minden irányban jól elmozdítható daganat. Röntgenvizsgálat: a gyomor balra tolt, egész nagyságában a bal hypochondriumban van, a vékonybélkacsok széttoltan feküsznek és a daganat fölött is láthatók. Mütét (Prof. *Hüttl*): emberfejnél nagyobb, majdnem az egész hasüreget kitöltő, tömör bélfodordaganat, melyet az alsó csipőbélszakasz csonkolásával tökéletesen eltávolítottunk. A tojásdad alakú daganat (1. ábra) hosszabbik átmérője 32 cm, a rövidebbik 20 cm, a metszlap egynemü, kevés vörhenyes sávval határolt okkersárga folttal tarkázott, egyébként fakó szürke, mindenütt izom tapintatú. Szövettani kórisme (Prof. *Orsós*): sarkoma polymorphocellulare reticulare. A mütét a beteget nagyon megviseli: vérátömlesztés, érbe, bőralá adott cukoroldat, kardiacumok. Sebe elsőlegesen gyógyul, bélmüködése kifogástalan. Röntgenbesugárzás. Egy év mulva a daganat kiújul, másfél évvel a mütét után otthonában meghal. Boncolás nem történt.



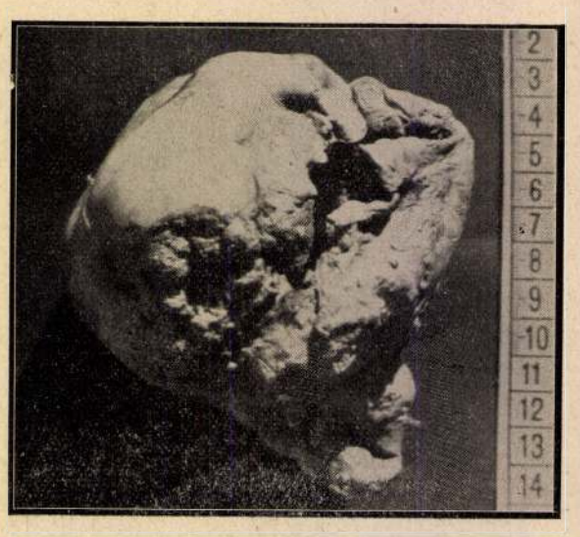
1. ábra.

Az irodalmi közlemények mindegyike azt hangsúlyozza, hogy a bélfodordaganatok nőben gyakrabban fordulnak elő és hogy a 30—50 életév között támadnak. A mi 6 esetünk küzül 4 férfi volt, sőt még a később ismertetendő 7. esetünk is. Két betegünk az első, egy pedig a hetedik évtizedben volt. 1., 2., 3., és 4. betegünk már az operálhatatlanság szakában került észlelésünkre. Említésre méltó 5. esetünk kórelőzménye. A beteget a klinikára heveny hasi megbetegedéssel szállítják be s a tünetek az infiltratum periappendicularera jellemzőek. A műtét deríti ki a valót. 6. esetünkben az évek óta növekedő rosszindulatú daganat a bélfodor lemezei között feküdt szabadon a hasüregben s gyökeresen eltávolítható volt. 1., 2., 3. és 4. betegünk közvetlenül az explorativ hasmetszés után, 5. és 6. a gyökeresnek látszó kiirtás után másfél év mulva a kiújuló daganat és áttételeinek következtében halt meg. A daganatot csak két esetben tudtuk eltávolítani. Egyik esetben az a bél csonkolása nélkül, a másikban csak annak csonkolásával együtt volt kivihető.

A jóindulatú bélfodordaganatok közül a lipoma, myxoma, myoma, haemangioma, teratoma és legritkábban a fibroma fordul elő. Az utóbbiak többszörös alakját is észlelték. Nagyrészük lassan nő, tüneteket nem okoz és csak *a bélfodorcsavarodás kapcsán kifejlődött bélelzáródás meg*oldására végzett műtét deríti ki. Elfajulások nemcsak a rosszindulatú daganatokban, hanem a jóindulatúakban is előfordulnak. Ismertek a sarkoma cystikus és a jóindulatú fibromák myxomás *(Lexer, Shepherd, Abrajanow)* és sarkomás elfajulásai. Egyik esetünkben a bélfodri fibroma olyan elfajulásos szövődményét észleltük, melyről feljegyzést az irodalomban nem találtam.

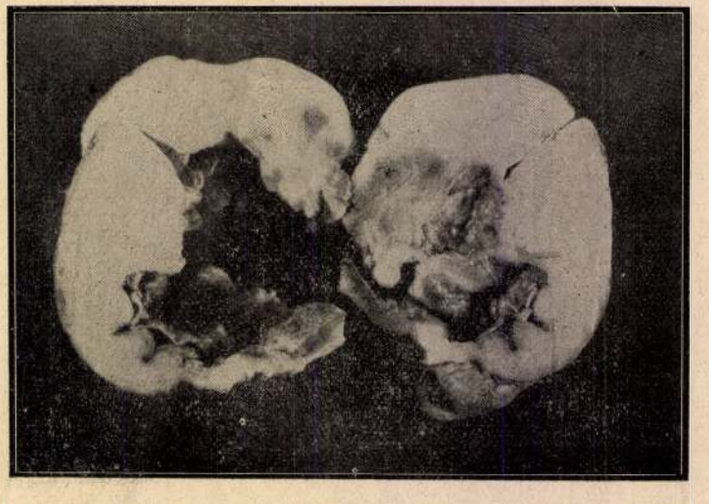
Ch. Gy. 44 é. férfi. — 1931. márc. 17-én szállitják be. Elmondja, hogy már évek óta érez hasában, bal oldalt húzó fájdalmakat, melyek különösen nagyobb testi megerőltetés után jeelntkeznek. Két napja, reggel hirtelen heves, görcsös fájdalmai keletkeztek a bal hasfélben. Mivel széke nem volt,

nagy adag ricinust vett be. Bár annak egy részét kihányta, mégis bőséges széke volt és közérzete megjavult. Másnap este újra rosszul lett, kirázta a hideg, hőmérséke 40°-ra emelkedett. Ma reggel óta egész hasa igen érzékeny, fájdalmas. Délután ismét hirtelen, olyan nagy görcs jelentkezett, hogy szinte magánkívül volt és hasa, különösen bal oldalt megkeményedett. Orvosa este a klinikára szállíttatta. — Az elődomborodó has, különösen bal oldalt, már tapintásra feltünően érzékeny; a köldöktől balra és felette a fájdalmasság miatt csak elmosódottan tapintható ökölnyi termienagyobbodás. A has pontosabb vizsgálata a fájdalom és az izomvédekezés miatt nem lehetséges. Hőmérsék 37.7°, érverés 116, középtelt, egyenletes. A vizeletben urobilinogen. Fvs. 5.400. Aetheraltatásban műtét (Prof. *Hüttl*). Bal oldali pararectalis metszés. A hashártya megnyitásakor dögbüzü geny buggyan elő. Általánosnak látszó rostonyás-genyes hashártyagyulladás. A legfelső éhbélkacs bélfodrában jókora ökölnyi daganat ennek elülső részén kb. kétpengősnyi cafatos szélü nyilás, melyből büzös sürü, szennyes-szürke kenőcsszerü anyag ürül. A daganatot sikerül a bélfodor lemezei közül kihámozni. Tampon, szádló, részleges hasfalzárás. Szölöcukoroldat a bőr alá, kardiacumok, aznap, másnap, majd harmadnap vérátömlesztés. Szívmüködés állandóan romlik, 6. napon általános hashártyagyulladás tüneteiben meghal.



2. ábra.

A nagyjában gömbalakú daganat (2. ábra.) egynemü, összehuzódott izomtapintatú. A cafatos szélü, 3 cm hosszú elnyújtott nyilás elhalt szövetrészletekkel és vastag pyogen hártyával fedett, csecsemőökölnyi üregbe folytatódik. A metszéslapon (3. ábra.) a daganat egynemü szerkezete rostdaganatra emlékeztet, az elhalásos üreg az elülső felszinhez közel van, az átfúródásos nyilás közelében az üreg falát néhány mm. vastag szövet alkotja. A daganat állománya az üreg környezetében puha, a metszéslapon vörhenyes szinü. A szöveti vizsgálat (Prof. *Orsós*) a daganatban tömötten csoportosult és aránylag sok rostot tartalmazó fiatal kötöszövetet talált. A daganatszövetben aránylag sok apró véredény és mind a véredények falában, mind ezek körül mérsékelt fokú burjánzás látható. Az elhalt daganatrészek környezetében nagyfokú a sejtes beszürödés. E sejtesen beszürödött területekben a daganatsejtek duzzadtak és polymorphicitást mutatnak. Szövettani kórisme: fibroma.



3. ábra.

A lassan növekedő, a kemény, de a gyors növekedésü fibromákban is gyakoriak a táplálkozási zavarok következtében előálló elhalások, elfolyósodások. Esetünkben az évek óta növekedő fibromában az elhalásnak, a másodlagos fertőződésnek és a szabad hasüregbe betörésnek okát közelebbről felderíteni nem sikerült. Az ürös daganatok másodlagos elhalálos szövődményei gyakoriabbak.

Murphy szerint a sarkomák a bélfodor gyökéhez közel, a fibromák a bélfodor széli részén, a bélhez közelebb vannak. A mi észleléseink nem támogatják ezt a megállapítást.

A bélfodor tömör daganatainak kórjóslata rosszabb, mint az ürös daganatokéi, nem tekintve a rosszindulatú ürös daganatokat. Egyrészt azért, mert a tömör daganatok nagyobb része rosszindulatú s a tünetek szegénysége, nem jellemző volta miatt a legtöbbször már későn kerülnek szemünk elé, másrészt, mert a jóindulatú tömör daganatok másodlagosan okoznak súlyos szövődményeket.

Még a jóindulatú daganatokat sem lehet mindig kihámozni. Sokak véleménye az, hogy a fibromák, myomák a bélfalból indulnak ki s azért az egyedüli gyökeres műtét a megfelelő bélszakasz csonkolása a daganattal együtt. Sajnos ez a követelés a bélfodor gyökében levő daganatok nem mindegyikében vihető ki. A csonkolás a nagy összenövések miatt is néha igen nehéz s nagy szakaszok csonkolása válik szükségessé. A marsupialisatio nem tekinthető gyökeres műtéti megoldásnak.

Kevés az említés az irodalomban az utólagos röntgenkezelésről és a kiújulásról. A bélfodorsarkomákat *Nossen* nem tartja alkalmatlannak röntgenbesugárzásra s hangsúlyozza, hogy a kereksejtes sarkomákkal jobb eredményt érhetünk el, mint a többi fajtával. *Perrando* az olasz szerzők észlelései alapján a kiújulást gyakorinak mondja. Mi csak két esetünkben fordulhattunk a műtét utáni röntgenbesugárzáshoz. Mind a két esetünkben kiújult a daganat, annak ellenére, hogy az eltávolítás gyökeresnek látszott, de e két esetből általános érvényü ítéletet nem mondhatunk.

A Pázmány Péter Tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye (igazgató: Hainiss Elemér ny. r. tanár.).

Dermatitis bullosa-járvány gyermeknyaralótelepen.

Irta: *Flesch István dr.*

A tömegnyaraltatás felügyeletével megbizott orvost olykor nehéz feladat elé állítja valamely ritka, azon a helyen szokatlan betegség járványszerű megjelenése, különösen, ha bőrjelenségek mutatkoznak s gyermekekről lévén szó esetleges fertőzőbetegség gyanuja merülhet fel.

Részben az epidemiologiai érdekesség, részben magának a kórképnek ritka gyermekkori előfordulása teszi érdemessé észlelésünket a közlésre.

1935. augusztusának első hetében egyik balatonmenti gyermeknyaraltató üdülőtelepen, az ott nyaraló 280 fiugyermek közül, — akik 13 csoportba tagolódtak külön felügyelet alatt — az V. és VI. csoportból (20—20 gyermek) egyszerre 12 gyermek jelentkezett azzal a panasszal, hogy hólyagos kiütéseik támadtak eleinte égető, majd viszkető érzés kiséretében.

A 8—14 éves, különben egészséges fiuknak alsó végtagjain a fedetlen bőrfelületek vonalszerű excoriatiókkal vannak tarkítva s közöttük elszórtan, a térdek, de főleg a bokák körül sűrűbben, szabálytalan elrendeződésben, gombostűfejnyitól egészen kis borsónyi nagyságig, számos hólyag látható. A hólyagok többnyire kerekek, helyenkint ovális, sőt sáv alakúak; részben különállók, részben sáv alakban egymással összefolynak. A kezdő efflorescentia tulajdonképpen kerek, vagy szabálytalan papula, melyből 12—18 óra mulva kissé sárgás-barna színbe játszó, erősen fénylő, sima felszínű, feszes vesicula, sőt bulla fejlődött ki, mely körül a bőr semmiféle visszahatást nem mutat (1. sz. ábra.). Egyéb elváltozás a bőrön

1. ábra.

(erythema, urtica) nem észlelhető. A hólyagok tartalma borostyán színű, kissé viscozus nedv. Egyes hólyagokba néhány nap mulva bevérzés is történt. A hólyagok megjelenésekor kiváltott reflexszerű dörzsölő mozgások nyomán (comb a combhoz, lábujjak a bokához) az illető területen (comb, lábujj) a fentiekkel teljesen egyező hólyagok keletkeztek, bár a 3 nap mulva végzett beoltási kisérletek idegen végtagra s a betegek ép bőrére negativ eredménnyel jártak. A betegség a közérzetet nem illette, lázat nem okozott.

A hólyagok jellege és sajátságos elrendeződése alapján a baj külső eredetűnek látszott. Bár a hólyagok tartalmának közelebbi vizsgálata nem volt módomban, a fenti inoculatiós kisérletek negativ eredménye mégis megdönthette az esetleg szóbajövő staphylodermia fennforgását. A környezettel kapcsolatosan szóbakerülhető tényezők (rovar, fürdő, ágynemű stb.) kutatása folyamán kiderült, hogy ezek a gyermekek előző napon a telepnek a sás közelébe eső füves területén felügyelőjükkel labdát rugtak. E hólyagok azokon jelentkeztek, akik a magasabb fűben a sás közelében játszottak, míg az út mentén elhelyezkedők (gyér füvezet) mentesek maradtak. A felügyelő, aki pedig ugyancsak a sás közelében játszott s hasonló öltözékben, mint a gyermekek (rövid nadrág, csupasz lábra húzott cipő) szintén mentes maradt. Ez a körülmény persze még nem szól a terület aetiologiai vonatkozása ellen, mert lábszárának dús szőrzete megakadályozhatta az agens közvetlen érintkezését bőrével. Hogy a feltételezett ok ezen területhez van kötve, azt a következők bizonyítják: 1. a telep többi részén hasonlókép játszó gyermekek között nem mutatkozott ez a betegség, 2. a gyanus terület lezárásával a járvány megszünt, 3. 5 nap mulva egy másik csoportbeli gyermeken ismét jelentkezett, aki a tilalom ellenére e területre lopódzott s ott labdázott.

A bőrön látható karcolások, valamint a hólyagok sűrűbb elhelyeződése a bokák és térdek körül a növényi ártalom felé terelték a gyanut (szaladgáláskor a bokák tája, esés következtében viszont a térdek érintkeztek a fűvel). Sajnos azonban a közvetlen ok tisztázása kisérletileg nem sikerült. A gyanus területen legelterjedtebb tüskés levelű növénynek (mezei csorbóka, Sonchus arvensis L.)* tulajdonítottam a mechanikai sérüléseket is, meg a növény megtörétése után ürülő tejszerű nedv okozta húlyaghúzó hatást is. Ez alapon 5 gyermeken végeztem kisérletet oly módon, hogy a tüskés levéllel scarificált ép bőrre (egészséges gyermekek) bedörzsöltem a tejszerű nedvet, azonban e területek 6—8—12—24 óra mulva is teljesen reactiómentesek maradtak. A negativ eredmény, tekintetbe véve a hiányos felszerelés miatt technikailag is kifogásolható kisérletet, nem mondható még teljes mértékben döntőnek, csupán a jövő kutatások során tökéletesebb felkészültséggel végzett kisérletek sikertelensége esetén. Hogy milyen nehézségekkel kell megküzdeni a kisérleti tényezők beállításakor, arra már az a körülmény is rámutat, hogy a megelőző héten ott játszadozó leányokon, valamint a két hét mulva érkező újabb nyaraló gyermekeken a baj nem jelentkezett, sőt a megelőző években sohasem fordult elő. Ezen évszakos befolyás talán a növény saját életével kapcsolatos s nem lehetetlen, hogy épen valamely fejlődési szakának függvénye. A pathogenesis mibenlétére, valamint a kiváltó okra jövő kisérleteimből várok feleletet.

A megbetegedés ártalmatlannak bizonyult. A hólyagok átlagban 8—9 nap mulva részben dörzsölés folytán, részben maguktól felszakadtak s kiürültek, vagy beszáradtak s a folyamat hegek, a bokák körül ezenkivül pigmentatio hátrahagyásával gyógyult, mely utóbbi helyenkint gyűrűalakban veszi körül a hegeket (2. sz. ábra). A ke-

3. ábra.

zelés napjában többszöri közömbös hintőporozásból állott; a tömegfürösztésből kizárattak.

A kórkép a klinikai megfigyelés, lefolyás és gyógyulás jeleinek alapján abba a gyüjtőcsoportba sorolható, mely

* A Pázmány Péter Tud.-Egyetem növényrendszertani és növényföldrajzi intézetének és füvészkertjének megállapitása.

a német irodalomban Wiesen- vagy Strandbad-Dermatitis néven jól ismeretes s melyre *Spitzer* épen a vonalszerű hólyagokat tartja jellegzeteseknek. Hasonló, főleg felnőtteken észlelt kórformákról számoltak be azóta a magyar *Kenedy* és a külföldön még sokan. A kórkép keletkezését valamennyien *„füvekkel"* hozzák oki összefüggésbe, anélkül azonban, hogy akár az okot, akár a pathogenesist biztosan ismernék. A kisérletek ugyanis, melyeket a kiváltó okként megjelölt növényekkel: sás és nád *(Siemens)*, achillea millefolium *(Phyladelphy)*, pastinaca sativa *(Harmann, G. H. Heye)*, vagy a közvetlen hatásért felelős siliciumvegyületekkel *(Oppenheim* és *Fessler)* végeztek, nem jártak döntő eredménnyel. *Kenedy* rovareredetűnek tartja e betegséget. *Siemens* szerint az egységes klinikai kép létrehozásában nem egy, hanem többfajta rétinövény is szerepelhet; a gyulladást okozó agens hatáskifejtése pedig több, egyelőre ismeretlen mellékfeltétel egyidejű jelenlétéhez van kötve (a bőr nedvessége, izzadtsága, insolatio?). Tehát a bőr részéről ú. n. *feltételes érzékenységgel* állunk szemben.

2. ábra.

Ezen irodalmi adatok tehát megerősítik az észlelésünkből levont oki következtetéseket és magyarázatot adnak a fenti növénnyel végzett kisérlet sikertelenségére.

Összefoglalás: 1935. augusztus első hetében egyik balatonmenti gyermek-üdülőtelepen hólyagos bőrgyulladás támadt járványszerűen, ami a telep sásos, füves területének lezárásával megszünt. A gyanu a mezei csorbóka *(Sonchus arvensis L.)* nevű, tejszerű nedvet adó, tüskés levelű növényre terelődött, azonban az oki összefüggést a kisérlet nem erősítette meg. Hintőporos kezelésre 8—9 nap alatt hegekkel és pigmentatióval gyógyult.

Kiadványainkat olcsón kapják meg előfizetőink az összeg előzetes beküldése után. *Soós Aladár:* Étrendi előírások III. kiadás, 5 P helyett 4 P; *Horváth Bildzsár:* A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra 5 P ; *Kunsz János:* A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal, 6.50 P helyett 5.50 P. Vászonba kötve 8 P helyett 7 P; *Issekutz Béla:* Gyógyszerrendelés 8 P helyett 6 P; *Rigler Gusztáv:* Közegészségtan és járványtan tankönyve 25 P helyett 5.70 P; *Orsós Ferenc:* Kórboncolás vezérfonala 86 oldal 2.50 helyett 2.— P.; *Krepuska István:* A füleredetű agytályogok kór- és gyógytana 4 P. — A befizetési lap hátulján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni.

Az O.T.I. pestújhelyi Vass József dr. kórházának közleménye. (Igazgató: Pekanovich István egyet. m. tanár, m. kir. e. ü. főtanácsos.)

Adat az asthma bronchiale kóroktanához.

Irta: *Molnár Vilmos dr.*

Alig van betegség, amelynek okát oly kevéssé ismernénk és amelyre éppen ezért oly nagyszámú és egymástól annyira eltérő elméletet ne gondoltak volna ki, mint az asthma bronchiale. Ha e nevezetesebb elméletek közül néhányat felemlítek, kitünik e föltevések nagy változatossága. Igy *Biermer* a kis bronchusok reflectorikus alapon létrejövő tonikus izomgörcsét okolja, mellyel egyidejűleg a bronchus belvilágában duzzadás és secretio van. *Curschmann* szerint nem gyulladásos, hanem secretiós alapon keletkező bronchiolitis exsudativa váltja ki a bronchus izom görcsöt. *Fraenkel* azt hiszi, hogy a desquamativ huruton kivül a vegetativ idegrendszer zavara, vérbőség és a nyálkahártya duzzadása váltja ki a rohamot. Mások öröklött hajlamosságot, vasomotoros elváltozást, a belső elválasztás rendellenességét (hypophysis, ovarium, parathyreoidea, thymus), heveny fertőző betegségeket (typhus, vörheny, kanyaró), a légútak bakteriumos fertőzését, a gümőbacillus toxinját, túlérzékenységet, a vér lúgos voltát, belégzett chemiai és thermikus ingereket, tüdőgyulladást, vitiumot, herpes zoostert, ekzemát, impetigót, pemphygust, exsudativ diathesist stb. tételeznek fel. Ma a vizsgálók legnagyobb tábora azt vallja, hogy az asthma bronchiale allergiás betegség. A túlérzékeny szervezetben bizonyos növényi, állati és klima allergenek behatása váltja ki a mellszorulásos rohamot *(Storm van Leeuwen)*.

A Magy. Orvosi Archivum 1936. 1. számában asthmás roham közben meghalt 39 éves nőbeteg klinikai-, boncés szövettani-leletét ismertettem. Annak folytatásaképen e dolgozatomban legyen szabad a rendelkezésünkre álló adatok alapján, következtetéseket levonni arra vonatkozólag, hogy esetünkben mi válthatta ki a rohamokat? A beteg elmondta, hogy megfázott, lázas volt, köhögött és ehhez társult a nehéz légzés. Ebből az adatból bakteriumos fertőzésre kell gondolnunk. Ezt támogatja az a jelenség is, hogy betegsége aránylag igen rövid idő alatt (3 hónap) zajlott le és súlyos anatomiai elváltozást hozott létre. Bakteriumos fertőzésre kell gondolnunk abból a jelenségből is, hogy nem minden bronchusban találunk azonos anatomiai elváltozást, hanem még egyazon bronchus falának is egyik oldalán ép hengerhámsejt réteg van, míg a másik oldalán a hám teljesen elhalt és a hörgő falában nagyfokú kereksejtes beszűrődés látható. A bronchusok körül található gyulladásos udvar is bakteriumos fertőzésre vall. Végül megerősíti feltevésünket az, hogy a hörgőkben a csapokhoz és nyálkához keveredve nagyszámban találtunk bakteriumokat. Különösen a porcos bronchusokban találtunk sok Gram positiv diplococcust, amelyek alak szerint hasonlóak a pneumococcushoz, de annál valamivel kisebbek, végük kissé lekerekítettek és tokjuk nincsen. Elszórtan egyes coccusokat is találtunk s elvétve láncszerű alakokat is. Itt említem meg, hogy egy 30 éves férfi betegből, akinek 8 év óta van jellegzetes asthma bronchialéja, hasonló alakú coccusokat sikerült kitenyésztenünk. Agar-agaron tűszúrásnyi, harmatcseppszerű telepek fejlődtek. — Másik esetünk bakteriologiai szempontból kevésbé értékesíthető: 39 éves férfi, aki két oldali mellékvese gümősödésben halt meg, de cavernosus tüdőgümőkórja és asthma bronchialéja is volt szép Curschmann spirálisokkal és eosinophyl sejtekkel. A hulla bronchusaiból vett váladékból ugyancsak Gram positiv di-

plococcusok voltak kitenyészthetők, de agaron a tűszúrásnyi telepek mellett, staphylococcus albus telepek is nagyobbszámban fejlődtek.

Staphylococcust albust találtak mellszorulásos betegben *Sokolowski, Dehner* stb. is, míg *Caisse* és *A. Fraenkel* streptococcusokat, *Edgar* a diphtheria bacillushoz hasonló alakokat. *Picchini* 3 betegéből 3 féle bakteriumot tenyésztett ki, amelyek állatokban bronchus álhártyás betegséget okoztak. *Hajós K.* (1931) 183 asthmás betege közül 114-nél szerepel a kórelőzményben előző fertőzéses betegség s ezek közül 56-on biztosan kimutatható volt, hogy az infectiós betegség volt a mellszorulásos roham közvetlen oka. Maga az a jelenség is amellett szól, hogy fertőzés előzi meg az asthmás rohamokat, hogy a nagyfokú nyálkaelválasztás és a bronchus hám leválásának a megjelenése nem változtat a rohamok jellegén és lefolyásán, legfeljebb a folyamat előrehaladásával, az anatomiai kép súlyosbodásával a klinikai tünetek is súlyosbodnak. Ez a jelenség dönti meg azt a felfogást is, amely szerint a boncoláskor található bronchus elváltozás az asthmás rohamokhoz társuló fertőzés eredménye. Hivatkozom még *Hajós K.* 1933. évi eredményeire, aki 492 asthmás betege közül 121-ben talált gümőkórt. Régebbi felfogás az volt, hogy az asthma hajlamosít a gümőkórra. Hajós kimutatta, hogy az említett esetek közül 16-ban biztosan a gümőkór volt a rohamok közvetlen oka, tehát úgylátszik, inkább a gümőkór hajlamosít az asthmára, mint fordítva. Maga az asthma nem rontja a gümőkórt. *Groszfeld* is hasonló megállapítást tesz 215 tuberculotikus betegén.

Azon észlelésre, hogy bizonyos növényi és állati allergenekkel ki lehet váltani az asthmás rohamot, azt lehet felhozni, hogy tuberculinnal és bizonyos fehérje anyagokkal is ki lehet váltani és állatokon peptonnal és muscarinnal elő lehet idézni. Hatásuk tehát fajlagosnak nem mondható. Az is a specificitás ellen szól, hogy ugyanazon betegen egyszerre több kivonattal is positiv reactót kaphatunk. A mellszorulásos roham tehát úgy jön létre, hogy a fent említett módon megbetegedett és secretiójában megzavart bronchushám túlérzékeny lesz és bizonyos ingerekre általános bronchusizom görccsel reagál. A vérbő, duzzadt nyálkahártya rohammentes időben is állandó sípolás-búgást hallat a tüdő fölött s ilyen betegeknek már elegendő egy kis inger is, hogy a bronchus izmokat összehúzza s így a legsúlyosabb légszomjat váltsa ki. Bronchus izomgörcs mellett szól a metszetekben látható túlfejlett izomzat és hogy az igazi mellszorulásos roham bódítószerekkel megszüntethető. Nem véletlen tehát, hogy a legsúlyosabb elváltozás az izmos bronchusokra jut. Öröklésnek és habitusnak annyiban lehet szerepe e betegség létrehozásában, hogy hajlamosít bizonyos fertőzésre, mint esetünkben a gyengébben fejlett trachea és a hiányosan képződött nyálkahártya. Életkorhoz nincs kötve e betegség: *Hayn* már egy napos újszülöttön is tapasztalta; leggyakrabban azonban mégis a 10—30 évesek között fordul elő. *Kylin* megfigyelése szerint asthmások vérének calcium színtje csökkent, a K emelkedett. A vizelet több NaCl-t tartalmaz és általában vagotonia észlelhető.

Esetünkben tehát nem találtunk támpontot arra, hogy az asthma bronchiale allergiás betegség. Ellenben minden leletünkből bakteriumos fertőzésre kell gondolnunk. A kórokozó bakteriumot azonban még nem ismerjük. Az eddig leírt bakteriumokról nincs eldöntve, hogy mint kórokozó, vagy mint társfertőzők vesznek-e részt a kórfolyamatban. Annyi kétségtelen, hogy eddig nem ismert bakterium behatásáról van szó, mert a bronchus hám csillószőrös hámsejtjeinek nyálkás elfajulása ismeretlen okból jön létre. Előző dolgozatomban részletesen leírtam, hogy nem egyszerű kehelysejt képződést tapasztaltunk, hanem a megnyúlt és megduzzadt csillószőrös hámsejtek sejtmagjaikkal együtt lelökődnek és a bronchust teljesen kitöltő nyálkához keverednek. A szöveti lelet alapján azonban ezt is bakterium hatásnak kell tulajdonítanunk, mert a bronchus falában és környékén ott találjuk a legsúlyosabb gyulladásos, fertőzésre utaló, kereksejtes beszűrődést, ahol a bronchusok hámja nyálkásan elfajult és levált. Ez a nyálkás elfajulás nem lehet elfajulásos jelenség, mert akkor mindkét tüdőfél valamennyi bronchusában meg kellene lelnünk. Már pedig, ha az irodalmi adatokat átnézzük, azt találjuk, hogy több esetben csak egyes tüdőlebenyekre korlátozva észleltek kóros elváltozást és bronchus csapokat, míg a többi tüdőlebenyben a bronchus nyálkahártyája teljesen ép volt. A mi esetünkben is még az egy metszetben látható bronchus keresztmetszetének különböző helyein is egymástól eltérő elváltozást láttunk. Ezt a változatosságot pedig csak akkor tudjuk megérteni, ha bakteriumok hozzák létre az anatomiai elváltozásokat. Sorozatos, pontos vizsgálatoknak a feladata lesz a kórokozó teljes megismerése.

Irodalom: *Biermer:* Virch. Handb. des spez. Anat. Bd. V. 1854. — *Curschmann:* D. Arch. f. kl. Med. 32. 1. 1883. — D. Arch. f. kl. Med. 36. 578. 1885. — *Dehner:* Kl. Woch. 30. 1412. 1927. — *Groszfeld:* Wien. Arch. f. i. Med. 13. 1926. — *Hajós:* Kl. Woch. 40. 1860. 1931. — Orv. Hetilap 36. 798. 1933. — *Kylin:* Kl. Woch. 37. 1742. 1927. — *Sokolowski:* D. Arch. f. kl. Med. 56. 476. 1896.

A székesfővárosi Madarász-utcai csecsemő- és gyermekkórház közleménye (vezető-főorvos: Flesch Armin, egyet. m. tanár).

Világrahozott facialis és abducens bénulás.

Irta: *Bálint Sándor dr.*, kórházi segédorvos.*

A Madarász-utcai gyermekkórházba öthetes fiúcsecsemőt vettünk fel, ki a Gyöngyösi-uti kórházban rendes szüléssel, minden beavatkozás nélkül jött világra, 2700 gr súllyal. Egyhetes koráig szopott, aztán zabpehellyel táplálták, de 11 nap alatt 300 grammot fogyott. Az orvos és a szülők szerint *a születése után nyomban észlelték a bal arcfél bénulását.*

Igen leromlott, toxikus állapotban volt, súlya 2400 gr, teljesen eszméletlen, hőmérséke 38.2°. Légvétele mély, Kussmaul-typusú, izomtonusa fokozott, turgora csökkent. Tüdő, szív, has részéről semmi kóros. Reflexei kissé fokozottak. *A bal arcfélen kifejezett facialis bénulás,* mely a bal homlokfélre is kiterjed, azonban némi redőzöttség észlelhető homlokráncoláskor. Bal szemen lagophthalmus és feltünő, hogy ez a szem kifelé nem mozog s ezért strabismus convergense van *(baloldali abducens bénulás).* Ezenfelül kifejezett *mikrognathiája* van.

A csecsemőn influenzás megbetegedés nem folyt le. A canalis Fallopii szűk volta heredofamiliaris alapon nem vehető fel, felmenő és oldalágon hasonló megbetegedés nem fordult elő. A sziklacsont röntgenfelvétele kóros elváltozást — daganat, törés — nem mutat. A bujakór is kizárható, mert az anyának abortusa nem volt, mindkét szülése előtti complementkötési reactiója negativ. Kórházunkban az anyán és a csecsemőjén elvégzett Wa.-reactiók negativak. 1924. februárjában történt első szüléséből egészséges gyermeke született.

A toxikus tünetek kezelésre a harmadik napon megszüntek. Megszünt eszméletzavara is. A hőmérsék is a normalisra szállt alá.

---

* Bemutattatott a Közkórházi Orvostársulatban.

Ezek után a betegség okára vonatkozólag következő lehetőségek jönnek számításba:

1. a facialis és abducens magvak hiánya, illetőleg csökevényessége.
2. vérzés e magvakban,
3. méhenbelüli kórfolyamat az idegmagvakban.

Ezen különböző lehetőségek elkülönitése igen nagy nehézségeket okozhat.

Esetünkben inkább magaplasia mellett volnának értékesíthetők a következő momentumok:

1. Több agyideg együttes működési hiánya.
2. A folyamat nem javulása.
3. A maghiány gyakori tünete a totalitás hiánya olyan értelemben, hogy a facialis bénulást illetőleg a lagophthalmus nem teljes és a bal homlokfél kevéssé mégis redőzhető.
4. Végül az elvégzett elektromos vizsgálatok, melyekkel elfajulási reactiót nem kaptunk.

Az elektromos vizsgálatok alkalmával ugyanis a következőket észleltük: faradosan, elviselhető áramokkal nem ingerelhető a musc. zygomaticus, risorius és orbicularis oris. Megtartott, de erősen csökkent az ingerelhetőség a frontalison és orbicularis oculin. Jól ingerelhető a mentalis és triangularis. Galvanosan ingerelhető, de az ép oldalhoz képest quantitative erős csökkenést mutat a frontalis és orbicularis oculi, nem mutat csökkenést a mentalis és triangularis, nem ingerelhető a zygomaticus, risorius és orbicularis oris.

Ezen vizsgálatok felvilágositást nyujtanak arra vonatkozólag, hogy a facialis magnak nem minden izmot ellátó magcsoportja viselkedik egyformán. Ilyen értelemben három részt különböztethetünk meg:

1. ingerelhetőség nincs,
2. ingerelhetőség csökkent.
3. ingerelhetőség normalis.

Az elektromos vizsgálat felvilágosítással szolgálhatna abban az irányban, hogy vajjon esetünkben elsődleges maghiányról, avagy a facialisnak vérzés, illetve valamely méhenbelüli folyamat következtében létrejött másodlagos sérüléséről van-e szó. Az elfajulási reactio hiánya amellett szólna, hogy esetünkben a facialis mag hiányával állunk szemben, hiszen a mag, vagy a gyökök bármilyen természetű sérülései esetében elfajulási reactiót szoktunk találni.

A világrahozott bénulásokat 1892-ben *Moebius* foglalta össze „Infantiler Kernschwund" név alatt. Ezeket el kell különítenünk a szülési traumáktól, amelyek vérzésekkel járhatnak az idegmagvakba és amelyek a világrahozott bénulásokat utánozhatják. (Vérzések az idegmagvakban, *Bartels)*. A világrahozott bénulások főkép a külső szemizmok idegeit: a nervus oculomotoriust és abducenst, továbbá a hypoglossust és facialist illetik. A belső szemizmok bénulása igen ritka. Egyes szerzők, így *Oppenheim, Reichardt, Lewinsohn, Finkelnburg* által leírt ophthalmoplegia interna, illetőleg reflectorikus pupillamerevség esetei igen ritkák.

Babonneix a világrahozott facialis paresisek két nagy csoportját különbözteti meg aszerint, hogy a sziklacsont hiányával együttesen jelentkeznek-e, vagy sem.

Az első csoportra vonatkozó észlelések igen ritkák. A sziklacsont hiánya nélkül észlelt facialis bénulások kevésbbé kivételesek, mint az első csoporthoz tartozók, de mégis eléggé ritkák. Fiúkon gyakoribbak, mint leányokon.

A világrahozott bénulás gyakran szövődik astigmatismussal, amblyopiával, uvula bifidával, epikanthussal, abnormis ujj, illetőleg ujjpercalakokkal, veleszületett szívbajjal, az agy és arckoponya elváltozásaival, így elsősorban az alsó állkapocscsont elváltozásával és következményes hemiatrophia facieivel, *(Rochet, Fischer)*, a processus mastoideus elváltozásaival *(Piel)* és polydaktyliával *(Faucher)*. Esetünkben — mint láttuk — mikrognathiával társult.

Az esetek egy részében a családi eredet kimutatható. Egy család több tagján észlelték. *Lawford* egy apán és három gyermekén kétoldali veleszületett ptosist és a külső szemizmok mozgászavarait észlelte. *Homén* egy esetében ikreken észlelt ophthalmoplegiát. *Vignes* világrahozott ptosist észlelt egy apán, 11 gyermeke közül 5 fián és 1 lányán, továbbá 1 unokáján.

Öröklött lues, mint eredet: *Ziehen* egy esetében az apa gummás agyluesben, az anya tabesben,, gyermekük kétoldali veleszületett ptosisban és cyklikus albuminuriában szenvedett. Vannak esetek, amikor a hereditaer lues gummás, vagy endarteritises formában károsítja a magvakat.

A terhesség VII—VIII. hónapjában létrejött koraszülés szintén zavart idézhet elő a mag fejlődésében. Ezt *Ziehen* a magdefectus *Little* alakjának nevezi (a Littlekórral való analogiája miatt). Néha alkoholismus szerepel az aetiologiában, leggyakrabban azonban kóroktanilag nem lehet kimutatni semmit.

A kórbonctani észlelések még hiányosak, de néhány vizsgálatból *(Siemerling, Heubner)* kiderül, hogy a számításba jövő magvak ganglionsejtjei vagy egyáltalán nem fejlődtek ki, vagy nem a normalis számban. Tanulságos *Wilbrand-Saenger* esete, amely az oculomotorius mag egy sejtcsoportjának — a ganglionsejteknek — feltünő megkevesbedését mutatja, míg a többi mag normalis volt és semmiféle degeneratiós elváltozást nem mutatott. Az idegrostok oly mértékben hiányoznak, amint a hozzájuk tartozó magvak sejtjei nem jutottak kifejődésre. *Marfan* és *Delille* a facialis ideget atrophiásnak találtak az intracranialis lefutásában, az alig látható facialis mag teljes hiánya volt észlelhető.

Kis betegünk, noha női tejjel tápláltuk, a leggondosabb ápolás ellenére is 2½ hónapos korában meghalt.

A szövettani vizsgálat*) megmutatta, hogy a hídban a bal abducens magot teljesen elpusztító, a jobboldalit pedig szintén bántalmazó foetalis folyamat volt jelen. Ez a bal abducens mag körül elhelyezkedő facialis rostokat (facialis térd) is károsította, ami a baloldali facialis mag másodlagos elfajulásához vezetett. A bal abducens mag területében, a jobbtól pedig dorso-lateralisan elfajulásos termékek voltak találhatók.

* A szövettani vizsgálat eredménye nyomás alatt áll. A budapesti elme- és idegkórtani klinikáról *Fényes István dr.* tanársegéd úr közli, akinek a leletek átengedéséért ezúton fejezem ki köszönetemet.

Emlékeztető!..

„Különösen ajánlom kartársaim figyelmébe a nem iskolához kötött patiensek elő- és utóidényben fürdőre küldését. Ez fürdőink és üdülőhelyeink olcsóbbodásának kulcsa, hogy ne hat hét alatt igyekezzenek tőkebefektetésük kamatait megkeresni. — Mindenképen azon legyünk, hogy ez *az elő- és utószezon necsak papíron legyen meg,* hanem kihasználtassék mint életrevaló gondolat, amiért érdemes volna néhány nagyobb és nevénél fogva is vonzóbb fürdőnek tömegellátásra is (napi 4—5 pengőért) berendezkedni." (Siófokon már ez megvan.)

Vámossy Z. előadásából a M. O. O. Sz. 1935. é. congressusán.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Munkavégzés hatása az elektrokardiogrammra. *M. Holzmann* és *F. Wuhrman.* (Dtsch. Med. Wschr. 1936. 10, sz.)

Egészségesekben és szívbetegekben (kivéve a coronariák megbetegedésében szenvedőket) vizsgálták a munkavégzés után beálló változásokat. Az elvégzendő munka 30 fokból álló lépcső (4.5 m.) egyszeri, ill. többszöri megmászása volt, a beteg állapotától függően. A felvételt a kísérlet előtt, majd közvetlenül utána, 10 és 20 perc mulva készítették. A munkavégzés után észlelt változások a következők: a P-hullámok az esetek jelentős részében magasabbak, néhány esetben szélesebbek is lettek. Különösen feltünő a P- és T-hullám megnagyobbodása vegetatív stigmatisáltakban. A pitvar-kamrai átvezetési idő csupán az esetek kis töredékében hosszabbodott meg jelentéktelenül. A QRS-complexum jelentéktelen kiszélesedését is csak elvétve észlelték; gyakran látták azonban olyan megváltozását, melyet a szívtengely sagittalis síkban történt helyzetváltozásával lehetett összefüggésbe hozni. A kamraelőlengés oly megváltozását, melyből a szívtengelynek az óramutató járásával egyező irányban történt elfordulására lehet következtetni, a rekesz mélyebb állása magyarázza.

A T-hullám viselkedése szempontjából 3 reactiótypust különböztetünk meg, aszerint, hogy az változatlan maradt, magasabb, ill. laposabb lett. Ezen csoportokon belül az S—T-szakasz viselkedése is változik: változatlan marad, az előzőleg az isoelektromos vonal felett futó szakasz isoelektromos lesz, ill. az isoelektromos vonalban futó szakasz alá kerül.

A fenti elváltozásokat úgy egészségesekben, mint szívbetegekben (myokarditis, myodegeneratio, hypertonia, vitiumok) észlelték, csupán az egyes reactiotypusok számszerü eloszlásában mutatkozott különbség a két csoport között. Sem az egyik, sem a másik csoportra jellegzetes reactiotypust nem találtak, csupán 4 betegen (2 hypertoniás, egy esetben bal kamra dilatatio, egy esetben pedig mitralis stenosis (észlelték az S—T-szakasz és az utólengés I. és III. elvezetésében ellentétes irányú emelkedését, ill. süllyedését). Ezen reactiotypus más esetben nem fordult elő.

Gruber Zoltán dr.

A mellékvese-paraganglioma klinikai kórképe. *W. Gärtner.* (Ztschr. f. Kreislaufforsch. 1936. 3. sz.)

Az irodalomból összegyüjtött 21 eset részletes áttanulmányozása alapján vázolja a klinikai kórképet. A mellékvesekéreg chromaffin tumorai egyoldaliak, áttételek igen ritkák. Rendszerint fiatal, ill. közepes korú egyénekben fordulnak elő, nőkben, férfiakban egyaránt. A betegség legjellemzőbb tünete a roham, mely szívdobogással, szívtáji fájdalommal, elsáppadással, vérnyomásemelkedéssel, (300 Hg. mm-ig) esetleg hányingerrel, hányással, a végtagokon jelentkező rángógörcsökkel köszönt be, sokszor órákig tart, majd a vérnyomás normalis értékére esésével, bőséges izzadással szünik meg. A roham oka az idönkinti hyperadrenalinaemiában keresendő, ennek közvetlen kiváltó oka nem ismeretes, néha a vesetájra gyakorolt nyomás, máskor lelki izgalom, hyperventilatio váltotta ki. A kórisme szempontjából sokszor jól értékesíthető a roham alatt gyakran keletkező glykosuria, valamint a tumor oldalán jelentkező vesetáji fájdalom. A betegség elején elszórtan jelentkező rohamok később gyakrabban, intensivebben jelentkeznek, nem ritkán naponta többször is. A rohammentes időben a betegek jól érzik magukat. Ezen idő alatt szemfenéki- és orrvérzésekre hajlamosak. Az idönkinti vérnyomásemelkedés a legtöbb esetben nem vezet az érrendszer organikus elváltozására s igy a betegség hosszabb fennállás esetén sem szokott a hypertonia állandósulni. A közvetlen halálok rendszerint a rohamban beálló agyvérzés, máskor a halált 2—3 napig tartó comatosus állapot előzi meg. Az egyetlen, eredményt igérő therapiás beavatkozás, a kóros mellékvese sebészi eltávolítása, mely beavatkozás már több alkalommal teljes gyógyuláshoz vezetett.

Gruber Zoltán dr.

Szülészet.

A magzatok veseműködésére vonatkozó vizsgálatok. *Tapfer.* (Arch. f. Gynek. 160. 1. f.)

Egyesek megkísérelték különböző festékanyagoknak és anyagcseretermékeknek a kimutatását, de ezek a kísérletek a kérdést nem döntötték el. Vizsgáló olyan eljárást dolgozott ki, amelynek segítségével a kérdés biztosan eldönthető. E célból terhes tengerimalacokat úgy operált meg, hogy a terhes szarvhoz hozzáférjen. Az egyik foetusba ferrocyannatrium-oldatot fecskendezett, majd vizsgálta a vizeletet, illetőleg a hólyagot. 10 esetben végezte el ezt a kísérletet s 9 esetben ki tudta mutatni a hólyagban a ferrocyannatriumot berlinikék segítségével. Kísérletei alapján azt a következtetést vonja le, hogy a magzati vesék a méhenbelüli életben — legalább is a terhesség legvégén — szabályos müködést fejtenek ki.

Pataky László dr.

A disgerminoma klinikumához. *Fauvet.* (Zbl. für Gyn.)

Három disgerminoma-esetet közöl, különös tekintettel azokra a tényezőkre, melyek alkalmasaknak látszanak arra, hogy az esetek prognosisában támpontokul szolgáljanak. Prognostikailag kedvezőtlenek lennének anatomiai szempontból a sejtdús daganatok, melyekben a támasztószövet majdnem teljesen háttérbe szorul, ezek igen korán beszürödéssel környezetükön túlnőnek. Kedvező jelnek tekinthető, mikor az epithel-fészkek a dusan fejlődő kötőszövetben csak szórványosan fordulnak elő. Hypophysaer anyagok jelenléte a vizeletben a daganat nagy proliferatiós erejére enged következtetni. A luteinisáló factor megjelenése kórjóslati szempontból rendkívül kedvezőtlen lehet. Elastometrikus vizsgátokkal kimutatták, hogy ezen daganatféleségnek kimondottan rugalmas consistentiája van, amit a daganat kórismézésében fontos jelnek tartanak.

Kriszt József dr.

Teljes méhinversio. *W. Sigwart.* (Zbl. f. Gyn. 1936. 11. sz.)

45 éves többször szült nőt kivérezve, alig tapintható érveréssel, súlyos peritonealis tünetekkel szállitottak intézetébe. A szeméremrésből ökölnyi, élénkvörös képlet domborodott elő. Az asszonynak napok óta erös, húzó alhasi fájdalmai voltak s állandó vizelési ingere, melynek dacára alig volt képes néhány csepp vizeletet üríteni. Erőltetett vizelési kísérlet közben nagy fájdalommal, hirtelen nyomult ki hüvelyéből az említett képlet. A vizsgálat eredménye: teljes méhinversio, melynek oka a méhfenék széles alapon ülő, vizenyősen fellazult submucosus myomája volt. Az inversióban a hüvely felső része is részt vett. Tekintettel a beteg korára, kivérzettségére s csak rövid ideje kifordult, nem fertőzött myomás méhére abdominalis totalexstirpatiót végzett, mely könnyen, jelentéktelen vérveszteséggel folyt le. A beteg hasfali genyedéstől eltekintve simán gyógyult.

ifj. *Mauks Károly dr.*

Gyermekgyógyászat.

Rheumatikus szívbajok a gyermekkorban. *Taran L.* (Amer. J. Dis. Childr. 50, 840. 1935.)

Szívbetegként kórházba utalt 222 gyermeken tett megfigyeléseiről számol be. A gyermekek közül klinikai, röntgen és Ekg-vizsgálat alapján egészségesnek 17, veleszületett szívbajban szenvedönek 36 bizonyult és csak 169 volt a „rheumatikus" csoportba sorolható. Ezek közül 86% 6—12 éves volt, 27% mutatott activ „rheumatikus" tüneteket, 56%-ban a szív tartalékereje csökkentnek bizonyult. Két évvel az első vizsgálat után 107 gyermek közül meghalt 3, rosszabbodott az állapota 22-nek, változatlan maradt 55 és javult 27.

Lenart György. dr.

Gyermekkorban előforduló mumpscomplicatiók problemájához. *Dr. Wlodzimierz Mikulowski.* (Monatsch. f. Kinderheilkunde. 64.)

A szerző egy mumps esetet közöl, mely ritka complicatiója miatt érdemel említést. 2 éves gyermekről van szó, aki hirtelen fellépő láz kiséretében járványos nyálmirigygyulladásban (submaxillaris) megbetegedett. Anamnesis szerint édesanyja két héttel, 5 éves testvére pedig négy héttel előbb esett át parotitis epidemicán. A betegség 3. napján a bal szemen metastatikus ophtalmia jelentkezett az uvea, chorioidea és az egész bulbus gyulladása képében. Emiatt vették fel a kórházba. Felvételkor kifejezett meningealis tünetei voltak (aluszékonyság, fokozott reflexek, izom hypertonia, positiv Kernig tknet, dermographismus, bradykardia). Lumbalpunctiókor fokozott nyomással víztiszta liquor ürül, mely chemiailag és cytologiailag negativ. Mindezen tünetek a betegség 10. napjáig fokozatosan eltünnek, a szemen mutatkozó gyulladásos tünetek helyét a kezdődő atrophia tünetei, nyomáscsökkenés a szemgolyó megpuhullása, foglalják el. Esetével kapcsolatban rámutat arra, hogy *Heerford* által febris uveo-parotidea subchronica-nak elnevezett syndroma, melyet ő idiopathiásnak nevez, éppen egy mumpsinfectio következménye lehet.

Schneider Sándor dr.

A diphtheria serum hatásának lehetőségei és határai. *Paschlau* és *Sudhues.* Kl. W. 1936. 5. sz.

A diphtheria serum hatásossága nem legenda, hanem realitás. Ez a hatásosság mindenesetre elsősorban a serum adásának időpontjától függ. Szerzők tapasztalata szerint nem szükséges naponként és testsúlykilogrammonként 1000 antitoxin egységnél többet adni, de ajánlatos a serum adását mindaddig megismételni, amig a localis elváltozások progressiót mutatnak. Csak abban az esetben remélhetjük a malignus esetek számának csökkenését, ha minden diphtheriás beteget az első 2 napon belül olthatunk. Ezt pedig csak úgy érhetjük el, ha az alsóbb néposztályok szociális viszonyai megjavulnak és ennek kapcsán az eddiginél jobb orvosi ellátásban részesülnek.

Móritz Dénes dr.

Experimentalis exsiccosis és toxicosis. *Schaferstein, Popova és Owtscharenko.* Jahrb. f. Kinderheilk. 145, 1935. 211 o.

Szerzők fiatal kutyákat concentrált táplálással, magnesiumsulfat peroralis adagolásával, illetőleg a levegő hőmérsékletének emelésével exsiccáltak. A kisérleti állatok egy részének exsiccatiós állapotban coliendotoxint adtak be intravenásan, hogy igy létrehozzák azt a kórképet, mely *Rosenbaum* szerint mindenben megfelel a csecsemő toxicosisnak. Miután súlyos klinikai tünetek fejlödtek ki, leölték az állatokat és szövettanilag feldolgozták az agyvelőt. A kisérleti állatok agyában talált elváltozásokat egymagában, az exsiccosis magyarázza. Amennyiben ilyen morphologiai adatokból következtetést mernek levonni, szerzők kérdésesnek látják *Rosenbaum* és mások nézetét, hogy a coli által okozott megbetegedés exsiccált kutyákon tényleg azonosítható-e a csecsemő toxicosissal? A toxicus syndroma keletkezése bonyolult, a toxicosis kifejlödésének az exsiccatio csak egyik pathogenetikai factora.

Kerpel-Fronius Ödön dr.

Tisztított fehérjeszegény gyógysavó alkalmazása diphtheriás betegnél. *Alwin Hildebrandt.* Klin. Wschr. 1935. 44. sz.

Szerző 82 esetben 1000 X titerü tisztított fehérjeszegény, azaz maximalisan 5% fehérjét tartalmazó gyógysavót adott intramuscularisan. Ezen esetekben 20.7% ban lépett fel serumbetegség. 82 egyénből álló controll csoport ugyanilyen titerü nativ gyógysavót kapott hasonló dosisokban, mint az előző csoport, serumbetegség 28%-ban lépett fel. A fehérjeszegény savóval kezeltek esetén serumbetegség általában, de nem minden esetben, enyhébb lefolyású volt, mint a nativ savóval kezeltek esetében. Therapiás hatást illetőleg a két savófeleség között különbséget nem találtak, bár ez idő szerint ilyen irányban nem mernek még véglegesen állást foglalni.

Kerpel-Fronius Ödön dr.

Vérátömlesztés a gyermekkorban. *Hans Knauer.* (Beiheft zum Archiv f. Khk. 7. Heft. 1936.)

A szerző a munkája elején a transfusio történetét ismerteti. A transfusio kiviteléről a következőket mondja: Lehetőleg azonos vércsoportba tartozzon az adó; citratos vért adunk, amelyet előzőleg egy órán át a jégszekrénybe tartunk, hogy a lázas reactiót lehetőleg kiküszöböljük Ugyanezen okból nem ad sok vért egyszerre, hanem naponként megismételve, csecsemőnek 40—70 ccm, gyermeknek 100—150 ccm vért ad. Gyermekeknek mindig venába adja, csecsemőknek szintén, ha nem talál venát, intraperitonealisan adja; amennyiben ennek contraindicatiója van jelen, a sinusba transfundál.

A transfusio indicatioi: A legkülönbözőbb anaemiák, tehát vérveszteség után, súlyos chlorosis eseteiben, csecsemők helytelen táplálása miatt keletkezett anaemiák, Jaksch-Hayem anaemia, postinfectiosus anaemiák, stb. Ez esetekben a vérstatus rövidesen normalissá válik, az adott vér pótlásként szerepel.

Haemorrhagiás diathesisek kezelésében nélkülözhetetlen a transfusio, igen jó eredményeket tapasztalt melaenák, haemophilia esetén, különböző purpurásokon. Ikterus neonatorum gravis és leukaemiák esetében nem sok eredményt látott.

Endo- és myokarditis eseteiben is végeztek transfusiót, egy endokarditis lenta és egy cor bovinum esetében gyógyulást értek el.

Empyema esetén transfusio után a genyedés csökkenését látták. Pneumonia alkalmával igen jó eredményt láttak. Pyuria esetén a diaetás kezelést transfusióval combinálták, gyors javulás állott be. Uraemia kapcsán a vérlebocsátással kapcsolt transfusiót a szerző a therapia elengedhetetlen factorának tartja.

Csecsemőknél atrophia, Herter-typusuaknál, pylorus spasmus mütét utáni kezeléskor nélkülözhetetlen a transfusio. Toxikus esetekben változó eredménnyel adtak transfusiót. Súlyos avitaminosisok eseteiben jó eredményt észleltek.

Külön elbirálás alá esnek a fertőző betegségek esetén végzett immunotransfusiók, amely esetekben nem csak vérpótlás, vagy ingerhatás, hanem immunhatás is szerepel.

Kulcsár Margit dr.

Bőrgyógyászat.

Rádiumsugarak hatása a bőr reactiós készségére. *Zurhelle.* (Derm. Ztschr. 72. köt. 3. füz. 1935.)

Szerző már 1934-ben beszámolt a nyulon ejtett sebek gyógyulásakor észlelhető fibroblast és collagen szövet megzavart képződéséről 240 mgr egységnyi rádiumbesugárzással négyzetcm-ként. Megállapította azt is, hogy hasonló sugárzású feltételek mellett 60 sőt 24 mgr egységnyi sugármennyiség görcsövileg megállapítható hatást fejt ki a sejtekre és sejtmagvakra. Kisérleteihez 10 mgr-os rádium elemet használt, és 1 cm^2-nyi területen ½ mm sárgaréz szürövel 4 órán keresztül sugárzott be, mely után már a következő napon hosszantartó erythema jelentkezett. a reactiós készség vizsgálata 10 nappal a besugárzás után történt. Megállapította szerző, hogy fenti kisérleti feltételek mellett ekzemapróba után erősebb szétesési hajlam jelentkezett, ugyanezt látta jódkalival provokált dermatitis herpetiformis betegen. Hasonló észleletekről számol be szénsavhó és quarzlámpa alkalmazásával kapcsolatban. A histamin reactio csökkenést mutatott. Ennek megfelelően intracutan allergennel végzett bőrpróbák korai reactiói szintén csökkennek, azonban a későbbi reactio változatlan marad. Pirquet reactio vizenyős és vörös részletei kevésbé kifejezettek, és a visszafejlödés is elhúzódó. A dermographia elevatat, melyet általában histamin-hatásnak tulajdonitanak, az érfalak fokozott átjárhatósága jellemzi. Ez a tünemény 24 órán át, 3 és ½ órás radiumkezelés következtében létrejött erythema helyén erősen kifejezett volt, a besugárzás után két nap mulva változatlan marad, tehát az átjárhatósági fokozódás átmeneti jellegü. A histamin reactio ellenben a besugárzás után már 24 óra mulva kisebb és ez megmarad a következő 10 napon át. Ezen különbözőségek miatt szerző szerint kérdéses, hogy a histamin reactióban és a dermographia elevata helyi vizenyőiben lényegileg ugyanazon folyamat tapasztalható. A bőr reactiós képességének szempontjából a radiumbesugárzás következményei sejtártalomban nyilvánulnak, mely felismerhetővé válik noxákra beálló gyorsitott hólyagképződés által, csökkent histamin és korai allergiás reactióban, valamint az újra képződés hátráltatásában, mely a fibrolasták és collagenszövet képződési zavara által jön létre.

Dóczy Gedeon dr.

Adat a Paget kór histogenesiséhez. *Dr. Dörffel* és *O. Grimm.* (Derm. Wschr. 38. sz. 1935.)

Még manapság sincsen egységes vélemény abban, hogy a Paget kór praecanceromás állapot-e, avagy carcinoma, hogy vajjon a Paget kór primaer epidermalis, vagy pedig az epidermisben metastatikus úton átterjedt megbetegedés-e. Szerzők az elmult évben négy Paget kóros esetet észleltek. Ezen négy eset közül három úgy klinikailag, mint histologiailag typikus képet mutatott. A negyedik beteg esetében extramammalis Paget kór volt jelen és csak a histologiai vizsgálat tette bizonyossá a Paget kór diagnosisát. Szerzők véleménye szerint eseteikben a Paget sejtek magában az epidermisben keletkeztek, nem pedig a mélyből vándoroltak oda. Ezzel azonban nem azt mondják, hogy a Paget kór más esetekben nem keletkezhet secundaer módon, mirigy cc-ból is. Szerzők egyszerüségi és didaktikai szempontból a Paget kórt két csoportra osztják: az első a morbus Paget simplex, mely klinikailag az emlőbimbó ekzemaszerü megbetegedésének képét mutatja, és histologiailag egységes. Idesorolhatók az extramammalis formák is. A Paget sejtek ezen csoportban epidermalisan képződnek. Az e csoportbeli kórformák képezik az igazi praecancerosus stadiumot. A második csoport a morbus Paget metastaticus, mely valamely mirigycarcinomával áll összefüggésben; a Paget sejtek bevándorolt ráksejtek. E csoportban a Paget kór secundaer bőrcarcinomának fogható fel, mely continuitásos metastasis útján jön létre. Ezen két csoportba való beosztás helyességét azon tény is támogatja, hogy az első csoportba tartozó megbetegedési formák többnyire jóindulatúak, lassan növekednek és therapiailag jól befolyásolhatók, míg a második csoportba tartozó formák nagyon gyorsan nőnek, alig gyógyíthatók és legtöbbször halálhoz vezetnek.

Vanik Vince dr.

Urologia.

A staphylococcus-anatoxinról. *G. Ramon, P. Mercier, R. Richou.* (Presse Médicale 1936. 10. 185.)

Az anatoxint a szokásos módon állítják elő. A staphylococcus bouillon-kultúrát szürés után 10—12 napon keresztül kevés formalinnal hozzák össze. A fornolos keveréket 39—40°-on tartják. Az anatoxin atoxikus voltáról in vitro és állatkisérletben győződnek meg. Az antigen-érték meghatározására a Ramon-féle flocculatiós reactiót használják. Három injectiót alkalmaznak: az első 0.5 ccm, a második 1, a harmadik 2 ccm anatoxint tartalmaz. Az injectiók után gyakran kisfokú börpirból álló localis reactio fejlödik ki. Szép gócreactiók voltak észlelhetök furunculosisban, ahol beolvadásra nem hajlamos csapok az injectio után csakhamar beolvadtak. Általános reactio csak ritkán szokott bekövetkezni; ez többnyire hömérsékletemelkedésből áll, csak elvétve emelkedik a temperatura 39° fölé. 200 esetben próbálták ki az anatoxint különböző staphylococcusok által előidézett felületi gyenyedésekben. Igen jó eredményeket kaptak furunculosisban, akne, sycosis és hydradenitisek eseteiben.

Bodon György dr.

Elméleti tudományok.

A mellékvesekéreg antithyreotikus hatásáról. *C. Oehme.* (Klin. Wschr. 1936. I. 512.)

Szerző számos anyaggal végzett vizsgálatok alapján kimutatta, hogy a thyreotoxicosisos hatás kifejlödését és az anyagcserefokozódást cortidyn képes leghatásosabban meggátolni. 300—400 gr súlyú tengerimalacokat naponta 100 gamma thyroxinnal mérgezve, az állatokon 30—90%-os alapanyagcsereemelkedést észlelt, majd 2—3 héten belül elpusztultak; ha azonban a thyroxinon kivül még naponta 1 ccm cortidynt is kaptak, csak kivételesen mutattak 10%-ig terjedő alapanyagcsereemelkedést, a mérgezés minden tünete nélkül. A cortidynben foglalt hatóanyag pH 9.2 mellett 38 fokon és O^2 jelenlétében elpusztul. Szerző megerösiti *Mosonyi* ama vizsgálati eredményeit, hogy a mellékvesekéregben lévő ascorbinsav a thyroxinnal szemben szintén antagonista viselkedést mutat és a scorbut folyamán thyreoideahypertrophia révén jelentkező fokozott gázcserét a C-vitamin értékre képes csökkenteni. Eszerint tehát a mellékvesekéreg két antithyreotikus hatóanyagot tartalmaz, melyek sem az A-vitaminnal, sem a tyrosinnal nem azonosak.

Brückner József dr.

A retina ammoniaképzéséről. *Stutzke.* (Klin. Wschr. 1936. I. 524.).

Vizsgálatait szarvasmarhák retináján, a legalkalmasabbnak talált kisérleti objectumon végezte. Sötéthez adaptált retina megvilágitott részeiben sokkal nagyobb az ammonia mennyisége (200—300%), mint megvilágitatlan részeiben. Fényre adaptált retina megvilágitására emelkedik az ammoniatartalom. Az NH^3-képzés fermentativ folyamat. Glykose, lactat, pyrouvát gátolja az ammonia-képződést, serin és alanin pedig serkentöleg hat reá.

Brückner József dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Hogyan éljen a cukorbeteg? Tanácsadó és szakácskönyv cukorbetegek részére. Irták: *Jakab László dr.* és *dr. Jakabné Rácz Hanna dr.* („Orvosi Praxis" kiadása, Budapest, 1936. 226 oldal.)

Minden szakember, aki különleges szakmájának rejtélyeibe laikust kiván beavatni, helyesebben valamely, akár tapasztalatot, akár szakképzettséget igénylő technika uralására a feltételek egyikével sem rendelkezőt kiván a könyv útján megtanitani, nehéz feladatra vállalkozik, amelynek maradéknélküli, tehát hasznositható megoldása a szerző által sohasem befolyásolható tényezöktől függ. Amíg a diaetás konyhatechnika „jó-erös húsleves, csirkebecsinált, tejbegríz és piskótatészta" elkészítésében állott, a háziorvosnak elegendő volt a beteget a mindent-megmondó és varázslatos „diaetára" helyezni és a háziasszony, mint a konyha vezetője, az orvosi célkitüzéseket máris többé-kevésbe hibátlanul szolgálhatta. De amikor a vizeletvizsgálat első positiv cukorlelete a betegeket oly két csoportba osztja, amelyek közül a nagyobba tartozókkal még a „szénhydrat" fogalmát is nehéz megértetni, milyen kockázatos még az intelligensebbeket is (vagy, ami még rosszabb, konyhavezetőiket), a szénhydrat- és fehérjetáblázatok számerdejében iránytüvel felszerelni, amelyet sem kézbentartani, sem olvasni nem tudnak. A mégis mindenáron segiteniakarás teremtette meg intézetekben a *diaetás konyhákat*, a nagyközönség számára pedig a *diaetás szakácskönyveket*. A keresztet az utóbbiak iránt elsősorban nem a diaetás konyhatechnika rendszertana felé irányult, hanem bizonyos betegségcsoportok kezelési körének kedvezett. Innen nyerték létjogosultságot a könyvpiacon a „diaetás tanácsadók" pl. cukorbetegek számára, amelyeknek kelendősége rendszerint a függelékben közölt „kipróbált" ételreceptek számával került arányba.

Elképzelhető, hogy a szanatóriumi diaetás kezelések gyakorlatában több mint 25 éves multra visszatekintő szerzőházaspár is betegeinek únszolására tette most közzé mindazon ismereteket és tudnivalókat, amelyeket a diaetás kezelésre utalt cukorbetegek tanácsadójaként összefoglalni kivánt. A munka két részre oszlik. Az első rész tájékoztatja a laikus beteget az egészséges táplálkozás alapelvei, az emésztés lefolyása és a „tápszer"-ismeret felöl. (célszerünek tartanám az *élelmiszer* és *tápszer* fogalmát egymástól élesen szétválasztani, mert hiszen a liszt, hús, tojás, stb. mégsem „tápszer"), továbbá a cukorbetegek diaetájáról szól általában. A második rész a cukorbetegek diaetás konyhájának technikáját tárgyalja, mintegy három és félszáz ételrecept és az étrendi összeállítási példák egész sorának közzététele mellett. Ugy a receptek anyagkiszabásának, mint a leirásuk végén található összetétel-számok áttanulmányozása után, talán mágis helytálló az a feltevés, hogy a cukorbetegek könyvespolca egy élvezetesen és nagy gyakorlati érzékkel megírt útmutatóval szaporodott ugyan, de az egyszemélyes quantitativ konyhatechnika és a szövödmények, a piac, a vagyoni helyzet, stb. miatt elkerülhetetlen individualizálás nehéz kérdéseinek megoldásához igen kevéssé kerültünk közelebb általa.

Soós Aladár dr.

Lehrbuch der Kriegschirurgie. *C. Franz.* (420 o. 121.ábra. Springer-Verlag, 1936. Ára: 26.60 M.)

Kitünő ábrákkal felszerelt modern tankönyv, melynek szabatos, jól rendszerező szövege mögött nemcsak nagy olvasottság, hanem bőséges egyéni megfigyelés és tapasztalás sejthető. Különösen tanulságos és kimeritő a gázképző és vizenyöt okozó fertözések fejtegetése. Amennyiben egyáltalában jogos a hadisebészet különállása, a katonaorvos (akár tényleges, akár csak háborúban teljesit-e katonai szolgálatot) háborús sebészi tevékenységének három fajtáját különböztetjük meg: az első magába foglalja a sebesültek orvosi ellátását a sebesülés pillanatától az első kórházszerü egészségügyi tábori intézetbe beszállitásáig. A másodikba tartozik a tábori kórházakban folyó sebészi müködés. A harmadik pedig a mögöttes anyaország kórházaiban végbemenő ú. n. helyreállító sebészet. Jelen könyvünk főleg a második csoport hadisebészeti müködésével foglalkozik. Első fejezetében tárgyalja a sebesültek ellátásának szervezeti kérdéseit, a világháborúban szerzett, főleg német tapasztalatok alapján. A sebészet újkori haladásának és a világháború végén tökéletesedett tábori egészségügyi szolgálatnak köszönhető, hogy az orvosilag kezelt sebesültek között kétszer annyian gyógyultak meg, mint a régebbi háborúkban. Azonban a lőfegyverek hatalmas legújabbkori fejlettségének ellenére a közvetlenül halálos fegyverhatások a világháborúban nem voltak nagyobbak, mint azelőtt. A sebesültmozgás központi irányitójának arra kell törekednie, hogy a sebesültek lehetőleg 12 órán belül sebészi ellátásban részesüljenek. Célszerü, hogy minél több mütéti csoport müködjék a főkötöző oszlopnál. Itt, bármennyire nehezünkre esik is emberileg, a sebesültek tömegeiben elsősorban azokat kell mütétre kijelölnünk, akiknek mütevése a legnagyobb gyógyulási lehetőséggel bir. A többi fejezetek a lövési sérülésekről szólnak: lövedékhatás, általános tünettan, sebfertözés, sebkezelés, anatomiai felosztású részletes lövési-sérüléstan. Tagadhatatlan, hogy a jövő háborújában is megmarad a lövési sérüléseknek minden sebészi tevékenységet irányitó szerepe, de lassan egy új fejezetnek a szükségességét érezzük, amely háborús gázbehatások sebészi vonatkozásával is megismerteti a készülő hadisebészt. Célszerünek látszik továbbá a mai sebészi beállitottságunk könnyebb megértetése céljából a hadisebészet történelmi fejlödését, ha csak nagy vonalakban is ismertető fejezet beiktatása. Különben *Franz* munkája, egy kötetbe foglalva kitünő betekintést nyujt minden a hadisebészet körébe tartozó kérdés mai állásába.

Lippay Arthur dr.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület április 25-i ülése.

Előadások:

Winternitz A.: *A tüdőtuberculosis sebészi kezelésének alapelvei.* (Kézirat nem érkezett.)

Frigyesi J.: *A gümőkór jelentősége a nőgyógyászatban.* A női nemszőrvek gümőkóros megbetegedése aránylag ritkán fordul elő. Csaknem mindig másodlagos megbetegedés. A fertőzés létrejövetelének módjait ismerteti. A rendkivül ritka primaer fertőzés és az exogen reinfectio gyakorlatilag alig jönnek számba az endogen reinfectio gyakoriságához viszonyitva. Behatóan ismerteti 7 évi anyagának 22 esetéből készitett makro- és mikrophotogrammok alapján a nemzőszervek kórbonctani elváltozásainak alakjait. Kiemeli a pontos kórisme fontosságát és az elkülöntő kórisme nehézségeit. Az elkülönitő föleg a más eredetü (gon. streptococcus, coli stb) függelékdaganatoktól fontos. A virgóknál előforduló függelékdaganatok legnagyobb része gümös eredetü. A vérkép elváltozásai közül legjellemzőbb, ha a chorikus subfebrilitással járó adnextumornál alig alig magasabb leukocyta szám mellett kifejezett lymphocytosis található. A gyógyitás tényezői között a mütéti kezelés a sugaras kezeléssel és heliotherapiával szemben mindinkább háttérbe szorul, mert a szivós összenövések miatt nagy a bélsérülés és sipoly-képződés veszélye. Ezért csak akkor operál, ha egyedül a nemiszervek részéről áll fenn gyakran kiujúló, munkaképtelenséget okozó vérzésekkel, vagy magas lázzal járó s a beteget ágyhoz kötő máskép nem befolyásolható folyamat s itt is lehetőleg kevéssé radikálisan jár el. Kiemeli a sugaras kezelés és heliotherapia eredményei mellett az általános kezelés és roborálás nagy fontosságát.

Közkórházi Orvos Társulat április 15-i ülése.

Szerb Gy.: *Extrahált magzat gyermekfejnyi, operált nyaki lymphangiomája.* 30 é. II. P. extractióval 4400 gr-os élő magzatot hoztunk világra, kinek nyakán jobboldalt gyermekfejnyi lymphangioma ült. Ez a képlet a promontorium előtt született meg olyképen, hogy expressio alkalmával a koponya rányomult a bal vállra, a kulcscsontot eltörte és a daganat a koponyával együtt kigördülhetett. 31 órával a szülés után sikeres mütét (Fáykiss F. főorvos). Magzat gyógyul, gyarapszik, 3440 gr. súllyal bocsátjuk ki. Az eset a képlet nagysága, a sikeres szülés és mütét miatt egyedülálló.

Kálnoki Kiss J.: *Ujabb technikai fogások intravenás eljárásunkban.* Mintegy ezer sikeres intravenás beavatkozással nyert tapasztalat után, egyes technikai fogásokat ismertet. A mütőasztallal együttmozgó kartartóra és karra együttesen, — olyan esetekben, amidőn venapraeparalásra szorulunk (vértransfusio, rossz venák stb) — a cubitalis területnek megfelelően kivágott steril karzsákot húznak és igy a vena kipraeparálható, az intravenás injectiós készülék alkalmazható. Bemutat egy hordozható sint, amely asztalra stb. rögzithető és igy magánháznál is használható a kartartóval együtt. Ismertet egy, a Rex-ampullák számára szerkesztett állványt. Megemliti, hogy az injectiós készüléket steril kendőben tartják készen úgy, amint általában a szülészeti müszereket szokták.

Bud Gy.: Az ismertetett eljárás új lehetőségeket nyit meg a szülészetben, kis és nagy gynaekologiában. Altatással kapcsolatban és anélkül is sikeresen alkalmazható. Az eljárás az általános narkosis alaptételének, az egyéni altatásnak és adagolásnak jegyében is kidolgoztatott. Mert helytelen — akár rövidebb, akár hosszabb ideig tartó mütétről van szó — az idő és testsúly szerinti adagolás. Ez az eljárás erősen döngeti azt a dogmát, amely szerint az intravenás altatás retrograd lépés volna. A döntés a klinikus kezében van. Közel 1000 sikeres beavatkozás után úgy látja, hogy a betegek javára érdemes volt ezt az eljárást arra a szinvonalra emelni, amelyen most van.

Bud Gy.: *Amputatio uteri praecaesarea.* 42 é. III. P. (I. P. perf. II. P. sectio caes. é. é. f. é.) Gr. m. VIII. III. f. szük. Emberfejnyi struma, anaemia, dyspnoe, arrythmia. Jó szivhangok, jó fájások. Láztalan. Ujjnyi méhszáj, álló burok, kpf. Laparotomia. A méhet magzatával együtt — vérveszteség nélkül — úgy amputálja, hogy a lig. rot. és függelékek átvágása után mellől letolja a hólyagot, hátul a peritoneumot és hajlitott eszközökkel, lefogja a méh nyaki részét. A segéd a méhet felvágva, abból 2140 gr-os é. k. l.-t emel ki. Láztalan gyermekágy. Hasonló mütétről portio cc. és kiviselt terhesség kapcsán már beszámolt (l. O. H. 1930. 1250.) Placenta praevia stb. miatt mások is végeztek ilyen mütétet. A kivételes indicatióért mutatja be esetét és a mütét elnevezésére amputatio uteri praecaesareá-t ajánl.

Bud Gy.: *Eklampsia, mint a nő lappangó betegségének terhesség által kiváltott formája.* 132/1930. általa már közölt II. női klinikai és 22 Szt. Margit-kórház szülészeti osztályán kezelt több eklampsiás eset rövid áttekintése után, utal annak hypophysaer elméletére, s meteorologiai kutatásokra. A toxinelmélettel kapcsolatban ismerteti a kórbonctan mai álláspontját. Az ú. n. toxicosisok septicotoxikus lefolyású csoportjaival (dermatosisok, pyelitis, korai lepényleválás, görcs és koma nélküli eklampsiák stb.) foglalkozik. Azt kell gondolnunk, hogy a görcsnélküli, görcs és koma nélküli eklampsia az a szoros kapocs, ami convulsiós eklampsiát és a sepsist közös alapon köti össze. A convulsiós eklampsiában a görcsök hirtelen, villámszerüen jelentkezhetnek. Vizsgálatai alapján úgy látja, hogy az „ég" nem olyan derült, mint azt eddig tanitották. Eseteiben mindenütt megelőző pyogen és tbc.-és betegségekkel, azok maradványaival, gócokkal találkozott. Véleménye szerint ki kell mélyiteni az észleleteket. Toxicosisokkal kapcsolatban vagy azok nélkül, veleszületett magzati bőrjelenségekkel találkozunk. Ezeknek a későbbi életkor szempontjából van jelentőségük. Négy esetében papulo-pustulás és sero-papulás, veleszületett bőrkiütéseket észlelt a magzaton, anyai toxicosisokkal kapcsolatban. Hajlandó felvenni, hogy egyik esetében a 13 éves korban lezajlott skarlát-tonsilitis a 15 éves anyán eklampsia, a magzaton veleszületett bőrbaj alakjában jelentkezett. További kutatás fogja tisztázni azt, hogy megállja-e a helyét az a felfogás, hogy a convulsiós eklampsia sem más, mint az anya lappangó betegségének terhesség által előidézett változata.

Raisz D.: A praeeklampsiának egyetlen constans tünete az 50 Hgmm-nél magasabb bőrérnyomás. 3 év alatt, amióta a bőrérnyomást használja a gyógyitás irányitására, egyetlen eklampsiás beteget sem vesztett el s az utolsó hónapok 13 praeeklampsiása közül egy sem kapott eklampsiás rohamot. A terhességi toxicosisok legvalószinübb oka a vegetativ rendszer (hormonok, ionok, kolloidok) terhesség által megindított szabálytalan müködése. Elképzelhető, hogy a beteg szervezet úgy reagál a terhesség ingerére, hogy benne azon elváltozások jönnek létre, amelyeket terhességi toxicosis név alatt foglalunk össze. Ebben az értelemben az előadó theoriáját el is fogadja, de a gyermekkorban kiállott fertőző betegséges, fokalis infectiók szerepét még igen sok bizonyitékkal kellene alátámasztani, mert a szülőnők toxicosistól mentesen maradó igen nagy többségében is jelentékeny számban vannak rejtett betegségben szenvedők.

Bud Gy.: A hypothesis kereteit nem lépte át. Bizonyos, hogy az ú. n. toxicosisok, sepsis, elvérzés, veleszületett betegségek stb. kérdésében nincs gyakorlati haladás. Csak ez teheti érthetővé, hogy az eklampsiával kapcsolatban merész gyógykisérletekről, elméletekről tudunk. Véleménye szerint a klinikusnak egyetlen útja: visszatérni a betegágyhoz és klinikai kóroki momentumok után kutatni. Amikor a pyogen, tbc.és és lueses hatások szerepét óhajtja tisztázni, realis klinikai és kórbonctani alapon áll.

VEGYES HIREK

TARTALOMJEGYZÉK:

vitéz Berde Károly: † Poór Ferenc. (407. oldal.)
Paul Benő és Végh Pál: Májparenchyma és vizforgalom. (408—411. oldal.)
Melly Béla: Paracostalis metszés a vese feltárására. (411—415. oldal.)
Gidró László: A IV. nemibetegség vagy lymphogranuloma inguinale néhány problemájáról. (415—418. oldal)
Jáki Gyula: A bélfodor tömör daganatairól. (418—420. old.)
Flesch István: Dermatitis bullosa-járvány gyermeknyaralótelepen. (420—422. oldal.)
Molnár Vilmos: Adat az asthma bronchiale kóroktanához. (422—423. oldal.)
Bálint Sándor: Világrahozott facialis és abducens bénulás. (423—424.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (79—82. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Szülészet. — Gyermekgyógyászat. — Bőrgyógyászat. —Urologia. — Elméleti tudományok. (425—427. oldal.)
Könyvismertetés: (427. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (428. oldal.)
Vegyes hirek: (428—430. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

† **Karlovszky Geyza.**

Karlovai és kralováni *Karlovszky* Geyza magyar kir. kormányfőtanácsos, a „Gyógyszerészi Közlöny" 45 éven át szerkesztő-tulajdonosa, a Magyarországi Gyógyszerészegyesület és a Magyar Gyógyszertudományi Társaság tiszteletbeli tagja 76. évében elhunyt.

Személyi hirek: *Sümegi József dr.* fürdőorvosi gyakorlatát Balatonfüreden megkezdte. — A Fehér Kereszt igazgatósága legutóbbi ülésén *vitéz Borsos László dr.* egyetemi tanársegédet osztályos sebészfőorvossá kinevezte.

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!

A szegedi Stefánia-Fiókszövetség díszközgyülése. Az *Országos Stefánia-Szövetség* szegedi fiókja vasárnap *Muntyán István dr.* itélőtáblai tanácselnök elnöklete alatt tartotta diszközgyülését, amelyen Szeged előkelő társadalmából is nagyon sokan jelentek meg. *Falta Béla dr.* igazgató előterjesztése után *Szénásy József* főorvos tartotta meg előadását az intézményes anya- és csecsemővédelem jelentőségéről. Rámutatott a szülések elégtelenségére, mert 180.000 születéssel szemben legalább 200.000-re volna szükség, hogy expansiv erőkhöz jussunk. A Stefánia-Szövetség nagy súlyt helyez a praeventióra és épp úgy a mennyiségi, mint a minőségi gyermekvédelemre. *Szegeden az élveszületés az országos átlagon alul, az összhalálozás azon valamivel felül van,* ami érthető is, mert a messze vidékekről is sok súlyos beteg kerül a klinikákra és védőintézetekbe. A 33%-nyi tanyai lakosságnak az egészségvédelem további sürgős kiépitésére van szüksége. A város áldozatkészségéből ma már 7 védőintézet müködik Szegeden, amelyekből 3 a tanyai lakosságra jut.

Ezután *Avarffy Elek*, a MONE alelnöke szólalt fel *a magyar gyermekek érdekében és védelmében.* A nemzeti organismust fenntartani és fejleszteni fajvédelem nélkül nem lehet. A nemzet- és fajvédelemben első hely az anya- és gyermekvédelemé. Vigyázni kell minden ember egészségére, mert ha túl sok a beteg, akkor beteg a nemzet teste is, *tömegbetegekből pedig nevelőképes szülőket, munkaképes adófizetőket, harcképes honvédeket kitermelni nem lehet.* Hiszi, hogy *Szegednek népe a gyermekvédelem terén is a nemzet büszkesége lesz.* A diszközgyülést *Dr. vitéz Svoy Kálmánné*, a fiókszövetség elnöknőjének lelkes szavaival ért véget.

A Balatonfüredi Orvoshét. Naponta két-három előadás lesz a legfontosabb orvosi problemákról május 18-tól 23-ig a Balatonfüredi Orvoshét keretében. Délutánonkint kirándulnak a tanfolyam hallgatói, hogy az egyes balatoni fürdőhelyek gyógytényezőit megismerjék. Minden résztvevő orvos és házastársa (más családtagja nem) dijtalanul kap lakást Füreden, élelmezést pedig a vendéglők mérsékelt áron adnak. Az előadók végleges névsora: báró *Kétly* László, *Angyán* Béla, *Illyés* Géza, *Verebélyi* Tibor, *Lénárt* Zoltán, *Scipiades* Elemér, *Hainiss* Elemér, *Kramár* Jenő egyet. ny. r. tanárok, *Hásenfeld* Artur, *Thurzó* Zoltán, *Zalka* Ödön, egyet. rk. tanárok, *Heténvi* Géza, *Schill* Imre, *Barla-Szabó* József, *Haynal* Imre, *Budai* László, *Kanóc* Dénes, *Kiss* Pál, egyet. m. tanárok. Jelentkezés az Orvosi Hétre: Balatonfüred, fürdőigazgatóság.

Az Orvosszövetség békésmegyei fiókja továbbképző tanfolyamát május hó 16-án és 17-én tartja Gyulán a következő tárgysorozattal: 1. *Vámossy Zoltán* egyet. ny. r. tanár: Lázcsökkentő és fájdalomcsillapító gyógyszerek. 2. *Miskolczy Dezső* egyet ny. r. tanár: Az agydaganatok korai felismeréséről. 3. *Perjéssy Kálmán* iskolaegészségügyi szakfelügyelő: Az iskolás gyermekek egészségvédelme. 4. *Waltner Károly* egyet c. rk. tanár: Az egészséges és beteg csecsemő táplálása. 5. *Jung Géza* eü. főtanácsos: A heveny ficamodások. 6. *Gáli Géza* ig. főorvos: A subfebrilitásról. 7. *Feldmann Ignác* főorvos: A Recklinghausen-féle neurofibromatosisról. 8. *Becsey Oszkár* főorvos: Sport és belgyógyászat. 9. *Purjesz Béla* főorvos: A hypertoniáról. — A tanfolyamra jelentkezést *Karoliny Lajos dr.* egyet magántanár (Gyula) címére kérjük legkésőbb *1936. május 8- ig* beküldeni. A résztvevők s az arra igényt tartók korlátolt számban a gyulai állami kórházban ingyenes lakást és élelmezést kaphatnak. A Komlószállodában szobáknak előzetes lefoglalása ajánlatos. *Május 16-án este ½9 órakor közös vacsora* a Komló-szálló éttermében. Kedvezményes vasuti jegyre igényt tartók ezirányú kívánságukat hozzák tudomásunkra.

A Szepesi Orvos Egyesület ezidei pünkösdi továbbképző tanfolyama máj. 31-én kezdődik. Magyarországról *Verebélyi* prof., a korai kórfelismerésről jelentőségéről beszél, sebészi szempontból; *Szabó* prof. a paradentosisról általános orvosi szempontból; *Bókay Zoltán* prof. a heveny vérző vesegyulladásról és *Rusznyák* prof. a histamin belorvosi alkalmazásáról. Németországból *Weizsäcker* prof. a szervi neurosisok keletkezéséről és lelki kezeléséről; *Straub* prof. a bélmüködés és hashajtókról; *Assmann* prof. az érrendszer megbetegedéseiről beszél. A lengyel előadók közül *Gröer* prof. a pubertás kérdéséről; *Dobrzalski* a tonsillák kérdéséről és *Szymanowicz* prof. a női sterilitásról beszél. Ausztriából *Schönbauer* prof. a rosszindulatú daganatok kezelése címén, *Hofbauer* magántanár pedig a magas éghajlat befolyásáról az angina pectorisra tart előadást. A prágai német facultas részéről *Rihl* prof. a vérkeringés hyperthyreosisos zavarairól, *Gamper* prof. az agyrázkódásról és *Starkenstein* prof. a légző utak gyógyszeres befolyásolásáról beszél. — A tanfolyam 5 napig tart, a délutáni kiadások költségeit is beleértve az összköltség 80.— pengő. Ingyenes visum, 33%-os vasuti kedvezmény úgy a magyar, mint a csehszlovák vonalakon. Kívánatra a tanfolyam rendező-iroda Ótátrafüred (Stary Smokovec) részletes tájékoztatást küld. Végleges jelentkezés és befizetés a Tátrai Fürdők Vezérképviseleténél, Budapest, Szerb-utca 2.

A pécsi egyetem Tóth Lajos-emlékünnepélye. A pécsi egyetem Tudományos Egyesületének Orvosi Szakosztálya április hó 20-án tartotta ez évi ünnepi közgyülését, amelyen vitéz *Berde Károly* méltatta néhai *Tóth Lajos* cultusállamtitkár müködésének jelentőségét, majd behatóan foglalkozott az orvosképzés reformjának problemájával. Utána *Neuber Ernő* tartotta meg ünnepi előadását vetített képekkel „A mellkas sebészete" címmel. Az előadás után *Berde* átnyujtotta *Neubernek* a Tóth Lajos emlékérmet, majd kihirdette a Heim Pál pályázat eredményét, amely szerint az ez évi 600 P pályadijat a szakosztály *Kokas Eszter dr., Ludány György dr.* budapesti assistenseknek itélte a bélbolyhok élettanára vonatkozó vizsgálataikért. Az ünnepi ülést meleg hangulatú társasvacsora követte.

A Magyar Turista Egyesület Medikusok csoportja, május 17-én, vasárnap déli 1 órakor menedékházavató ünnepséget rendez, mely alkalommal a hontmegyei Börzsöny-hegységben, Királyháza erdei telepen, néhai Bársony János professor emlékére épitett menedékházát megnyitja. — Az avató-ünnepségre kellőszámú jelentkezés esetén május 17-én a következő egynapos, kedvezményes árú társasutazásokat rendez: a)* Autóbusz-túrák iparvasuti csatlakozással. (Budapest—Kemence község—Bársony menedékház). Indulás reggel 7 órakor a Berlini téri Merán szállótól. Ára személyenként oda-vissza P 7.—. Csak 30—30 jelentkező esetén indul. — b)* Vasuti társasutazás. (Budapest—Diósjenő, onnan 2 órás séta). Indulás reggel 6 óra 17 perckor a Nyugati p. u.-ról. Gyülekezés a III. o. pénztáraknál reggel 6 órakor. Ára személyenként oda-vissza P 4.20. Csak 25 jelentkező esetén indul. — c)* Turista-kocsi. (Csak turistaigazolvány-

nyal birók részére). Indulás és gyülekezés, mint b) alatt. Ára személyenként P 2.80. Csak 55 jelentkező esetén indul.

Jelentkezési határidő május 4, esti 8 óra. Jelentkezni lehet VIII., József utca 23. földszint, minden hétfőn és csütörtökön este 6 és 8 óra között. A c) jelű utazásra jelentkezéseket a Cserkészbolt, V., Nagy Sándor utca 6. is elfogad, naponta reggel 8-tól este 6 óráig.

---

*) Ha valamelyik utazás elmarad és arra befizetések történtek, póstai úton visszaküldik. A helyek betöltésénél a jelentkezés sorrendjét veszik csak figyelembe. Az utazási díj befizetése nélkül történt jelentkezéseket nem fogadják el. Az indulásról és esetleges változásokról a jelentkezőket értesíteni fogják.

HETIREND

A Budapesti Királyi Orvosegyesület május hó 2-án, szombaton délután 6 órakor tartandó tudományos ülésének napirendje. — Előadások: 1. *Neuber Ede:* A bőr gümös megbetegedései. 2. *Safranek János:* A felső légutak gümökórja korszerű megvilágításban.

A Közkórházi Orvostársulat május 6-án tartandó ülésének tárgysorozata: Bemutatások: *Erdey István:* Részleges ileocoecalis resectio esete. *Szász Gyula:* Duodenum ruptura esete. *Piri Lajos:* Tanulságos hypernephroma esetek. *Kolosy Béla:* Kettős vesék érdekes esetei. — Előadás: *Mező Béla:* Hólyagnyak megbetegedései, prostata hypertrophia, sphincter sklerosis, tabeses sphincter merevség kezelése transurethralis resectióval.

A Közkórházi Orvostársulat május 13-án tartandó ülésének tárgysorozata: Bemutatások: *Virágh Gyula:* Insulin érzékenység két esete. *Almássy Antal:* Tüdőrák után áttétel a hypophisisben diabetes insipidus tüneteivel. *Hauber László:* Súlyos térdizületi gümőkór műtéttel gyógyult esete. — Előadás: *Szenteh István:* Szülőnők nagyságának és súlyának befolyása az ujszülött méreteire.

A Magyar Urologiai Társaság április 27-én, délután ½7 órakor a Szt. Rókus központi közkórház Székács-üléstermében tartandó üiésének tárgysorozata. — Bemutatások: 1. *Mező Béla:* Ureterprolapsus transurethralisan gyógyított érdekes esete. 2. *Piri Lajos:* Érdekes húgycsőkő esetek. 3. *Minder Gyula:* Genitalis tbc. után fellépett vese-tbc. 4. *Babics Antal:* Rákos hólyag spontán rupturája. 5. *Borza Jenő:* Solitaer vesecystát utánzó hypernephroma operált esete. 6. *Dózsa Jenő:* Vesetumort utánzó nagy solitaer vesecysta operált esete.

A Magyar Röntgentársaság május 4-én, este 7 órakor az Apponyi-Poliklinika üléstermében tartandó ülésének tárgysorozata: Bemutatások: 1. *Engel Sándor:* A VI. nyakcsigolya sportsérülése. 2. *Fillenz Károly* (m. v.): Prostata-kövek. 3. *Haas Lajos* és *Fillenz Károly:* Prostatahypertrophia szokatlan röntgenképe. 4. *Gondos Béla:* Köképződés a vesecsatornákban igen nagy medencekőnél. 5. *Vidor Jenő:* a) Gerincoszlop és csontos thorax kiterjedtebb fejlődési rendellenessége újszülöttön. b) Ellentmondás a gyomor tumoros röntgenlelete s a műtéti lelet közt.

Kimutatás 1936 április 19—25-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) s halálesetekről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty. Mb.	Mt.	Dysenteria. Mb.	Mt.	Diphteria. Mb.	Mt.	Scarlatina. Mb.	Mt.	Mening. Cerebr. e. Mb.	Mt.	Poliomi-elitis, Mb.	Mt.	Morbilli. Mb.	In-fluenza. Mb.	Malaria. Mb.	Typhus exanth. Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.411	3	1	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	3	6	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	5	1	1	—	—
3. Baranya	251.620	2	—	2	—	1	—	7	1	—	—	—	—	7	5	5	—	—
4. Békés	335.874	1	—	3	—	4	—	—	—	—	—	—	1	46	—	4	—	—
5. Bihar	180.415	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—	1
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	—	—	2	—	1	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	1	—	1	1	2	—	4	—	—	—	—	—	6	1	—	—	—
8. Csongrád	148.353	2	—	—	—	1	—	2	1	—	—	—	—	31	—	—	—	—
9. Fejér	231.165	4	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	60	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	1	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	31	—	—	—	—
11. Hajdu	182.047	3	—	2	—	3	—	3	—	—	—	—	—	33	—	1	—	—
12. Heves	322.207	6	1	—	—	4	2	1	—	—	—	—	—	20	—	1	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	420.142	6	—	—	—	3	—	4	—	—	—	—	—	54	—	1	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	1	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—
15. Nográd és Hont	227.958	3	—	2	—	1	—	5	—	—	—	—	—	30	2	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,437.226	13	—	4	—	22	—	47	—	—	—	1	—	90	1	1	—	—
17. Somogy	389.792	1	—	—	—	2	—	3	—	1	—	—	—	39	—	8	—	—
18. Sopron	143.128	—	—	1	—	2	—	1	—	—	—	4	1	—	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	2	—	—	—	3	—	10	1	—	—	—	—	35	1	13	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	2	2	—	—	2	1	2	—	—	—	—	—	4	—	29	—	—
21. Tolna	267.133	1	1	—	—	6	—	9	—	—	—	—	—	17	—	1	—	—
22. Vas	273.776	1	1	—	—	1	—	6	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—
23. Veszprém	246.551	1	—	—	—	4	—	6	—	—	—	—	—	35	1	1	—	—
24. Zala	368.371	—	—	1	—	2	—	5	—	—	—	—	—	103	—	21	—	—
25. Zemplén	149.043	—	1	1	1	1	—	5	—	—	—	—	—	12	—	5	—	—
I. Baja	29.791	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
II. Budapest	1.035766	1	—	4	—	31	—	46	—	—	—	2	—	111	2	—	—	—
III. Debrecen	122.825	1	—	1	—	4	—	5	1	—	—	—	—	6	—	—	—	—
IV. Győr	50.828	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.659	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	31	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.399	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	15	—	1	—	—
VIII. Pécs	67.527	—	—	2	—	1	—	5	—	—	—	—	—	1	5	—	—	—
IX. Sopron	36.023	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.287	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	14	—	1	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Összesen:	8,898.367	58	7	28	2	116	4	203	4	2	—	7	3	859	25	95	—	1
Előző évben:		27	3	16	1	141	15	169	5	2	2	1	—	1064	29	26	—	—

CALCIUM-RESORPTA

Pontosan, hatásosan adagolható, könnyen felszivódó calcium-készitmény

Forgalomban: syrup, dragéek és por alakjában

GEHE & CO., A.G. — DRESDEN-N. 6

Képviselet: Dr. HAAS MIKLÓS „KERESZT" GYÓGYSZERTÁR, BUDAPEST, VII., RÁKÓCZI-ÚT 88.

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.

Hirdetmény.

Alulírott Társpénztár dorogi Bányakórházánál feleslegessé vált egy Koch—Sterzel-féle nagy „Transverter" röntgenkészülék, mely így minden tartozékával eladó. Hozzátartozik: átvilágító állvány, golyós csapágyú, teljesen modern aypusú, melyre rá van szerelve egy 3 KW Metalix cső. A lámpa hütésére szolgál egy jó szerkezetü szivattyús vízhütőszerkezet. Az átvilágító állvány ernyője Patterson-typusú és Bucky van rászerelve. Egy Trochoskop golyóscsapágyon futó lámpafoglalattal, melyben egy nem használt lámpa van. A Trochoskophoz a magasfeszültséget két érinthető kábeltartó viszi. Egy drb. Bucky-készülék felvételekhez. A Trochoskophoz külön van egy Ossal-ernyő. A felvételekhez külön minden irányban szabályozható fémállvány egy 6 KW-os lámpával, mely alig volt használva. A készülék Coolidge rendszerü. A kapcsoló asztal transformatoros Etra-készülék. Mindezen kivül kettő drb. — az egyik teljesen használatlan — therapiás lámpa, megfelelő tartóval. A készülék teljesen használható, igen jó állapotban van. Az eladása egy nagyobb teljesitményü és érinthető készülék beszerzésével vált actualissá. Árajánlatok a Salgótarjáni Kőszénbánya Részvénytársulat Dorogi Társpénztárához (Dorog, Esztergom m.) küldendők. Megtekinthető bármely időben a dorogi Bányakórházban.

Pályázati hirdetmény.

A Máv. Betegségi Biztositó Intézete Martonvásár székhellyel pályázatot hirdet ideiglenes minőségben betöltésre kerülő kezelőfőorvosi állásra. A martonvásári kezelőorvosi állás évi összes díjazása a jelenlegi megváltoztatható körzetbeosztás és egységtételek mellett kb. 60.— pengő.

A Máv. Betegségi Biztositó Intézetéhez címzett és a szükséges okmányokkal (szül. anyakönyvi kivonat, erkölcsi bizonyitvány, orvosi oklevél, az üzletvezetőségtől kérendő „önéletleirás" nyomtatványon megirt curriculum vitae, orvosi müködési és szakorvosi bizonyitvány, viselt állások jövedelmeinek igazolása, stb.) felszerelt pályázati kérvényt legkésőbb 1936. évi május hó 16-ának déli 12 órájáig kell a budapesti Máv. üzletvezetőség I. osztályához (Budapest, Kerepesi-út 3. sz.) juttatni, ahol a pályázat részletesebb feltételei is megtudhatók.

Az állás betöltésénél elsősorban azok a pályázó orvosok vétetnek figyelembe, akik legalább 3 évi klinikai, vagy közkórházi belgyógyászati gyakorlatot igazolnak.

Budapest, 1936. évi április hó 24-én.

Máv. Betegségi Biztositó Intézete.

Baranya vármegye alispánjától.

5870—1936. alisp. szám.

Pályázati hirdetmény.

Baranya vármegye közönségének tulajdonában lévő mohácsi „László" közkórháznál lemondás folytán megüresedett és főispáni kinevezéssel betöltendő, az állami rendszerü XI. fizetési osztályra nézve megállapitott kezdő illetmények élvezetével egybekötött

alorvosi állásra

pályázatot hirdetek.

Pályázni csak irásban előterjesztett kérvény útján lehet.

Felhivom ennélfogva mindazokat, akik erre az állásra pályázni kivánnak, hogy az orvosi oklevelüket, valamint eddigi orvosi gyakorlatukat, életkorukat, egészségi állapotukat, magyar állampolgárságukat, politikai és erkölcsi, nemkülönben a forradalmak és esetleges ellenséges megszállás alatt tanusitott magatartásukat igazoló, szabályszerü okmányokkal — amelyek közül az erkölcsi és politikai magatartást igazoló bizonyitvány egy évnél régibb keletü nem lehet —, felszerelt, megfelelően felbélyegzett pályázati kérvényeiket dr. vitéz Horváth István úrhoz, Baranya vármegye főispánjához cimezve **1936. évi május hó 26. napjáig bezárólag** nálam annyival is inkább nyujtsák be, mert a netalán később érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Azok a pályázók, akik már valamely törvényhatóság szolgálatában állanak, ennek első tisztviselője, más közhivatali állásban levők hivatalfőnökük, hivatásos katonai (csendőrségi) szolgálatban állók elüljáró parancsnokságuk, közszolgálatban nem állók pedig állandó lakóhelyük törvényhatóságának első tisztviselője útján kötelesek pályázati kérvényüket hozzám juttatni.

Pécs, 1936. évi április hó 17-én.

Fischer Béla alispán.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

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

Csanád-Arad-Torontál k. e. e. vármegyék alispánjától. 777/1936. kig. szám.

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 rendszerü 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.

Pályázati hirdetmény.

A Nógrádvármegyei Mária Valéria közkórház elme- és ideggyógyászati osztályán nyugdijazás 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.

ÁLLÁSCSERE! Évi 3300 pengő jövedelmű budapesti OTI körzeti kezelőorvosi állásomat (szolgálaton kívüli okból) elcserélném szerződéses budapesti rendelő intézeti orvosi állással, sebészi vagy belgyógyászati osztályokon. Érdeklődő nevét, lakcimét, állása-fizetése megjelölésével levélileg megbizottam Herczeg Istvánné (Bpest, Egressy-út 73.) címére kérem. Személyesen válaszolok.

Butorozott nyaraló csendes nagy parkban, (a Zugliget felső végében) 5 nagy szobával, mellékhelyiségekkel és csukható verandával **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 azonnalra vagy májusra **kiadó VII., RÁKÓCZI-UT 52., III. em. (lift)**

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, kitünő 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.

CHINOIN · CHINOIN · CHINOIN · CHINOIN · CHINOIN

Gyomor- és vékonybélfekély kezelésében a leggyorsabb tünetmentesség

GERULKIN - CHINOIN

histidin-készitmény alkalmazásával érhető el!

10 ampulla eredeti dobozban.

CHINOIN · CHINOIN · CHINOIN · CHINOIN · CHINOIN

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

80. évfolyam. 19. szám. Budapest, 1936. május 9.

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.

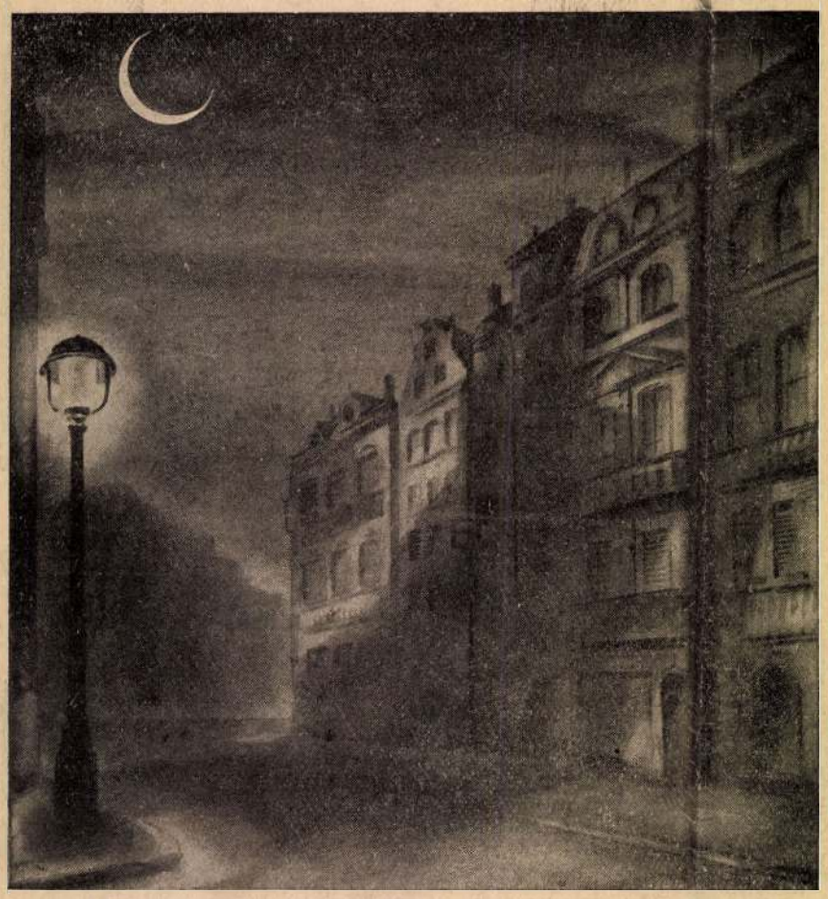
MEGJELENIK SZOMBATON

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.



Phanodorm

Gyors elalvás, 7-8 órás álom, kielégítő alvási mélység

Eredeti csomagolás; Cső 10 tablettával à 0.2 g

»Bayer«
LEVERKUSEN

Phanodorm-Calcium

Kedvező felszívódás, ezért gyorsabb elalvás és fokozott altatóhatás Mellékhatása nincsen

Eredeti csomagolás; Cső 10 tablettával à 0.2 g

E. MERCK
DARMSTADT

Magyarországi vezérképviselet:
Magyar Pharma Gyógyáru R.-T.
Budapest, V., Akadémia-utca 3. szám

Wirth Károly
Budapest, V., Báthory-utca 16. szám

A syphilis minden stadiumában

Bismosalvan

Jodchininbismut suspensiója

Az Államkincstár (Közalapok) terhére szabadon rendelhető

Neobismosalvan

Jodchininbismut lecithin lipoid oldható formában

Subismin

Fehérszínü, fájdalmatlan, könnyen felrázható lassan és egyenletesen felszívódó

bismut-készitmény

Richter Gedeon vegyészeti gyár r.-t. Budapest, X.

Uj készitmény

ANOCHROM

Diaethylamindiaminoazobenzolsulfonat

Specifikum streptococcus- és staphylococcus fertőzések ellen

Javallatok: orbánc, sepsis, endocarditis, furunculosis. otitis

5×15 ccm . . . . P 5.80

Dr. EGGERLEÓ és EGGERI. BUDAPEST

80. évfolyam. 19. szám. Budapest, 1936. május 9.

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, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Kerpel-Fronius Ödön: A „hypochloraemiás" uraemia kóreredete. (431—435. oldal.)

Guszich Aurél: Az elektrokardiogramm és orthodiagramm értéke a sebészetben. (435—438. oldal.)

Augusztin Vince: Alkattani vizsgálatok cukorbajos betegeken. (439—441. oldal.)

Jung Géza: A cholecystektomia idealis. (441—443. oldal.)

Ujsághy Pál: A gyermekkori liquor fehérjefractióiról. I. közlemény. (443—445. oldal.)

Nemecskay Tivadar: Egypetéjű monoamnialis ikerterhesség esete. (445—446. oldal.)

Bernovits Mária: A vakok irányhallásáról. (447. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (83—86. oldal.)

Lapszemle: Belorvostan. — Szülészet. — Gyermekgyógyászat. — Börgyógyászat. — Urologia. (447—449. oldal.)

Könyvismertetés: (449. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (450—453. oldal.)

Vegyes hirek: (453—454. oldal és a boritólap III. és IV. o.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Pázmány Péter Tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye (igazgató: Hainiss Elemér ny. r. tanár).

A „hypochloraemiás" uraemia kóreredete.*

Irta: *Kerpel-Fronius Ödön dr.* egyet. tanársegéd.

Ma már általánosan ismert, hogy maradéknitrogen-emelkedéssel együtt járó uraemiaszerű tünetcsoport anatomiai veseelváltozás nélkül is létrejöhet. A tünetcsoport oly betegségekhez társul melyek során a szervezet sóveszteséget szenved el. A sóveszteség létrejöhet hányás vagy hasmenés útján, létrejöhet azonban renalisan is mint pl. Addison-kór vagy súlyos cukorbaj esetén. E tünetcsoportot „hypochloraemiás" vagy „chloropriv" azotaemiának, a franciák „sóhiány általi azotaemiának" (azotémie par manque du sel) nevezik.

A sóveszteség és az azotaemia közti kapcsolat mibenléte még ma is ismeretlen.

Az irodalomban errevonatkozólag következő magyarázatokat találjuk.

1. Legnagyobb visszhangja és régebben legtöbb követője volt *L. Blum* elméletének, eszerint sóveszteség csökkenti a test nedveinek osmoticus concentratióját, a hypochloraemia osmoticus ellensúlyozása végett a szervezet ureumot tart vissza.

Evvel a magyarázattal szemben súlyos ellenvetések hozhatók fel. Ureum, mint a sejthártyákon áthatoló anelektrolyt, nem pótolhat chloridokat. A serumchlor csak egyetlen anion, melyet concentratiocsökkenés esetén más anion, bicarbonat, ritkábban szerves sav pótolhat — anélkül, — hogy a serum osmoticus töménysége csökkenne. Az osmoticus concentratio csökkenése csak natriumcsökkenés után következik be. (Lásd 1. ábra, a vérserum savlúg egyensúlyának vázlata J. L. Gamble szerint).

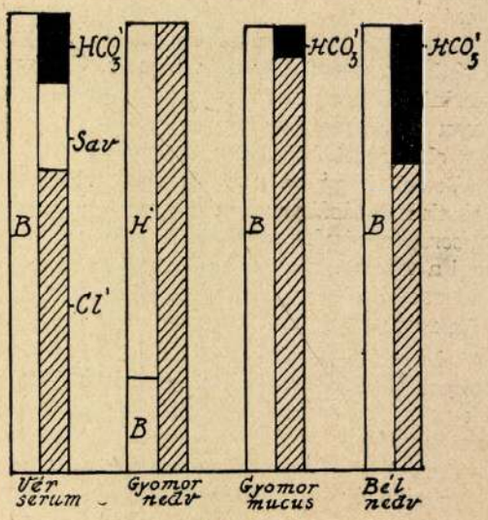
Ezen elméleti megfontolásokon kívül, 1932-ben csecsemőkön, akiken gyakoriak a sóveszteséget okozó kórképek, kimutattam, hogy még igen nagyfokú osmoticus concentratio csökkenést sem kisér szükségszerűen azotaemia.

I. sz. Táblázat.

Azotaemia és osmoticus töménység összefüggése a csecsemőkorban.

	Cl. mg%.	R. N. mg%.	Protein%	▲
1.	354	145	11.4	— 0.68°
2.	333	129	8.6	— 0.57°
3.	367	63	9.5	— 0.56°
4.	310	105	9.9	— 0.61°
5.	280	30	5.4	— 0.48°
6.	261	36	6.1	— 0.46°

2. Másik igen elterjedt nézet szerint *a vese nitrogentartalmú salakanyagokat csak megfelelő nagyságú serumchlortöménység esetén képes kiüriteni. (Rathery, Ambard, Rudolf, Porges, Sturm* és sok más szerző).



1. ábra.

* A budapesti Orvosegyesületben, 1935. okt. 12-én tartott előadás.

E nézetnek ellentmond, hogy a serumchlor töménységének változásai és a maradéknitrogen állása közt nincs párhuzamosság.

A II. számú táblázatban foglaltam össze az erre vonatkozó adatokat.

II. sz. Táblázat.

Azotaemia és serumchlortöménység egymáshoz való viszonya különféle sóveszteség eseteiben.

	Cl. milliaequ.	R. N. mg%
1. Pankreasnedv elvonás (*Gamble* és *Mc. Iver*)	94	200
2. Epinephrektomia (*Loeb*)	100	185
3. Diuretin okozta sóveszteség (*Kerpel-Fronius* és *Butler*)	90	143
4. Sóelvonás dextroseval (jelen kisérlet)	100	139
5. Gyomornedvelvonás (*Glass*)	65	34
6. Gyomornedvelvonás (*Glass*)	53	196
7. Chlorelvonás lactattal (jelen kisérlet)	65	40
8. Dilutiós hypochloraemia (*Kerpel-Fronius* és *Butler*)	62	42
9. Kutyaexsiccosis (Saját vizsgálatok)	162	192

A II. számú táblázatból láthatjuk, hogy a különféle módon előidézett sóveszteség eseteiben semmi párhuzamosság sincs a hypochloraemia és azotaemia közt. A táblázat adataira a későbbiekben még visszatérünk.

3. Egyes szerzők, főleg *Glass* állatkisérletei nyomán, azt a nézetet vallják, hogy nagyobbfokú chlorveszteség fehérjeszétesést von maga után. A sóveszteséghez társuló azotaemia oka *nitrogentöbbképzésben* keresendő.

Megfontolandó azonban, hogy sóvesztességgel járó állapotok kiséretében szerepelnek oly tényezők, melyek már magukban is okozhatnak fehérjeszétesést. Az éhezésre, szomjazásra és esetleges fertőzésekre gondolok itt, mely momentumok legtöbbször megtalálhatók sóvesztességgel járó állapotokban.

4. Az eddig említett theoriák, *a veseelváltozás nélkül keletkezett azotaemia pathogenesisének központjába a chlorveszteséget és serumchlorcsökkenést helyezik.* Hátra van azonban még egy elmélet megbeszélése; eszerint a *vesebaj nélkül keletkező azotaemia nem annyira a chloranyagcsere, mint inkább a vízforgalom problémája.* Ismét utalok itt csecsemőinken észlelt eseteinkre. Az I. sz. táblázatból látjuk, hogy normalis serumchlor mellett is találhatunk azotaemiát, mégpedig mindenkor kiszáradás (exsiccatio) kiséretében. Másrészt nem találunk azotaemiát oly hypochloraemiás esetekben, melyekben a sóveszteséghez vízveszteség nem társult. Csecsemőészleleteink szerint tehát az azotaemia keletkezésében döntő szerepe van a vízforgalom zavarának.

Az elmondott klinikai megfigyelések kivánatosnak tüntették fel, hogy az u. n. hypochloraemiás azotaemia eredetének kutatásában ne elégedjünk meg *csupán a chloranyagcsere* tanulmányozásával. Szélesebb alapokra kell helyezni a vizsgálatokat oly tényezők bevonásával, melyek hypochloraemiás állapotokban mindég jelen vannak és eddig nem részesültek kellő figyelemben és méltatásban.

A hypochloraemiás azotaemia keletkezésekor található complex elváltozásokat következő tényezőkre bonthatjuk szét: A veseelváltozás nélküli azotaemia leggyakrabban hányással és hasmenéssel kapcsolatosan szokott jelentkezni. A gyomornedv anorganikus összetételének tanulmányozásából látjuk (1. sz. ábra), hogy hányással kapcsolatosan a szervezet nemcsak chlort veszít, de veszít natriumot is, ha aránylag kevesebbet is. Az elektrolyt veszteségen kivül azonban a hányás még vízveszteséggel és szomjazással is együtt jár.

Hasmenés esetén viszont, mint a bélnedv anorganicus összetételéből látjuk, fordított az arány: a szervezet *több natriumot veszít, mint chlort.* Ismét szerepel persze a vízveszteség és súlyos esetekben, a felszívódás hiánya miatt, a szomjazás is.

Ezek jelentőségét *egymástól elkülönítve* vizsgáltam. Reméltem, hogy ezen az úton a complex folyamatból kihámozhatók lesznek azon tényezők, melyek azotaemia keletkezésére vezethetnek és elejthetők lesznek olyanok, melyek a maradéknitrogenemelkedés mechanismusában közvetlenül nem szerepelnek, hanem csak evvel párhuzamosan lejátszódó folyamatok.

Különös figyelemmel követtem tehát a chloranyagcserén kivül, az eddig elhanyagolt *natriumanyagcserét* és az evvel szorosan kapcsolatos vízforgalom viselkedését,

A kifejtett gondolatmenet alapján külön-külön tanulmányoztam a *szomjazás*, a *chlorionelvonás* és a *natriumchlorid* elvonás kapcsolatait a nitrogenanyagcserével és kiürítéssel.

Tárgyaljuk először a *szomjazás* befolyását a nitrogenanyagcserére.

Már *Bang* vizsgálatai óta ismeretes, hogy szomjazás maradéknitrogen-növekedéssel jár. Röviden szeretnék rámutatni a szomjazási azotaemia egyszerű keletkezésmódjára. Éhezés és szomjazás állapotában a szervezet a gyorsan elégő glykogenkészletek elégése után saját protoplasmáját és zsírját égeti el. 5 napos nyúlkisérletben a következő adatokat találtam: A nitrogen és zsíranyagcsere nagyságából hozzávető megközelítéssel kiszámitható volt, hogy az állat saját szöveteinek elégetése folytán szabaddá vált 250 gr. víz. Ebből 200 gr. extrarenalisan hagyta el a szervezetet, maradt volna tehát a vesemunka számára 50 gr. víz. Ez idő alatt azonban képződött 8 gr. nitrogen, vagyis a vesének hogy ezt kiürítse, a szövetek elégetése folytán felszabadult vízzel egy 16%-os nitrogenoldatot kellett volna képezni. Ténylegesen a vese, miután a töményítő képességnek határa van, csak egy 2.8%-os oldatot ürített. Éppen ezért a szervezetnek a szövetek concentrikus beoltásából keletkezett vizen kivül még egyéb vizet is le kell adnia, vagy hatalmas mennyiségű ureumot kell retineálnia. Ténylegesen a szervezet több vizet is adott le, mint amennyi a szövetbeolvasztásból keletkezett, vagyis bizonyosfokú exsiccatio keletkezett, másrészt nem is ürítette ki a képződött salakanyagok összességét, a maradéknitrogen a kisérlet végén 108 mg% volt.

Mivel a szomjazás egymagában azotaemiára vezet, sóveszteség nélkül is, nyilvánvaló, hogy a sóveszteség és azotaemia közti kapcsolat kutatására olyan módszert kell választani, melyben a szomjazásfactort kikapcsoljuk. Feladatunk tanulmányozása szempontjából tehát nem jönnek számításba a kisérleti sóveszteség előidézésére gyakran használt sebészi módszerek, mint pl. a pylorus lekötése, ez a sóveszteségen kivül szomjazással is jár.

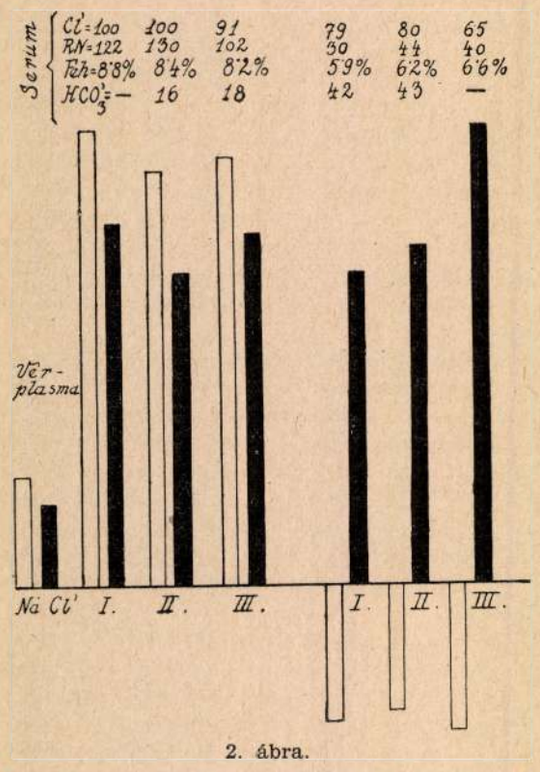
Célunk elérésére felhasználtuk *Darrow* és *Yannet* adatait a peritoneumba fecskendezett isotoniás oldatok viselkedéséről. Amint említettük, *isoláltan akartunk chlorveszteséget létesiteni oly módon, hogy se szomjazás, se natriumveszteség ne szerepeljen.* Nyulak peritoneumába isotoniás natriumlactat oldatot fecskendeztünk, ilyenkor még az oldat felszivódása előtt chlorionok diffundálnak a peritoneumba, lactationok pedig felszívódnak. A befecskendezés után 3—4 órával tehát kiszívható a peritoneumból egy kb. isotoniás natriumchlorid oldat. Ezen kisérleti feltételek mellett tehát elérhető, hogy tiszta kisérletben tanulmányozhatjuk az isolált chlorveszteség és hypochloraemia kapcsolatait a nitrogenanyagcserével. Is-

mételjük, hogy kikapcsoltuk mind a szomjazás, mind a natriumveszteség tényezőket.

Szembe állítjuk a fenti kisérlettel a *natrium és chlorionok együttes elvonása* utáni állapotot. Együttes natrium és chlorveszteséget úgy létesítettünk, hogy isotoniás dextroseoldatot fecskendeztünk be intraperitonealisan. Az osmosis törvényei szerint a befecskendezett oldatba még annak felszívódása előtt natriumchlorid és natriumbicarbonat diffundál. A folyadék kiszivásával tehát tetszésszerinti mennyiségben vonhatunk el natrium és chlor ionokat.

Az állatok vízfelvétele természetesen ismét teljesen zavartalan volt, szomjazás nem szerepelt.

Az eredményeket ábrákban állitottam össze. Megfigyeléseimről a következőkben szeretnék beszámolni.



2. ábra.

1. *A chlorveszteség nagysága és annak befolyása a serumchlor töménységére.* Oszlopokkal ábrázoltam az 5 napos kisérlet alatt pro kg. elvont chlor teljes mennyiségét. A chlorveszteség absolut nagysága igen tekintélyes volt. Kb. 4—5-ször annyi chlort vesztett az állat, mint amennyi chlort tartalmaz az állat teljes keringő plasmamennyisége.

Látjuk, hogy a chlorveszteség nagysága mind a lactatkisérletben, *melyben csak chlort,* mind a dextrosekisérletben, *melyben natriumot és chlort együtt* vontunk el, csaknem egyforma volt. Feltünő, hogy egyforma nagyságú chlorveszteség ellenére, a dextrosekisérlet végén a serumchlor alig, vagy egyáltalán nem csökkent, míg a lactatkisérlet végén nagyfokú hypochloraemia fejlődött ki. A serumchlor értékek d. milliaequivalensekben vannak megadva, ugyanígy a bicarbonat is, a R. N. mg%-ban, a serumprotein g%-ban, az elvont chlor mennyiségét a sötét, a natriumét a világos oszlopok érzékeltetik.) A különös jelenség magyarázatát megadja a vérserum sav-basis összetételének tanulmányozása (lásd 1. sz. ábra.) A natriumveszteség vagy csökkent osmotikus töménységet eredményez a vérserumban és ennek tartályaiban, vagy pedig a testnedvek olymódon alkalmazkodnak a natriumveszteséghez, hogy a natriumcsökkenésnek megfelelően a szervezet vizet is ad le. A serumchlor azért marad ilyenkor, tehát nagy chlorveszteség esetében is rendes, mert a párhuzamos natriumveszteség exsiccatiót von maga után, ez pedig eltakarta a chlorveszteséget. Ennek megfelelően látjuk, hogy a dextrosekisérletben magas a serumproteinérték és a serumchlor rendes.

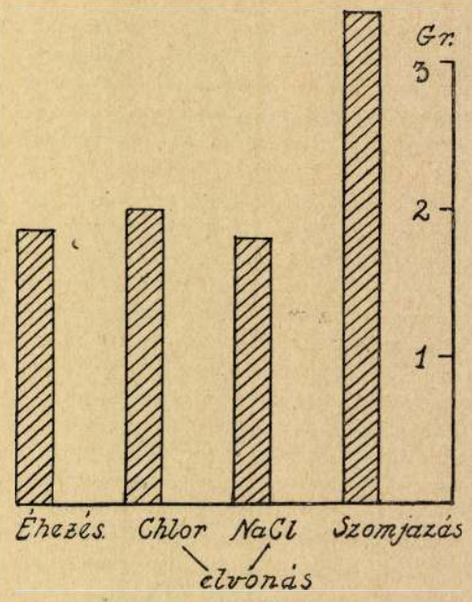
Isolált chlorelvonás után viszont hypochloraemia jön létre, mert a megcsökkenő chlor iont, osmotikus concentratiocsökkenés nélkül, egy másik anion, a bicarbonat helyettesíti, ennek megfelelően a serumproteinérték normalis, vízveszteség nincs, a HCO_3 magas. Kisérletünkből megállapithatjuk, hogy a serumchlor concentratiójának kialakulása nemcsak az elszenvedett chlorveszteség absolut nagyságától függ, hanem sokban függ attól, hogy történt-e párhuzamos natriumveszteség is. Utóbbi esetben a beálló vízveszteség miatt a serumchlor töménysége rendes maradhat még nagyfokú chlorveszteség eseteiben is.

2. *Térjünk át most már arra, milyenek a nitrogenanyagcsere és kiürités kapcsolatai a sóveszteséggel.*

Ha szembeállítjuk a maradéknitrogen viselkedését a serumchlorconcentratio változásaival, arról győződhetünk meg, hogy a dextrosekisérletben igen magas a maradéknitrogen, még pedig rendes serumchlor mellett, a lactatkisérletben pedig hypochloraemia ellenére sincs azotaemia. Az azotaemia megjelenése az exsiccatióval jár együtt, nem a hypochloraemiával.

A következő lépés annak az eldöntése, vajjon a dextrosekisérletben, a sóveszteség után támadt azotaemia *nitrogentöbbképzés* vagy *nitrogenkiüritési zavar* következménye-e.

A III. sz. ábrában összeállítottuk a teljes nitrogenveszteség nagyságát, 5 napos kisérleti szakasz alatt, chlorveszteség, natriumchloridveszteség és szomjazás után, az értékeket összehasonlítottuk csak éhező controllállatokon észlelt nitrogenveszteség nagyságával.



3. ábra.

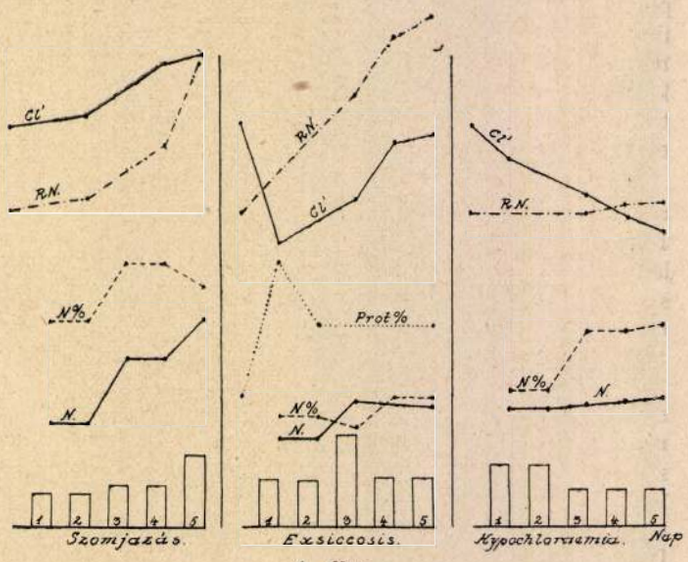
(Az ötnapos kisérlet alatt pro kg. elvesztett nitrogen mennyiségét oszlopok ábrázolják. 1. éhező controll, 2. chlorveszteség, 3. natriumchloridveszteség, 4. szomjazás.)

A nitrogenveszteség kapcsolatai a sóveszteség és vízbevitellel.

Az ábrából világosan látjuk, hogy a nitrogenveszteség (fehérjeszétesés) nagysága független a chlor, illetve natriumchloridveszteség nagyságától. *A nitrogenveszteség nagysága a folyadékbeviteltől függ.* Szomjazó állatoknak csaknem kétszerakkora a fehérjeszétesettsége, mint a controlloké vagy sóveszteség elszenvedése után. Az ábra

szerint tehát az együttes natrium és chlorelvonást követő azotaemia keletkezését nitrogentöbbképzéssel nem magyarázhatjuk, ez csak a szomjazási azotaemiában szerepel.

Lássuk ezek után a nitrogen *kiürités* viselkedését sóveszteség után. Szembeállítjuk itt a szomjazás, az exsiccatio és hypochloraemia befolyását a nitrogenkiüritésre és a maradéknitrogen viselkedésére.



4. ábra.

(Az 1. ábra a szomjazás, a 2-es az exsiccosis, a 3-as a hypochloraemia adatait mutatja be 5 napos kisérleti szakasz alatt. A vonalak felülről lefelé haladva következőket ábrázolják: 1. serumchlortöménység, 2. maradéknitrogentöménység, 3. a vizelet nitrogen töménysége, 4. összes nitrogenkiürítés a vizeletben, 5. vizelet volumen oszlopok.)

Látjuk, hogy a szomjazás állapotában napról-napra több nitrogen képződik, a vese hatalmasan töményit, azonban a képződött nitrogen és rendelkezésre álló víz mennyisége közti aránytalanság miatt azotaemia jön létre. A serumchlor, mint ismeretes, szomjazás állapotában növekszik.

A 2-ik ábrából (exsiccosis) látjuk, hogy a natriumchloridelvonást közvetlenül követően csökken ugyan a serumchlor töménysége, de a következő napok alatt létrejövő adaptáló vízveszteség miatt folytonosan szaporodik a serumchlor, a maradéknitrogenemelkedés emelkedő chlorgörbe mellett jött létre. A serumprotein magas. A vizeletben a nitrogen töménysége, a progressiv maradéknitrogenemelkedés ellenére is lapos marad. Ez a *concentrálási képtelenség* különösen szembetűnő, ha összehasonlítjuk a szomjazáskor leírt viszonyokkal, a vese exsiccatióban csak kb. harmadrészannyira képes sűríteni, mint szomjazáskor. A kiüritési zavar semmivel sem javul a kisérlet utolsó napjaiban, hanem még rendes serumchlortöménység mellett is fennáll, annak jeléül, hogy ez a hyposthenuria független a serumchlorconcentratio viselkedésétől.

A 3-ik ábrában azt látjuk, hogy isolált chlorelvonás esetén progressiv serumchlorcsökkenés ellenére sincs kiüritési zavar, a vese mindvégig jól töményit, a maradéknitrogen rendes marad.

Kisérleteink leírása után mégegyszer felhívjuk a figyelmet a *II. táblázat* adataira. Ez a táblázat a serumchlorconcentratio és a maradéknitrogen egymáshoz való viszonyát mutatja be különféle eredetű sóveszteség eseteiben. Az adatok részint az irodalomból, részint saját kisérleteimből származnak.

A *II-ik számú táblázat* tanulmányozásakor azonnal feltünik a hypochloraemia és azotaemia közti párhuzamosság teljes hiánya. Mellékveseelégtelenségben, pankreasnedvelvonás után, diuretinnel okozott sóveszteség után nagyfokú maradéknitrogenszaporodást látunk alig csökkent serumchlor kiséretében.

Ellenkezően gyomornedvelvonás után azotaemia csak több mint 40%-nyi serumchlorcsökkenés után kezd megjelenni.

A bemutatott táblázat megerősíti nézetünket, hogy sem a hypochloraemiának, sem pedig a chlorveszteség teljes nagyságának nincs közvetlen köze az extrarenalisan létrejött maradéknitrogenfelhalmozódáshoz.

Összhangba kell azonban hoznunk ezt az állitást avval a jól ismert ténnyel, hogy a sóveszteség csaknem valamennyi formája előbb-utóbb azotaemiára vezet és ezen állapotban a legcélravezetőbb gyógyeljárás mégis csak a sós oldatok adagolása.

Intestinalis secretumok elvonásakor (lásd bélnedv összetétele I. ábra), diuretin okozta sóveszteségben *(Kerpel-Fronius* és *Butler)*, mellékveseelégtelenség esetén *(Loeb, Atchley* és munkatársai) ugyanaz történik, mint dextrosekisérletünkben, vagyis a szervezet több natriumot veszit, mint chlort. A szervezet ilyenkor tehát egy oly sós oldatot veszit, melynek összetétele megfelel a vérserum natrium-chlor arányának. Mivel mindezen esetekben a natriumveszteséget arányos vízleadás követi, *exsiccatio és exsiccatiós azotaemia fog létrejönni hypochloraemia nélkül, mert a chlorveszteséget elfedi a vér besűrűsödése.*

Látszólag más állapotokat találunk gyomornedvelvonás esetén. Mivel a gyomornedv több chlort tartalmaz, mint natriumot, ezért natriumveszteséghez csatlakozó oly nagyfokú vérbesűrűsödés, mely már csökkentené a veseműködést, csak *azon időpontban fog létrejönni, mikor a szervezet chlortartalékai már felére csökkentek. Az azotaemia itt is kapcsolatos azonban az exsiccatióval,* de egyben hypochloraemiával és alcalosissal is jár, de csak azért, mert a chlorveszteség jóval nagyobb volt a natriumveszteségnél.

Ismét emlékeztetek itt lactatkisérletünkre, melynek során hypochloraemia ellenére sem jött létre azotaemia, mert natriumhiány nem lévén, exsiccatio sem fejlődött ki,

Kisérleteink alapján következtethetjük, hogy az ú. n. „hypochloraemiás" azotaemia keletkezése tulajdonképen nem is kapcsolatos a chloranyagcsere zavarával. *A sóveszteséget az azotaemiával pathogenetikailag a natriumveszteséghez csatlakozó vízforgalmi zavar, vagyis a keringő plasmamennyiség megkisebbedése kapcsolja össze.*

Az elmondottak szerint kétféle jellegű vízforgalmi zavar befolyásolhatja a nitrogenanyagcserét és kiüritést: 1. *A szomjazás,* mely gyakran szerepel olyan kórképekben, melyek sóveszteséggel járnak, fehérjeszéteséssel, *nitrogentöbbképzéssel jár együtt.* A szövetszétesésből keletkezett nitrogen és szabaddá vált víz mennyisége közt akkora az aránytalanság, hogy a vese még maximalis töményítés esetén sem képes a salakanyagok kiüritésére.

A vízháztartás másik fajtájú zavara a natriumveszteséggel közvetlenül kapcsolatos *vérbesűrűsödés, mely hyposthenuriát okozván* megmagyarázza azt, hogy ilyenkor azotaemia rendes vizeletvolumen esetén is létrejön. A vese sűritő képességének kiesése független a hypochloraemiától, mert hypochloraemiás, de nem exsiccált esetekben a vese jól töményit, másrészt azonban csökkent a töményitő képesség a hyperchloraemiával járó kutyaexsiccosisban *(Kerpel-Fronius).*

Még egy kérdésre kell felelnünk: Milyen úton-módon befolyásolja az exsiccatio a veseműködést? A klinikai megfigyelés is bizonyitja, hogy exsiccatiós állapotban súlyos collapsusszerű keringési zavar áll fenn. Számos vizsgálat van arra, hogy ilyenkor csökken a keringő vérmeny-

nyiség. Azotaemiás eseteinkben a serumprotein nagy mennyisége szintén vérbesűrűsödésre mutat. Exsiccatióban *Surányi* és *Sonnauer* kimutatták a vérsavó viscositásának nagyfokú emelkedését. *Bottin, Swingle Gilmann* és mások a vérnyomás csökkenését. A felhozott momentumok valamennyien bizonyítják, hogy exsiccatiós állapotban súlyos keringési zavar van. A vese vérellátásának csökkenése pedig csökkenti a veseműködést *(Achard* és *Leblanc, Van Slyke)*.

Különösnek látszik azonban az, hogy ha a „hypochloraemiás" azotaemiát exsiccatióval hozzuk oki kapcsolatba, miért fordul elő exsiccatiós azotaemia rendes vízbevitelkor? Kimutattuk előző kisérletekben, hogy az exsiccatio önként, aránylag kis részletekben megivott vízzel meg nem szüntethető. Az ilymódon bevitt víz ismét elhagyja a sószegény szervezetet anélkül, hogy feltöltené a zsugorodott plasmavolument. Ha viszont a sószegény szervezetet egyszerre nagyobb mennyiségű vízzel árasztjuk el, akkor átmenetileg megszüntethetjük ugyan az exsiccatiót, de mindig az osmoregulatio rovására. Oly mély hyposmosis keletkezik ilyen esetben, amilyenhez foghatót *Gömöri* és *Molnár* irtak le vízmérgezésben. Ilyen „dilutiós" hypochloraemiában soha sem találunk azotaemiát.

Miután a hypochloraemiás azotaemia kóreredetének tárgyalásakor bizonyítani igyekeztem, hogy e kórkép nem a chloranyagcsere, hanem a natrium-, illetőleg vízforgalom kérdése, még röviden rá szeretnék térni az általánosan használatos *serumchlor és bicarbonatmeghatározás kórhatározó értékelhetőségére.*

Rámutattunk arra, hogy a serumchlor töménységének kialakulása nemcsak az elszenvedett chlorveszteség teljes nagyságától függ, hanem az egyidejüleg elvesztett natrium-, illetőleg vízmennyiségtől is. Ha a szervezet több natriumot veszit, mint chlort, akkor az egyidejű szükségszerű vízveszteség miatt még nagyfokú sóveszteség sem vezet hypochloraemiára. A bicarbonat concentratiójának növekedése ugyancsak megbizhatatlan sóveszteség felismerésére; sok bicarbonat csak arról tanuskodik, hogy a chlorveszteség nagysága felülmulta a natriumveszteség nagyságát. Azon esetben, ha a natriumveszteség nagyobb, mint a chlorveszteség, a bicarbonat rendes marad vagy csökken. Minthogy tehát sem a hypochloraemia, sem az alkalosis *hiánya* nem bizonyít sóveszteség ellen, a szervezet sóhiányának kimutatására a serumchlormeghatározáson kivül mindig figyelembe kell venni az exsiccatio klinikai és laboratoriumi jeleit.

Összefoglalóan tehát az elmondottak alapján a hypochloraemia pathogenetikai jelentőségét nem ismerjük el, a serumchlorcsökkenés kórhatározó jelentőségét is sok esetben kétesnek tartjuk. Az uraemiaszerű kórkép gyógyitásakor a sós oldatok kétségkivül kedvező hatását avval magyarázzuk, hogy csak ilymódon tölthetjük fel a zsugorodott vérvolument és szüntethetjük meg az exsiccatiós keringési zavart.

Emlékeztető!..

„Franciaországban, Angliában s ezek révén az egész világon elterjedt egészségügyi szabály, hogy az embernek hetenként egyszer ki kell tisztítania bélcsatornáját. Azt hiszem, mindnyájan meg vagyunk felőle győződve, hogy ez indokolt és jó dolog, és kívánatos, hogy nálunk is elterjedjen. És milyen hasznát látnák a mi pompás *glaubersós keserűvizeink,* amelyeknek mint a gyomortól a vastagbélig takarító, pompás nyálkaoldó és a máj működését is serkentő sóoldatoknak minden hashajtó gyógyszer fölött nagy előnyük van."

Vámossy Z. előadásából a M. O. O. Sz. 1925. é. congressusán.

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

Az elektrokardiogramm és orthodiagramm értéke a sebészetben.

Irta: *Guszich Aurél dr.,* egyetemi tanársegéd.

A szív feladata műtétek alkalmával jelentkező központi és környéki keringési zavarok kiegyensúlyozása, illetve ezekhez való alkalmazkodás. Ismeretes, hogy valamennyi szervünk bizonyos biztonsági tényezővel rendelkezik: pl. a szív normalis munkájának tizszeresét is el tudja végezni. Csak az egészséges szívizomnak van meg ez az alkalmazkodó készsége.

A szív- és érbetegségek, különösen az angina pectoris, számának megszaporodása orvosilag ismert tény. A háború és az azt követő idők rossz szocialis viszonyai, valamint a modern kor erőltetett tempója is tehertételként szerepelnek a szív- és érbetegségek megszaporodásának okai közt. Csak természetes, hogy a nagy sebesség, az élet szövődményessége és az a tény, hogy a mechanikai inventio a természethez való alkalmazkodást feleslegessé teszi, kimerültséget és oly conflictusokat okoz, amelyek a régi nyugodt korban elképzelhetetlenek voltak. Élvezeti szerek: kávé, alkohol és nikotinnak a keringést kedvezőtlenül befolyásoló hatása ismeretes. Az utóbbi hét év kiterjedt statistikája (New-York, Prága, Frankfurt a. M., Leipzig, Wien, Zürich és Budapest) megállapította, hogy az összmortalitásból 27% a keringési bajokra esik, míg a rosszindulatú daganatokra csak 12.8%, a tbc.-ra pedig 8.3% jut. *(Singer)*. Figyelembevéve a szívbetegek számának szaporodását — mivel a myokardium a keringési energia forrása — nekünk sebészeknek a szívizom állapotának ismerete elsőrendű fontosságú, hogy meglepetésektől megóvjuk magunkat.

A műtét sikere, a betegség kórjóslata egyértelmű a szívműködés, illetve a szív teherbíró képességével, utóbbi pedig a szívizom állapotának a függvénye. Igy érthető, hogy sebészi beavatkozás előtt tájékozódni akarunk, mire számíthatunk a szív részéről. A szív functionalis vizsgálata, kezdődő elégtelenségének felismerése még mindig tökéletlen és az is marad mindaddig, míg az összszervezet, illetve egyes szerveinek működésképességét külön-külön megállapítani nem tudjuk. *Hoffmann* kijelentése ma is helytálló: „A szív sohasem jelzi azt a pillanatot, amikor valamely megerőltetés számára károssá válik." *Henschen* a német sebésztársaság 1929. évi 53. congressusán megemlíti, hogy a mérnökök mennyire megelőzték az orvosokat az anyagvizsgálatot illetőleg, akik az egyes anyagokat egyéb vizsgálatok mellett működésbeli tartósságukra nézve is megvizsgálják. A functionalis vizsgálatoknak a célja, hogy megállapítsuk azt, hogy az esetenkénti hirtelen többletterhelést hogyan birja el a szívizom, vagyis, hogy milyen mértékben képes tartalékerejét fokozottabb igénybevétel esetén mozgósítani. A szívműködés vizsgálatára kidolgozott sok módszer is annak a jele, hogy ezek egyike sem felel meg tökéletesen a követelményeknek. Ezeket a vizsgálatokat szervesen egészíti ki a szívizom legaprólékosabb elváltozásaira is fényt derítő *elektrokardiographikus* (EKG.) vizsgálat az *orthodiagraphiával* karöltve. Nagyjelentőségű ez a módszer, mert biztos és gyors; a szívizom rejtett elváltozásai vele az esetek legnagyobb számában kimutathatók. Mi, a II. sz. sebészeti klinikán, már több mint négy éve minden nagyobb műtét előtt felvesszük a betegek EKG.-ját. A Bakay-klinika négyévi EKG. vizsgálati anyagát áttekintve, megállapithattuk, hogy az összbeteganyagnak mintegy 20—25%-ában végeztünk EKG.-vizsgálatot. A megvizsgált betegek

kb. 5—6%-ában a szívizomzatot megtámadottnak találtuk.

A Marvin-, Pastor-, Franke-, Wachsmuth- és Eismeyer-féle felfogás — hogy az EKG.-nak sebészi szempontból vajmi kevés a jelentősége — ma már revizióra szorul. Az elektrokardiogramm segítségével olyan szívizomelváltozásokat is képesek vagyunk kimutatni, amelyek egyébként rejtve maradnának előttünk, elsősorban a szívizom fajlagos vezető rendszerének (ingerképzés- és vezetés) és a szívizom contractilitásának zavarait. *Hasenfeld* kiemeli a szívizom egyes részeinek működés szempontjából különböző fontosságát. „A kamrák a szív motorjai, a pitvarok a vér reservoirjai, ezért a kamrák izomzatának károsodásai sokkal jelentőségteljesebbek, mint a pitvaroké." Ezért hangsúlyozza egyik vagy másik szívrészlet túltengésének jelentőségét, mert a túltengett szívrészlet könnyebben elfajul. Egyik vagy másik kamra túltengésére, illetve a szív tengelyének elfordulására az EKG.-görbéből az esetek többségében nagy valószínűséggel következtethetünk, azonban egyéb szempontok is figyelembeveendők. *(Weth).*

Nagyon szapora pulsusszám mellett a *tachykardia* formájának a megállapitása csak graphikus módszerrel lehetséges. Ha a beteg vízszintes helyzetből felül, a jelentkező pulsusszaporulat statikai; ilyenkor a percvolumen nem növekszik meg, valószinüleg azért, mert a szív a test függélyes helyzetében bekövetkező megváltozott vérelosztás folytán elsődleges módon kisebbé válik és a verőtérfogat megkisebbedését a pulsusszám szaporitásával egyenliti ki. Szemben a testi megerőltetés (tornázás) kapcsán jelentkező ú. n. dynamikus pulsusszaporulattal, amikor a perctérfogat akár többszörösére is nőhet olymódon, hogy a pulsusszaporulat mellett még a verővolumen is megnövekedhet. *(Hecht).* Kóros pulsusszaporulatok: láz, thyreotoxicosis, tuberculotoxikus endo- myokarditis és ideges eredetűek. Rendellenes magas pulsusszám esetén — 180-on felül — (pl. Basedow kapcsán jelentkező súlyos thyreotoxicosis, paroxysmusos tachykardia) a szív azáltal szenved, hogy az egyes szívactio nem fejeződik be akkor, amikor a következő már elkezdődik, vagyis ú. n. pitvari torlódás jön létre, ami a jugularis venák erős lüktetéséről ismerhető fel. Az átvezetési idő a normalisnál (0.14"—0.18") sokkal rövidebb. Igen szépen láthattuk ezt a pitvartorlódást Basedow-betegek műtétje utáni napon készült némely EKG.-felvételen. Mivel ilyenkor a kamra systole-ideje is rövidebb, így még 180-on felüli pulsusszám mellett is kielégítő lehet a keringés. A sympathicus idegrendszer részéről észlelt túlérzékenység következtében néha nagyfokú tachykardia jelentkezik, esetleg extrasystolés arrhythmiával párosulva, amely reflex úton előidézheti az érmozgató-központ bénulását is. Nyugalomban is fennálló tachykardia igen komoly jele a szívizom kimerülésének. A sokkal ritkább sinus *bradykardia,* eltekintve a familiaris bradykardiától, *(Wenckebach),* a specialis izomzat „localisált myokarditis"-ének felel meg. Kóros bradykardiát észlelünk sárgaságban, agynyomás, agyzúzódás és eszméletlenségi állapotokban, néha súlyos műtétek utáni lábbadozás szakában. Valószinüleg a vagus tonusának erőművi, illetve fertőzéses-, toxikus alapon létrejött fokozódásáról van itt szó. A kóros bradykardia súlyos alakja, a teljes block esetében *(Adam-Stokes)* sebészi beavatkozás alig jön tekintetbe.

Az arrhythmiák elemzése az elektrokardiogramm alapján nem ütközik különösebb nehézségbe. Az extrasystolés arrhythmia is az ingerképzés zavarának az eredménye. Főleg a mindhárom elvezetésben észlelhető számos és rendszertelenül halmozódó extrasystole — amelyek néha az irregularitas absoluta képét mutatják — elkülönítése szempontjából fontos az EKG.-vizsgálat.

A *P*-hullám rendellenességének klinikai jelentősége extrasystolés arrhythmia, paroxysmusos tachykardia, pitvarcsillogás (fibrillatio) és -lebegés esetében jut kifejezésre. Igen magas *P*-hullámot rendszerint a bal visszeres szájadék szűkületekor látjuk; ez a vitium a műtéti kórjóslat szempontjából mindig komolyan jön tekintetbe. Az extrasystolés arrhythmia és paroxysmusos tachykardia három fő typusában: auricularis, nodalis és ventricularis formában az izgalmi hullám eredetének megfelelően a *P*-hullám és *QRS*-complexum *egymástól* való távolságának az ú. n. *P-R* intervallumnak a megfigyelése, valamint a *P* esetleges negativitása a külön ingerület keletkezése helyét illetőleg is jelentőségteljes. Halmozódó extrasystolék (mindhárom elvezetésben), valamint az arrhythmia absoluta szívizomelváltozásra utalnak. A paroxismusos tachykardia sokszor a koszorú ütőér luesével kapcsolatos, azonban az igazi mechanismusa még nincs kiderítve. Az ingerképzés aránylag súlyos zavara: pitvar-csillogás (fibrillatio) és -lebegés (flutter) esetében a *P*-hullám hiányzik és helyét kicsi, szabálytalan hullámocskák foglalják el. Legjobban a második és harmadik elvezetésben figyelhető meg. Elég gyakran látjuk Basedow-betegeken műtét előtt is, főleg azonban operatio után. Itt félreértésekre adhat alkalmat a pitvarcsillogás értelmezése a betegnek néha maniákus nyugtalansága miatt. Nem ritkán előfordul az is, hogy a pitvarreszketés a kamrákra is ráterjed és a beteg általános szívizomremegésben hirtelen meghal.

Érdekes *Hugelmann* észlelete, akinek alkalma volt súlyos szerencsétlenség következtében teljesen szabadon fekvő szív működését megfigyelhetni. Megállapította, hogy egyideig tartó pitvarcsillogás után vezetési zavar áll be, majd a kamraizomzat kezd remegni és a kamrák működésének megszünte miatt áll be a halál.

Aránylag súlyos arrhythmia mellett a vérelosztódás egyideig még elég jó lehet; különösen ügyelni kell a szívelégtelenség kezdeti tüneteire (pangásos hurut, pangás a vesékben, maradék-nitrogen és fehérje-megszaporodás). Hangsúlyozzuk, hogy legyen türelmünk a beteg panaszainak meghallgatásához; a szívpanaszok komolyan veendők még akkor is, ha a vizsgálatkor nem kapunk positiv leletet.

A szívizomzat megbetegedéseit vérellátási zavarok vagy bakteriumok és egyéb toxinok idézik elő. Koszorúér-sklerosis akkor okoz keringésbeli elégtelenséget, ha a normalisan még kielégítő vérellátással szemben fokozott igényeket kell kielégíteni. (Pl. izgalomkor, műtékor, testi munka esetében, balkamra túlterhelésekor hypertoniánál, jobb kamra túlterhelésekor emphysemában, stb. *Gotsch).* Vele kapcsolatos rhythmuszavarok közül a pitvari fibrillatiónak és a pitvar-kamrai átvezetési zavarnak (P-R) van jelentősége; utóbbi a vezetési rendszer kifáradása miatt jön létre. *Bernstein* az átvezetési idő meghosszabbodását 0.2 másodpercen túl a szívblock első fokának tartja. Infectiosus ártalmak közül a syphilis, rheumatismus és influenza,tonsillitis, endokarditis a leggyakoribbak. A toxikus ártalmak közt jelentőségteljes a diphtheria, chorea és a hyperthyreoidismus. Utóbbi esetben a korai műtéttel súlyosabb szívzavarok kifejlődését néha megakadályozhatjuk.

Lassubbodott ingervezetés az *R*-hullám emelkedésének elhúzódásából és az egész kamracomplexum meghosszabbodásából állapítható meg (0.1"-en felül). Súlyos szívizomelváltozás esetében, mint pl. arborisatiós blockban az *R* emelkedésének lassúsága, valamint az egész *QRS*-complexum kiszélesedése, tartama minden további nélkül felismerhető. A pitvar-kamrai átvezetés meghosszabbodása a szívizom vezetőrendszerének enyhébb megbetegedésére utal, míg a vezetés megszakadása — block — mindig kiterjedt és súlyos szívizomelváltozás jele. A ve-

zetés megzavarásának oka a koszorúerekben a keringés megromlása. Az esetek többségében a koszorú-verőerek beszájadzása szűkületének oka syphilis; azonban a rheumás szívizomgyulladás oki szerepe is figyelembeveendő. Nem teljes *His*-köteg block-ban a *QRS*-complexum kisebbmérvű elváltozást mutat, amplitudója kisebb és nincs meg az állandó összefüggés közte és a *T*-hullám közt, mint teljes block esetében, ahol a complexum nagyfokú deformáltsága mellett a *T*-hullám az egyik elvezetésben (I) positiv, másikban (III) negativ. A *QRS*-complexumnak egy elvezetésben isoláltan észlelhető elváltozásai az átvezetési idő meghosszabbodása nélkül rendszerint elhanyagolhatók, azonban szívbaj esetén jóval előre jelzői lehetnek a vezetés zavarának. Ismeretes a *Tawara-szár* finom végelágazódásainak ártalma az ú. n. arborisatiós-block, ami mindig igen komoly, többnyire nem javuló szívizom-elváltozás.

Mély *S*-csipkék az első elvezetésben veleszületett billentyűhibákra jellemzők. Ha a *ST*-részlet hosszabb ideig van az isoelektromos vonal alatt, vagy ha a *T*-hullám laposssá válik, (1 mm-nél kisebb), esetleg negativvá, vagy eltünik az első és második elvezetésben, szívizomelváltozást tételezünk fel. *Marzahn* műtét utáni tetaniás esetekben az *ST*-részlet lényeges meghosszabbodását figyelte meg. Valószinüleg a tartósan megrövidült pihenési idő (diastole) a szívizom-functio szempontjából nem közömbös. Feltehető még, hogy az elfáradás következtében bizonyos mérgező anyagok felhalmozódva a szívizom anoxiáját okozzák és az esetleg jelentkező anginás rohamoknak is ez lehet az oka. *Hammann* azt hiszi. hogy az EKG. negativ *T*-hulláma nem is olyan kedvezőtlen kórjóslatú, mint amilyennek az amerikai szerzők feltüntetik. Ezeknek gyakorlati jelentősége abban van, hogy a balkamra csökkent vérellátásának kifejezői. *Rütz* mellüregi beavatkozások esetén a műtét következtében támadt szívhelyzetváltozást teszi felelőssé a negativ *T*-hullámért. Szívsérülések kapcsán végzett szívvarratok miatt egészséges szívizomrészlet rekesztődik ki a keringésből, ezért a műtét utáni napokban majdnem kivétel nélkül megtaláljuk az utólengés inversióját (negativ *T*) és az *ST* intervallum lesüllyedését. A fenti elváltozás oka valószinüleg az aseptikus, reparativ szívizomgyulladás *(Flaum)*.

Állandó összefüggést a műtét menete és a szívműködés közt EKG. úton megállapitani nem lehet. *Marer, Scňapiro* nagy hasi műtétek alatt tűelektródokkal vezették el az actiós áramot; kiderült, hogy ilyenkor a *T*-hullám általában alacsonyabbbá vált, valószinüleg a mély narkosis következményeképp. Az érzéstelenités módja, a betegség, műtét, kor és a beteg általános állapota nincsenek befolyással az EKG.-ra. Az extrasystolék jelentkezése és a pulsus meglassúbbodásának oka valószinüleg traumatikus zsigeri izgalom.

Freundlich 175 EKG. *T*-hullámának viselkedését figyelte meg és azt találta, hogy laevogramm esetében positiv T(I) mellett és dextogramm esetén positiv T(III) mellett minden súlyosabb decompensatiós jelenség hiányzott. Azokon a betegeken, akiken előbbi esetben negativ T(I), utóbbiakban negativ T(III)-at talált, súlyos keringési elégtelenséget látott kifejlődni. Ily esetekben stenokardiás rohamra vagy más súlyos keringési szövődményre lehetünk elkészülve. A keringés fokozódó romlásakor az eredetileg positiv T(I) és T(III) negativba átmenetét figyelte meg. Ebből következik, hogy kifejezett jobb vagy bal kamrai typusú EKG. esetében negativ T(I) és T(III), nagy valószínűséggel a szívizom ártalma mellett szól.

Klinikai, pathologiai és elektrokardiographikus vizsgálatok megállapitották, hogy a jobb és balkamra ellentétes irányú hatást gyakorol a *T*-hullám alakjára. *Barnes* szerint a jobb és bal kamra ellentétes irányú működésének eredménye a *T*-hullám.

A legközönségesebb okok egyike, amely a *T*-hullám megváltozását okozza, a túlsúlyban lévő kamrai elektromos feszültség. Ez olyan betegeken figyelhető meg, akiknek szíve kórtani szempontból a túltengés kivételével rendesnek mondható. Tehát a *T*-hullám megfigyelésének jelentősége abban is kifejezésre jut, hogy ezáltal meg tudjuk állapitani azt, hogy jobb vagy bal „szívféltúlsúlyt", helyesebben tengelyeltérést túltengés okozza-e vagy pedig a szív helyzetváltozása. *Barnes* és *Whitten* megállapitották, hogy ha a bal tengelyelfordulást hypertrophia okozza, akkor *T*(I), néha *T*(II) negativ; jobb kamra túltengés esetén pedig *T*(III), néha *T*(II) válik negativvá. Ha a *T*-hullámok nem térnek így el, akkor inkább a szív anatomiai tengelyének elfordulását tételezhetjük fel. *Korth* és *Porger* is figyelmeztetnek arra, hogy bal szívfél-túlsúly esetén a főkilengés és utólengés ellentétes irányúak; míg csupán az anatomiai helyzet megváltozása esetén megegyezőek.

Rendellenes *T* létrejöttében szerepel egyik vagy másik *His*-kötegben a vezetés meglassúbbodása is. Azon változások, melyek ilymódon állnak elő, abban a körülményben lelik magyarázatukat, hogy egyik kamra a másik után activáltatik és ennek megfelelően az izgalmi állapot is később szűnik meg; ezáltal az elektropotentialis erők összegeződésében zavar áll be. A koszorúütőér elzáródásakor előálló változások az *RST*-részletre hatásuk révén jutnak kifejezésre. (Coronaria T). Utóbbi esetben mindennemű sebészeti beavatkozás kerülendő. Átmeneti *T*-hullám-rendellenességet okozhatnak még mérgek (digitalis), infectio (acut perikarditis), mechanikai okok (hirtelen felszaporodó szívburokbeli folyadék, asphyxia) és anyagcserezavar (diabeteses acidosis, myxoedema). Ez utóbbi eltérések azonban a kórjóslat szempontjából alárendelt jelentőségűek.

Összegezve: a *T*-hullám maradandó megváltozása a szívizomzat károsodása mellett szól, amely az esetek egy részében kórtani elváltozás jele, máskor megzavart physiologiás állapot és ismét máskor mérgezéses állapot (toxaemia) mellett szól. *(Barnes)*.

Mély Q(III)-at még ma is sokan csak coronaria megbetegedésre tartják jellemzőnek, holott harántszív esetében is megtaláljuk. Ascites, ileus, nagy hasi tumorok esetében mi is kaptunk néha negativ Q(III)-at, néha negativ P(III)-at is.

Szervesen egészíti ki a szív functionalis diagnostikáját nagyságának röntgenvizsgálata: az ú. n. *orthodiagraphia*. A röntgenkép a szív körvonalait mutatja, annak szerkezete nélkül. Ha tehát a szívárnyék megnagyobbodását észleljük, nem jelent mást, minthogy bizonyos irányban térfogata nagyobb lett. Hogy ez izomtúltengés, tágulás vagy fokozott telődés következménye, eldönteni pontosan nem lehet, mert nem tudjuk megállapitani azt, mennyi irandó a szív nagyságából a vérteltség és mennyi a szívizomzat tömegének javára. A normalis viszonyok ismerete itt is elengedhetetlen követelmény. Normát felállitani meglehetősen nehéz, mert a szívárnyék nagyságában élettani körülmények között is elég nagy ingadozások fordulnak elő. Ha a szív harántátmérőjét viszonyba állítjuk a mellkas harántátmérőjéhez, ez a viszony normalisan 1:1.7—1.9. A szív orthodiagraphiás vizsgálatához, mely német eredetű, eleinte nagy reményeket fűztek, mint olyan eljáráshoz, amely a szív vetületének alakját és nagyságát a physikalis módszerekkel szemben jóval pontosabban mutatja ki. Rendkivül exact vizsgálóeljárás és nagy gyakorlatot igényel; azért mondja *Frick*, hogy a kevésbbé jártas inkább távoli (2 m) fel-

vételeket készítsen. Az a. p. felvételen a szív harántátmérője valamivel kisebb, mint a mellkas szívmagasságban mért harántátmérőjének a fele. Természetesen az élettani ingadozások mind figyelembeveendők (belélegzéskor a szív lejjebb száll, kilégzéskor emelkedik, a betegnek különböző sikokban történő elhajlásakor a szívcsúcs 1—2 cm-es kitérést végez, a szív nagysága változó a korral, magassággal, testalkattal és nem szerint), melyek a kórtüneteknek orthodiagraphikus értelmezését eléggé megnehezítik. A látható szívműködészavarok megállapitása átvilágítással történik. Rögtön szembetűnik a szívárnyék túl nagy, vagy túl kicsi volta. Munkavégzés alatti u. n. physiologiás szívtágulás — amely nyugalomban hamarosan elmúlik — csak röntgen segítségével mutatható ki. Könnyen felismerhetjük az aorta configuratiójú vagy mitralis typusú szívet; kicsi, u. n. csepp szív esetén gondoljunk mindig aorta-, illetve a kéthegyű billentyű szűkületére. Természetesen egészen biztosan elkülöníthetjük a veleszületett dextrokardiát a szív jobbra áthúzottságától, úgyszintén a perikarditis exsudativát és adhaesivát, utóbbiban a szívkontur felől a tüdőárnyék felé kihúzódások láthatók stb. Bal szívfél, jobb alsó ív megfigyelése fontos (túltengés — legömbölyítettség, tágulás — ellapultság). A pulsatiós amplitudo bizonyos nagysága jól működő szív mellett értékesíthető. Tartós szívtágulás mellett az amplitudo igen kicsi és súlyos szívizom-elváltozásra utal.

Ismeretes a szív nagyságának megváltozása a Valsalva-féle kisérletben. Átlagban az intrapulmonalis nyomásnak 5" alatt 40—60 mm-es emelkedése esetében a rendes szívnagyság 13%-os megkisebbedését láthatjuk. Túltengett (legömbölyített balkamrájú) szívű egyéneken ez a csökkenés 10%, hypoplasiás cseppsziv esetében 25 %-os is lehet.

A szívkonturok megváltozása egyértelmű azon szívrészletek elváltozásával, amelyek a konturokat képezik. Számos orthodiagraphiás vizsgálat igazolja, hogy vannak relative normalis configuratiójú szivek elég súlyos általános keringési zavar mellett és viszont. Láttunk mi is nem egyszer 15—17 cm-es ferde átmérő mellett viszonylag jó keringést. A status hypoplasticusban észlelt keskeny aortaárnyékból és kis szívből, valamint 12 cm-nél kisebb harántátmérőből nem következtethetünk a szív csökkent teljesítőképességére. Tehát a szív nagyságából annak működésére következtetést nem vonhatunk, még pedig azért nem, mert már ennek megállapításakor is hiba csúszhat be. Szerepel a magas rekeszállás (ascites, nagy hasi tumor, meteorismus) kövér egyénekben a hasi zsírnak tömege.

A szív röntgenvizsgálatában még nagyobb haladást jelent a *Gött* által ajánlott *kymographia,* melynek segítségével az egyes szívrészleteknek systole és diastole alatti actio-változásairól külön-külön kapunk felvilágosítást. Az eljárás abból áll, hogy a szív árnyékképét, amely a szívszélre merőleges résben jelenik meg, mozgófilmre vetitjük. Nem kiterjedten alkalmazott, újabban azonban az érdeklődés körébe jutott vizsgáló módszer.

Mindenkor figyelembeveendő az a tény, hogy a műtét utáni állapot és a szövődmények, a beteg alkata és a műtét nemén kivül nagymértékben függenek a jó előkészitéstől. Itt elsősorban a szív állapotának, teljesitőképességének megvizsgálásán van a hangsúly. Természetesen még akkor is kell számolnunk a szerencsétlen véletlennel, egy előre nem látható szívgyengeség lehetőségével, ha a vizsgálatok alapján a műtét kedvező lefolyására van kilátás. Hirtelen szívhalál ép myokardium mellett is előfordulhat; gondoljunk csak a status thymicolymphaticusra, melyben a halál oka talán a vér adrenalin-tartalmának hirtelen megkevesbbedése következtében előálló értonus-csökkenés.

A sebészi megbetegedések kórjóslata néha nagyon nehéz feladat. A jó kórjóslat előfeltétele a praeventio; ami azt jelenti, hogy kellő elővigyázattal sokkal több műtét sikerül. *(Crile).*

Ezért következetesen minden nagyobb hasi műtét előtt és kisebb műtétek előtt akkor, ha a betegnek bármely subjectiv panasza vagy az objectiv lelet a szívműködés valami zavarára hivja fel a figyelmet, mindig elvégezzük az EKG.-vizsgálatot.

Bloch szerint EKG.-vizsgálat indokolt olyan esetekben, mikor a klinikai lelet negativ vagy kevesetmondó és emellett gyanunk van a szívizomzat megbetegedésére; mint angina, polyarthritis, influenza, diphteria, scarlatina után, mert az EKG.-felvételen a rejtett elváltozások rendszerint manifestté válnak (negativ utólengés). Különös jelentősége van a munkával provocált EKG-nak (pitvarkamrai átvezetési idő meghosszabbodása). Chinidinkúra előtt és nagyobb műtétek előtt akkor, ha a szívizomzat károsodásának a gyanuja áll fenn, főleg 50 éven felüli egyéneken mindig — amikor is a szervezetben az esetek többségében bizonyos fokú gyengülés áll be a sok ismétlődő ártalom folytán *(Schmidt F.)* — okvetlenül elvégezzük az EKG.-vizsgálatot.

Leimdörfer hangsúlyozza az elektrokardiographiai vizsgálat elvégzésének fontosságát főleg olyan betegeken, akiken a tachykardián kivül más kóros eltérést nem lehet kimutatni. Szerinte ilyen esetekben van jelentősége nyugalomban (fekvőhelyzetben) és kis testmozgás (torna) után végzett felvételeknek. Összehasonlító felvételt készit még nyugodt és mély lélegzés után is. Egészséges szívűeken a mély lélegzést követő szünetben az *R*-hullám magasabb lesz, viszont negativ lelet esetén vagy a szívizomzat megbetegedésére utaló aránylag kis elváltozást mutató szívbetegeken az utólengés alacsonyabbá válik és az *S-T*-részlet az isoelektromos vonal alá süllyed. Ha ilyen betegeken fektetés után az eredeti EKG.-forma visszatér, az a kórjóslat szempontjából kedvező.

A fentemlített szívizomelváltozások esetében ellenjavaljuk a műtétet, természetesen a többi vizsgáló eljárás és egyéb szempontok mérlegelése után; vagy pedig mielőbb műtétre bocsátjuk a beteget, napokon keresztül gondosan előkészitjük. Természetesen a műtét utáni szívzavarok ellenőrzésében, elemzésében (Basedow-operáltak auricularis fibrillatiója, — ennek javulása gyógyszerhatásra —, extrasystolés arrhythmiák, stb.) is hatalmas támaszt nyertünk benne. Mivel bizonyos gyógyszerek alkalmazásának feltétele az ép szívizomzat (chinidin), ebből a szempontból is hasznos vizsgáló eljárás.

Az orthodiagraphiát a francia röntgenologusok *Bordet*-val az élén kiterjedten alkalmazzák; módszerük egyáltalán nem mondható könnyűnek. A szívárnyék különbözősége miatt csak a szélsőséges eltéréseket vesszük figyelembe értékelhetőség szempontjából. Inkább prognostikus célból van jelentősége a gyógyszerhatás megitélésére. Az EKG. értelmezésében — mivel a szív helyzetéről is felvilágositást nyujt — annak mintegy kiegészitőjekép alkalmazzuk.

Az EKG. és orthodiagraphiának jelentősége abban van, hogy eredményük megerősitő vagy correctiv természetű. Azonban nem szabad azokat mint egyedüli bírót az adott esetben tekintenünk, hanem arra kell törekedni, hogy az ily módon nyert eredményeket a többi klinikai tünettel összhangba hozzuk.

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

Alkattani vizsgálatok cukorbajos betegeken.

Irta: *Augustin Vince dr.* és *Fauszt Imre dr.*

A diabetes constitutiós szempontból nem egységes betegség. Legtöbb szerző a cukorbajt a köszvénnyel és elhízással az arthritismus pyknikus alkati képébe sorozza, de mások megkülönböztetnek „kövér" és „sovány" cukorbajt. *R. Schmidt* kóroktanilag is elválasztja az astheniás és stheniás diabetest. Szerinte a fiatalkori, astheniás, hypotoniás cukorbaj oka a hasnyálmirigy szigetapparatus teljes elégtelensége, míg öregkori, stheniás, hypertoniás diabetes esetén az insulin-termelés csak viszonylag elégtelen a chromaffin rendszer túlsúlyával szemben. *H. Horsters* különbséget talált az astheniás és stheniás esetek közt a vércukorgörbében és az alapanyagcserében is. *Leszler* klinikánkon (O. H. 1934.) a cukorbetegek ellenőrző vizsgálata alkalmával azt találta, hogy az időskoru stheniás betegeksokkal gyakrabban mutatnak javulást vagy egyállapotúságot, mint a fiatalkorú astheniások.

Mi a klinikán egy év alatt 106 bennfeküdt cukorbeteget vizsgáltunk meg alkati szempontból és mindegyikről *Martin* szerint kb. 60 anthropometriás méretet vettünk fel. Eszközeink Martin-féle anthropometer, testkörző és fém-mérőszalag voltak. A betegek megoszlását kor és nem szerint — összehasonlítva a klinikán 10 év alatt megfordult 609 cukorbeteg megoszlásával — az 1. számú tábla mutatja.

1. táblázat.

		15—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	70-	Összesen
Férfi	vizsgált	2	12	4	11	16	7	1	53
	10 éves anyag	8	25	34	69	76	75	16	303
Nő	vizsgált	2	2	6	14	19	8	2	53
	10 éves anyag	4	16	28	78	115	55	10	306

A fiatal- és időskori esetek elhatárolása tekintetében az irodalmi adatok nem egyeznek meg. Mi betegmegoszlásunk alapján negyvenéves korig számítottunk fiatalnak egy beteget, mivel ezen életkor után az esetek száma ugrásszerűen emelkedik. Ugyanez a határ megfelel *R. Schmidt* hypotoniás és hypertoniás beosztásának is, mert a cukorbetegek közepes vérnyomása a klinika 8805 betegéből nem és kor szerint számított átlagos vérnyomáshoz viszonyítva — főleg férfiak közt — a 21—30. és 31—40 éves korcsoportokban annál alacsonyabb, az ennél idősebb korcsoportokban pedig annál magasabb értéket ad.

Betegeink közt megkülönböztettünk könnyű és súlyos cukorbajosokat. Könnyűnek tekintettük azokat, akik csupán diaetával vagy legfeljebb napi 20 E. insulinnal cukortalaníthatók voltak és akiknek vércukra nem emelkedett 250 mgr% fölé. A súlyosak vércukra ennél nagyobb volt és napi 20 egységnél több insulinra volt szükségük. Acidosisra is főleg az utóbbiak voltak hajlamosak.

Fiatalkorú betegink közül csupán 3 férfi volt könnyű diabetesű, míg 15 férfi és 10 nőbetegünk súlyos cukorbajban szenvedett. Az idős betegek közül 22 férfi és 21 nő könnyű cukorbajosnak volt nevezhető, míg 13 férfi és 22 nő súlyosnak bizonyult. Az irodalmi adatokkal megegyezőleg anyagunkban is úgy látszik, hogy a súlyos cukorbaj fiatalkorban férfiak, míg időskorban nők közt fordul gyakrabban elő.

Foglalkozás szerint betegeink főleg a kereskedő-, értelmiségi- és iparos-osztályból kerültek ki. Földművesek csak elenyésző számban voltak. Zsidók a klinika átlagos beteganyagához képest jóval gyakrabban szerepeltek: a férfiak közt 36, a nők közt 55 százalékban.

Más betegségek közül epekövet és egyéb epehólyagbetegséget az esetek ⅓ részében találtunk. Vesekő 3 esetben volt együtt cukorbajjal. Ezeken kívül angina pectoris, érelmeszesedés, szívizomelfajulás, idegesség és csúzos betegségek fordultak elő gyakrabban. Gümőkóros három, gyomorfekélyes kettő, rákos egy volt betegeink közt. Gyulladásos betegségek: tonsillitis, pleuritis, otitis, appendicitis az átlagosnak megfelelően voltak találhatók.

A cukorbaj öröklésének vizsgálata nagyon nehéz, mert ehez az összes számbajöhető rokonok szénhydratmegterheléses vércukorgörbéjének ismerete volna szükséges. Mi csupán a betegek bemondása alapján kb. 40%-ban találtunk családi terheltséget, még pedig az időskori esetekben inkább a szülők és testvérek, a fiatalkori esetekben pedig inkább az oldalági rokonok közt. Az újabb irodalmi adatokkal megegyezőleg ezek alapján anyagunkon is úgy látszik, hogy az idős esetekben inkább domináns, míg a fiatal esetekben inkább recessív öröklési mód fordul gyakrabban elő. A szülők halálok szerinti megoszlása lényegesen nem tér el az átlagostól.

A szem, bőr és haj színe: a pigmentcomplexio azért fontos, mert ez a tulajdonság marad meg legállandóbban az élet folyamán. *B. Aschner* szerint kőképződésre, diabetesre és egyéb anyagcsere-betegségre az erősen pigmentáltak hajlamosabbak. Szemszín szerint *Bartucz, Méhely* nagyszámú adata után Magyarországon barnaszem körülbelül 41, zöld-szürke 33 és kék 26 százalékban fordul elő. Anyagunk megoszlása szemszín szerint a következő volt:

2. táblázat.

	Barna		Zöld-szürke szemszín		Kék	
	eset	%	eset	%	eset	%
Fiatal	10	43	11	48	2	9
Idős könnyű	23	55	10	24	9	21
Idős súlyos	10	34	10	32	9	32

Ezek szerint úgy látszik, hogy a fiatalkori cukorbajban kissé gyakoribb a zöld-szürke szem, míg a kék szemszínű aránylag kevés van. Az idős könnyű esetekben a barna szemszín uralkodik, míg az idős súlyos betegek közt a kékszeműek vannak viszonylag többen. A betegek szülei közt is a fiatal és idős könnyű csoportban a barna, míg az idős súlyos csoportban a kék szemszín fordult az átlagosnál gyakrabban elő. Eseteink aránylagos kis száma miatt azonban ezen talált megoszlás nem feltétlen bizonyító értékű.

Hajszinben eltérést az átlagostól alig láttunk. Betegeink és szüleik haja nagyobbrészt barna volt. Bőrszín szerint eseteink többsége a közepes és gyengén pigmentált csoportba tartozott. Erősen pigmentált bőrt ritkán találtunk.

Fiatal és idős férfibetegeink közt a betegség súlyosságától függetlenül kb. egyenlő számban ta-

láltunk erősen, közepesen és gyengén fejlett törzsszőrözetet. Többször láttunk férfiakon kopasz fej mellett erős törzsszőrzetet, mire már *R. Schmidt* felhívta a figyelmet. Nőbetegeink közt feltűnő szőrözöttséget nem találtunk.

Beteganyagunk testalkatára a tesméretekből és az izomzat és zsírpárna fejlettségéből következtettünk. Fiatalkori, könnyű diabeteses betegeink testalkatát az esetek kis száma miatt nem jellemezhetjük. Ezek közül két betegünk inkább erős, egy pedig — kinek egyúttal tüdőgümőkórja is volt, — gyenge alkatúnak volt nevezhető.

Fiatalkori súlyos diabeteseket *R. Schmidt* és *H. Horsters* astheniásnak mondják. Eredményeiket anyagunk alapján nem tudjuk mindenben megerősíteni. Középértékben vett méreteinket összehasonlítva — általunk más alkalommal lemért — hasonló korú határozottan astheniás gyomorsüllyedéses betegek méreteivel, minden testméretben ezeknél kisebb mértékben mutatják az asthenia jeleit.

3. táblázat.

	testmagasság	testsúly	vállszélesség	mellkörfogat	haskörfogat	Pignet-index
Ptosisos fi	169.4	51.9	37.6	85.2	72.1	+34.2
Diabeteses fi	168.9	63.9	37.5	89.7	79.8	+15.1
Ptosisos nő	157.3	46.7	33.4	75.0	68.8	+31.6
Diabeteses nő	154.8	58.8	34.2	85.6	81.2	+ 4.1

Fiatalkori cukorbajosaink testmagasság szerinti megoszlása körülbelül a *Bartucz* által közölt, Magyarországra érvényes eloszlásnak felel meg, de a gyomorsüllyedéses betegekhez viszonyítva azoknál alacsonyabbnak bizonyult. A közepes testsúly viszont a diabetesek közt nagyobb, mert ezek a ptosisosakhoz képest középértékben 12 kilóval voltak súlyosabbak. Hogy a diabetesek közt nem insulin-kövérség van, bizonyítja, hogy ezek megbetegedésük előtti súlyának középértéke a jelenleginél még nagyobb: a férfiak közt 71.8, a nők között 66.7 kg volt. A fiatal cukorbajosok közül a betegség fennállása óta csupán egy beteg hízott, míg a többiek legnagyobb súlyukat egészséges korukban érték el.

Az alkat megítélésében igen fontos a vállszélesség és a közepes mellkörfogat értéke. Mindkét szám férfiakon is, nőkön is középértékben 2—5 cm-rel nagyobb, mint *Kretschmer* által az astheniára megadott jellemző értékek. A ptosisosak ezen méretei is jobban mutatják az asthenia sajátosságát. A 100 cm testmagasságra számított „relativ" közepes mellkörfogat 50 alatt szűk, 55 felett tág mellkast jellemez. Ezen érték szerint mind férfi, mind nőbetegeink közt csupán 1—1 volt szűk mellkasú, sőt 4 férfi és 5 nőbetegünk a tág mellkasúak csoportjába került. A mellkas alakjára igen jellemző a bordaívek formálta szög. Fiatal férfiak közt 9-nek hegyes, 3-nak derék és 1-nek tompaszögű bordaíve volt, de az astheniára annyira jellemző repülő X. bordát csak 3 esetben találtuk. Nőbetegeken egyes epigastrialis szög nem is volt és costa X. fluctuans is csak egyszer.

Az alkatra jellemző legelterjedtebb Pignet-index (testmagasság — (mellkörfogat+testsúly)) Martin után +16-tól +25-ig közepes, ez alatt erős, +25 felett pedig gyenge alkat áll fenn. Középértékben e szerint, mint a fenti táblázatból látható, mind férfi, mind nőbetegeink inkább erős alkatot jellemző számot adtak. Részletes eloszlás szerint a férfiak közül 5 volt erős, 6 közepes és 4 gyenge alkatúnak mondható, míg a nők közül 5 volt erős, 4 közepes és csak 1 határozottan astheniás alkatú. Az izomzat és zsírpárna fejlettségét tekintve a legtöbb eset a közepes csoportokba került, de a férfiak közt inkább a jólfejlett izomzatúak, míg a nők közt a nagyobb zsírpárnájúak voltak erősebben képviselve.

Fiatalkori betegeink közt degeneratiós jeleket: aránytalan fej, számfeletti vagy szétálló fogak, foltos iris stb. az esetek kb. ⅓-ában találtunk, de endokrin rendellenességre utaló aránytalanság se a végtagok hosszában, se a kitárt karok távolságában nem volt kimutatható.

Testméreteik alapján azt mondhatjuk, hogy a fiatalkori betegeink közepes fejlettségű, arányos alkatúak voltak és a férfiak erősebb izomzatukkal inkább a muscularis alkatúak, míg a nők jelentékenyebb zsírpárnájukkal inkább a fiatal pyknikusok felé hajlanak.

Időskorú férfibetegeink középértékű testméreteit összehasonlítva határozott különbséget találunk a könnyű és súlyos esetek között.

4. táblázat.

	testmagasság	testsúly	vállszélesség	mellkörfogat	haskörfogat	Pignet-index
Idős könnyű fi	168.2	82.9	39.8	101.8	107.1	—16.5
Idős súlyos fi	163.9	67.5	38.0	94.3	93.1	—2.0

A könnyű esetek 4.3 cm-rel magasabbak középértékben, mint a súlyos diabetesűek. Még nagyobb különbség mutatkozik a testsúlyban, mert az insulinra nem szorulók átlagban 15.4 kilogrammal voltak nehezebbek, mint a súlyos betegek. A táblázat adataiból kitünik, hogy a vállszélességben, a közepes mellkörfogatban, a haskörfogatban, de a csontrendszert és lágyrészeket jellemző összes többi méretben is a könnyű diabetesű idős férfiak erősebben fejlettnek bizonyultak, a súlyos cukorbetegekkel szemben. Ugyanez megnyilatkozik a Pignet indexben is, mind a középértékben, mind a részletes eloszlásban: a könnyű betegek mind az erős vagy igen erős csoportba tartoztak, míg a súlyos esetek közt 3 közepes és 2 gyenge alkatú is volt.

Az izomzat fejlettségét tekintve is különbség mutatkozik a könnyű és súlyos cukorbajosok közt. Mint a tábla mutatja, a könnyű esetek közt többségben vannak az erős izomzatúak, míg a súlyos cukorbajosok közt jól fejlett izomzatot nem is találtunk. A zsírpárna szerint is hasonlóan oszlanak meg eseteink és súlyos diabetesben többször volt rosszul fejlett zsírpárna található, mint a könnyűben.

5. táblázat.

	Az izomzat		
	gyengén	közepesen fejlett	erősen
Idős könnyű fi	4	8	1
Idős súlyos fi	3	8	—

Hogy a súlyos betegek viszonylagos rosszabb fejlettségét nem a betegség okozta leromlás hozta létre, mutatja, hogy a könnyű esetek megbetegedés előtti közepes testsúlya: 95 kgr volt, szemben a súlyos esetek betegség előtti 84 kgr-os közepes testsúlyával.

Idős férfibetegeink habitusát és testméreteit tekintve a Kretschmer jellemezte typusok közül a könnyű esetek az elhízott athletákhoz álltak legközelebb, míg a súlyosak egyes esetekben ugyan leromlott-pyknikusoknak vehetők.

Idős nőbetegeink méreteiben nincs ily különbség a könnyű és a súlyos esetek közt. A testsúlyok középértéke mindkét csoportban 71.1 kgr, de a könnyű esetek 156.6, míg a súlyos betegek 153.3 cm magasak középértékben. A közepes mellkörfogat és a haskörfogat kissé nagyobb a könnyű diabetesek csoportjában (a mellkörfogat 95.2, illetve 94.2 cm, a haskörfogat pedig 102.2 és 99.8 cm középértékben), de mindkét csoportban a vállszélesség 35.5 cm, a csipőszélesség pedig 33.3 cm. A vállszélesség és csípőszélesség viszonya mindkét csoportban 92—96 körüli, a határozott nőies alkatukat bizonyítja, éppúgy, mint aránylag szűk 22.8 cm-es relativ vállszélességük. Indexeik és méreteik alapján idős diabeteses nőbetegeink mind a könnyű, mind a súlyos esetek — egy beteg kivételével — az erős, elhízott, pyknikus, túlnyomóan szélességi fejlődésű csoportba voltak sorozhatók.

Idős betegeinken gyakran láttuk a jellemzőnek mondott ellentétet: nagy haskörfogat mellett aránytalanul vékony végtagok. Ez az ellentét a méretekben is megnyilvánul, mert míg a lábszár legnagyobb körfogata fiatal nőbetegeinken 33.1 cm, a haskörfogat pedig 81.2 cm, addig az idős nőbetegek közepes lábszárkörfogata 34.3 cm, a 102.2 cm-es haskörfogattal szemben. A két méret aránya fiatalok közt 1 : 2.45, idősek közt 1 : 2.98.

Összefoglalás. 107 cukorbeteget dolgoztunk fel alkati szempontból. A fiatal és idős esetek elhatárolására a negyven éves kort véve, a súlyos cukorbaj fiatalkorban a férfiak, az idős korban a nők közt fordul gyakrabban elő. Öröklés a körelőzmény alapján kb. 40%-ban volt kimutatható. A mérések szerint a fiatal cukorbajosok — ellentétben az eddigi adatokkal — arányosan fejlettnek vehetők és a férfiak inkább a fiatal muscularis alkatúak, míg a nők inkább a fiatal pyknikusok felé hajlanak. Az időskori diabeteses férfiak közül a könnyű esetek inkább elhízott athletáknak, míg a súlyos esetek — egyes esetekben ugyan leromlott — pyknikusoknak vehetők. Az idős cukorbeteg nők, egyformán a könnyű és súlyos esetek, mind szélességi irányban fejlett, elhízott pyknikusoknak bizonyultak.

A gyulai m. kir. állami kórház sebészeti osztályának közleménye.

A cholecystektomia idealis.

Irta: *Jung Géza dr.*, kórházi sebész-főorvos.

Ha a köves epehólyag eltávolítása után a hasüreget, drainezés nélkül, teljesen zárjuk, ezt nevezzük cholecystektomia idealisnak. A műtét ezen nevét méltán meg is érdemli, mert tényleg lehető panasz, szövődménymentes és gyors, tehát ideális gyógyulást biztosít a betegnek.

A legtöbb sebész azonban, úgy látszik, részben a megszokás hatalmánál fogva, részben túlzott conservatismusból, e műtéti módtól idegenkedik és azt nem gyakorolja. Erre mutatnak az 1930. sebész nagygyülésen e témáról tartott előadásom hozzászólói, akik közül *Verebélyi, Novák, Uray* ezt a műtéti módot teljesen mellőzik, *Ádám, Manninger, Lippay* elvben elfogadják, de alig végzik és csak *Elischer* és *Klekner* feltétlen hivei és szintén jó eredményről számolnak be. Ez évben az O. H. 9-ik számában, amelyben *Elischer* 502 idealis cholesystektomiájának kitünő eredményéről referál, szintén megjegyzi azt, hogy nálunk még sok sebész idegenkedik e műtéttől, sőt jogosultságát is tagadják.

Miután e műtéti módnak igen sok és lényeges előnye van a drainezés felett, megfelelő esetekben végezve nemcsak veszélytelen, de a complicatio nélküli gyógyulást is nagyobb mértékben biztosítja, mint amaz. Az alábbiakban, elég bőséges tapasztalataim alapján én is hozzá kívánok járulni e kérdés tisztázásához.

Gyulai működésem ideje alatt 757 esetben végeztem epekövek miatt epehólyageltávolítást és bár ezek közül az 519 drainezettnél elég magas az átlagos mortalitás (8%), (12 acut pankreatitissel) jeléül annak, hogy a vidéki praxisban dominálnak a súlyos complicált esetek, a *238 drainezés nélkül* teljesen bevarrt hasfalu *betegek közül* egyetlen *egyet sem vesztettem el,* sőt súlyosabb complicatiók sem mutatkoztak gyógyulásuk folyamán.

Azt hiszem ez a — részben szerencsés — tény részletesebb megokolás nélkül, már önmagában is igazolja e műtét teljes jogosultságát, nem szólva arról, hogy a súlyos tüdőcomplicatiók, vagy katastrophalis pneumoniák, thrombosisok, illetve emboliák elmaradását, véleményem szerint, kétségtelenül e műtéti mód javára kell írnunk, amit a következőkben kívánnék megokolni, illetve bizonyítani.

Már a műtét utáni órák és napokban szembeötlő a nem drainezett hasfalú betegek feltünően jó közérzete és általános állapota. Az operált rendszerint nem hány, nem csuklik. Nyugodt az arckifejezése, piros, vérbő nyálkahártyákkal és bőrszinnel. Lassú, szabályos a pulsusa, nincs légszomja, nyugodt és mély a légzés rhythmusa. A későbbi napokban, az elmaradó bélparesis miatt, nem érzi puffadt, feszesnek a hasát, a bélmozgás hamar megindul, a szelek és székürülés is könnyen provocálható. Mindezek következtében a beteg jól pihen és alszik, a reconvalescentia gyors és zavartalan, akár pl. egy sima appendektomia után.

Ezzel szemben a drainezett és részben tamponált hasú beteg a műtét utáni órákban, egészen más, sokkal súlyosabb benyomást gyakorol a pontos megfigyelőre. A beteg rendszerint a tampon-drain kiváltotta peritonealis reflex és a plexus portalis és coeliacus tangáltsága folytán, a műtét után gyakran csuklik, hányinger kinozza, vagy csillapíthatatlanul hány. Ugyanezért jaktáló a szívműködése, szapora, felületes a pulsusa. Részben a drain okozta fájdalom és rekeszmozgáscsökkenés miatt, felületes szapora a légzése és tökéletlen a tüdő gázcseréje is következményes tüdőcomplicatiókkal. Növeli még e panaszokat a tampon okozta gyomor és részleges bélparesis és haspuffadás, amely a légzés és keringési zavarokat még inkább fokozza.

Természetesen ezen erős peritonealis shokszerű hatást csak a kiadósabb tampon-drain szokta kiváltani, véleményem szerint azonban csak ez észszerű és csak ettől várhatjuk a kivánt eredményt is. Az ú. n. „biztonsági drain" behelyezésének szükségessége mellett avval érvelnek, hogy e drain a kevés parenchymás vérzést levezeti, a nagyobb vérzést pedig a kötésben jelzi. Ezzel szemben, tapasztalatom szerint az egyszerű gummicső, melyet az epehólyag ágyába, a cysticus-csonk közelébe helyezünk, a rátapadó bél, vagy a bél védelmére oda helyezett cseplesz által hermetikusan elzáródik, úgy, hogy 1—2 óra után már váladékot sem vezet le, de legkevésbbé a viscosus és alvadékony vért.

757 cholecystektomiám közül csak egyszer volt erős utóvérzésem, ez is egy drainezett esetben fordult elő, amelyet azonban a drain nem vezetett le és nem jelzett! Feltünt a műtét utáni órákban az operált fokozódó sápadtsága és romló pulsusa, a drain azonban a szokott kevés véres-savós váladéknál egyebet nem vezetett le, mert, amint a relaparotomiánál kitünt, véralvadékkal volt eltömeszelve és a műtét ágyában felgyülemlett kb. ½ liternyi, részben folyékony vér, az erősen szükített hasfalnyíláson át sem talált utat kifelé. A tömegesebb draint,

de a biztonságit is, egyenesen ártalmas és károsnak tartom e szempontból, mert eltávolítása alkalmával a peritonealis letapadásokat megbolygatjuk és a vérzést éppen kiprovocálhatjuk vele, különösen akkor, ha korán távolítjuk el azt.

Hasonló a helyzet a biztonsági drain esetében, a savós, vagy epés váladék levezetésével. A műtét utáni órákban képződő kevés savós-véres, néha epés exsudatum levezetésére nincs szükség, azt felszívja a hashártya, sőt teljes záráskor, véleményem szerint, nem is képződik, mert megjelenésének oka egyedül a drain izgalma által okozott reactiós szövetexsudatio.

A cystikus csonkligaturalecsúszás, vagy nekrosis okozta elégtelenség által keletkezett esetleges bőséges epefolyás levezetésére sem tartom alkalmasnak a biztonsági draint, mert ha a draincsövet közvetlenül a lekötött cysticus csonkra fektetjük, akkor ez az összetapadásokat megakadályozza és a ligaturainsufficientiát csak elősegíti, sőt erőszakosabb eltávolítási kisérletnél egyenesen előidézi azt. Ha pedig a csonk és a drain közé a csepleszt fektetjük, akkor az epefolyás inkább a cseplesz alatt, a for. Winslovin át a bursa omentalis felé fog terjedni, talán anélkül, hogy a drain ebből valamit is levezetne. Ha mindehhez hozzátesszük még azt, hogy a biztonsági draint rendesen már a 3—4-ik napon el szokták távolítani, a csonkligatura pedig, ha feszülés alatt áll (epepangás a choledochusban) a ligaturanekrosis kifejlődése miatt rendszerint csak később, a 6—8-ik napon lesz insufficiens, könnyen beláthatjuk, hogy e fontos, talán egyedül rationalis szerepét sem tölti be a biztonsági drain. Ha azonban az egyszerű gummicső helyett gazeval körülcsavart és csíkkal körültamponált, kiadósabb draint helyezünk a hasüregbe — amely a pangó vért és nedveket tényleg felszívja és egy ideig le is vezeti — ez az előbb vázolt peritonealis reflexeket és következményes súlyos közérzeti zavarokat váltja ki és ezen felül, az első napokban, száraz letapadása folytán, brutális erőszak alkalmazása nélkül el sem távolítható. Ha pedig szabályszerűen csak a 10—12-ik napon cseréljük, amidőn a genyes szövetexsudatio meglazítja azt, rendesen már annyi a sebváladék, hogy csak fokozatosan rövidített drainekkel biztosíthatjuk a váladéklevezetést és a zavartalan gyógyulást, ami eltekintve a draincserékkel járó fájdalom és más kellemetlenségektől, lényegesen meghosszabbított gyógyulási időtartammal jár, ez pedig szintén nem elhanyagolandó hátránya a drainezésnek. Ezen tampon-drainnek még meg van az a nagy hátránya is, hogy a sebcsatorna körül keletkezett vaskos összenövések, csak hosszú hónapok mulva oldódnak fokozatosan és addig lényeges heges összenövéses panaszokat okozhatnak, nem szólva a hasfali sérvképződés lehetőségéről.

A harmadik érvként, a biztonsági drain mellett, fel szokták hozni, az infectiónak a drain körüli gyors letapadások által történt localisálását. E célból is feleslegesnek tartom a draint, mert már súlyosabb fertőzés gyanuja esetében sem zárjuk a hasüreget. Könnyű fertőzéssel pedig a peritoneum játszva megbirkózik. Bizonnyal így van a dolog, mert különben nem végezné el oly kifogástalanul e feladatát más peritonealis infectióknál, pl. appendicitis, vagy gyomorfekély perforatio után, amikor is nyugodtan rábízzuk e munkát a hashártyára — drainezés nélkül.

A fenti tapasztalatokból tehát azt a következtetést vonom le, hogy a biztonsági drain nem teljesíti azt a functiót, amelyért alkalmazzák, ezért felesleges, de lehet káros is.

Véleményem szerint, ha drainezni kell, drainezzünk és tamponáljunk alaposan, kiadósan, ha azonban adva vannak a teljes hasfalzárás feltételei, akkor varrjuk be nyugodtan a hassebet.

A teljes zárás feltételei:

I. A choledochus műtétkor legyen szabad és átjárható. (De exploratio céljából meg ne nyissuk azt.)

II. Az epehólyag májparenchyma sérülés nélkül legyen ágyából kihámozható.

III. A jól lekötött cysticus-csonk és epehólyag ágya kifogástalanul legyen peritonisálható.

Ad I. A choledochus legyen szabad és átjárható, vagyis ne legyen merev, lobosfalú és ne legyen tágult. Ha tágassága epepangásra mutatna, nyissuk azt meg, tapintsuk ki és sondázzuk meg a papillát, esetleg tágítsuk ki kiméletesen fokozatosan vastagodó papillasondákkal. Ha a choledochusban tiszta nem pangásos sárga epét találunk és a papilla szabadon átjárható, a choledochus sebét két rétegben bevarrom, de a hasüreget drainezem. Ettől az elvtől csak egészen kedvező esetekben tértem el. 115 choledochus-megnyitás közül 10 esetben (9%) — amikor a kis nyiláson át sondázott ép, nem tágult choledochust üresnek és a papillát szabadon átjárhatónak találtam — a choledochus sebének gondos ellátása és peritonisálása után drain nélkül teljesen zártam a hasüreget is. Simán gyógyultak. Ezen indicatiót azonban csak kivételesen kedvező esetekben tartom végrehajthatónak és veszélytelennek.

Ad II. Magától értetődik, hogy ha az epehólyag kifejtésekor a heges kötőszöveti ágyon keresztül a máj parenchymás szövete kiterjedtebben megsérül, akkor az elvarrás után, annak rései között, az epeszivárgás valószinű, ez esetben tehát tanácsos az epehólyag ágyát tamponálni és drainezni. Viszont pl., ha egy acut pericholecystitis, vagy át nem fúródott empyema esetében az oedemás falú epehólyagot subperitonealisan ki tudom fejteni és az epehólyag ágyát preitoneummal jól fedni, zárom teljesen a hasüreget is. 238 esetem közül 38 ilyen lobos, illetve empyemás epehólyag eltávolítása után zártam teljesen a hasat.

Ad III. A cysticus isolált csonkjának kifogástalan lekötése igen fontos. Magam, egymás felett kétszer selyemmel kötöm le, az art. cysticát pedig külön. A csonk peritonisálása könnyen sikerül, ha az epehólyagkifejtés első phasisaként, a hólyagnyak táján ejtett manchettaszerű körülmetszéssel kezdjük a műtétet és a peritoneumot, nyeles törlővel tompán letoljuk a nyak, illetve cysticusról. Ilyenkor egy-két mozdulattal a cysticust és az arteriát is szabaddá téve, külön-külön jól láthatók és leköthetők, a peritonealis manchettával pedig bőven és jól befedhetők.

Az egész műtéti sebellátás folyamán tulajdonképpen a legfontosabb a minutiosus és pontos peritoneum-varrat. Ez esetben, tapasztalatom szerint, az elsűlyesztett cysticus csonk ép oly biztosan tart és gyógyul, mint akár az elsűlyesztett appendix-csonk.

Ezen javalatok alapján 757 cholecystektomia közül 238-at (32%) varrtam be teljesen, a hasfal drainezése nélkül, mint említettem, egy haláleset és komoly szövődmény nélkül.

A 238 zárt eset között egy férfi sincs. Általában feltünően kevés itt a epeköves férfi, a 757 eset között mindössze 13. A 238 teljesen zárt eset közül 162 volt 40 éven alul, 76 azon felül. Az összes epeköves betegeim 32%-a volt 40 éven aluli, viszont a zártak 68%-a volt 40 évnél

fiatalabb. Ennek a magyarázata mindenek szerint az, hogy a fiatalabb egyéneken rövidebb idő óta áll fenn a betegség és így kevesebb a complicált eset is közöttük. A beteség 2 évnél rövidebb ideje állt fenn 46%-ban, két évnél tovább pedig a többi 54%-ban.

A 238 idealis epehólyageltávolítás közül mindössze 13-szor végeztem azt kőnélküli lobos, pangásos, vagy rekeszes epehólyag miatt, a többieknél mindenkor többkevesebb kő volt az epehólyagban. Ezek közül 45-ször zárókő feküdt a cysticusban, 27-szer hydropsot, 18-szor empyemát okozva. A 18 empyemás epehólyagon kivül, még 20 esetben találtuk acutan lobosnak, oedemásnak az epehólyag falát és a fedő peritoneumot, de miután kedvezőek voltak a sebviszonyok, kifogástalan peritonizálás után, kifejezetten acut lobos stadiumban is hátrány nélkül zárhattam a hasat.

A laparotomia 228-szor (97%), a középvonalban, köldök felett történt. Ez alól kivételt csak az a 10 eset képezte, ahol appendicitis diagnosissal pararectalisan hatoltunk be és ezen meghosszabbított metszésen át be is fejeztük a műtétet. A középmetszés a legegyszerűbben zárható, valamint a műtét területéhez a hozzáférést is jól szolgálja.

A 238 eset közül 231 gyógyult 8 nap alatt per primam intentionem, 7 beteg kisebb zsírnekrosis, vagy fonalgenyedés miatt 10 napon túl, de 20 napon belül gyógyult teljesen. Súlyosabb tüdőgyulladásunk, vagy thrombosisunk nem volt. Ezekből következik e műtéti mód nagy socialis előnye is a másik felett, mert ezen betegeink közül 209 (86%), 10 napon belül bocsáttatott el a kórházból gyógyultan, míg a drainezettek közül a 10-ik napig csak 23%-a hagyta el a kórházat, de ezek is többnyire kis sarjadzó sebekkel, még néhány napig utókezelésre szorulva, a többiek közül 41% 11—20 nap között, 28% pedig 20 napon túl távozott el tőlünk. A nem drainezettek esetében az átlagos ápolási napok száma, egy betegre 9, míg a drainezettek esetében 20 nap volt. Ez anyagi szempontból is lényeges előnye e műtétnek.

A műtéteket 209-szer keverék narkosisban, 26-szor local+splanchnicus anaesthesiában és 3-szor lumbalanaesthesiában végeztem. Túlnyomó többségben tehát narkosisban, mert a local súlyosabb összenövések esetén tökéletlen érzéstelenséget ad, a magas lumbal pedig megbizhatatlan és azonfelül veszélyes is. Hogy a sok narkosis ellenére nem volt egyetlen letalis tüdőcomplicatiónk sem, ez azon közismert tényt igazolja, hogy a tüdőcomplicatiók nem annyira, illetve nem csak a narkosis következményei, hanem inkább a peritonealis izgalom és hasi fájdalom következtében beállott felületesebb légzőmozgások és tökéletlen tüdőgázcsere következménye. A kevésszámú eset miatt nem bizonyító értékű, de feltételezhető, hogy a thrombosis és embolia elmaradása ezen esetekben szintén a teljes hasfalzárásra vezethető vissza. A cholecystektomiával egyidőben még 22 betegnek eltávolítottuk a kóros elváltozásokat mutató féregnyulvánvát is, 3-nál kisebb cysta ovarii-t és 4-nél a hasfali sérvet.

Összefoglalásként, eredményeim alapján, azt hiszem megindokoltan ajánlhatom megfelelő esetekben a drainezés nélküli cholecystektomiát, mert: utóvérzés, sebexsudatio és a cysticus-csonk kibomlása, helyes sebellátás után nem következik be és így a biztonsági drain felesleges. A műtét utáni reconvalescentia lényegesen könnyebb, a gyógytartam pedig jóval rövidebb, ami viszont socialis és anyagi szempontból előnyös.

Az Erzsébet Tud.-Egyetem gyermekklinikájának közleménye. (igazgató: Duzár József ny. r. tanár.)

A gyermekkori liquor fehérjefractioról.

I. Közlemény.

Az egészséges liquor fehérjefractiói a csecsemő- és gyermekkorban.

Irta: *Ujsághy Pál dr.*

A liquor összesfehérje-, illetve nem fehérje természetű alkotórészeire vonatkozó vizsgáló eljárások és eredmények nagy számához képest aránylag sokkal kevesebb kisérlet történt a liquor fehérje-fractióinak mennyiségi meghatározására. Pedig e fehérjefractiók a vérbeliekhez képest sokkal nagyobb eltolódásokat képesek elszenvedni, s így mennyiségi meghatározásuknak döntő szerepe lehet. A vizsgálatok aránylag csekély számának oka talán az eljárásmódok tökéletlenségében keresendő. A fehérjefractiókra vonatkozó szórványos vizsgálatok nagyrészt a globulin-albumin viszony meghatározására szorítkoznak, pontos mennyiségi értékek az egyes fractiókra vonatkozólag aránylag igen kevés helyen olvashatók, holott maga *Kafka*)* is elismeri, hogy ezen viszony ismerete egymagában tévedésekre vezethet.

Feltűnő, hogy a fibrinogen viselkedését egészen figyelmen kivül hagyják, holott ha az albumin és globulin ammoniumsulfatos elkülöníthetőségét elfogadjuk, a fibrinogen mint jól körülhatárolt fractio igényt tarhat a külön elbirálásra.

Nem célunk a fractio-meghatározási módok részletes ismertetése, csupán a meghatározási lehetőségeket soroljuk fel:

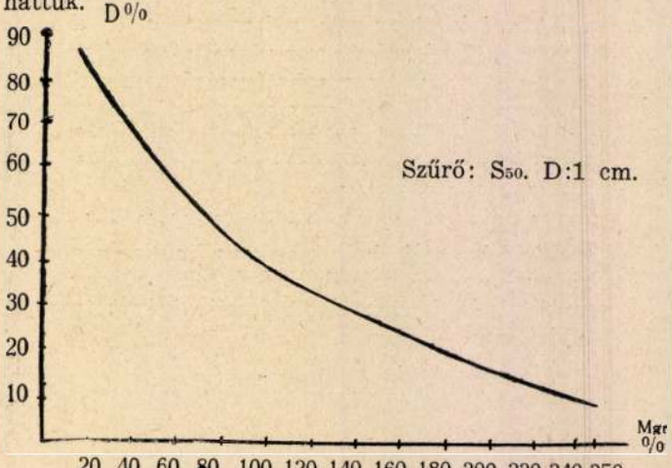
1. Gravimetria: *Jendrassik* stb.
2. Sedimetria (volumetria): *Nissl, Kafka* stb.
3. Nephelometria: *Mesretzat* stb.
4. Colorimetria: *Wu, Halpern* stb.

Mielőtt azonban saját eljárásunkat ismertetnők, meg kell említeni, hogy az irodalmi adatok szerint a fehérjefractionálás módja a legtöbb esetben az ammoniumsulphatos eljárás, mellyel aránylag még legjobban különíthetők el a fractiók. Megpróbáltuk, hogy lehetséges-e kellő óvatossággal a nephelometert, mint mérőeszközt alkalmazni a fractiók meghatározására annak ellenére, hogy egyesek a vérplasma-fractiók meghatározására alkalmazását támadják azon az alapon, hogy a csapadék dispersiójának legkisebb romlása, mely plasma esetén meglehetős hamar bekövetkezik, az eredményben nagy eltolódásokat okozhat. Mivel azonban a liquor physikalis-chemiai viszonyai nem teljesen azonosak a plasmáéval, a fehérjeconcentratio kisebb, elosztódása is finomabb, feltételezhető volt, hogy az ammoniumsulfattal létrehozott csapadék dispersiójának romlása nem feltétlenül annyira gyors, mint a plasmáé, s így a részecskék agglutinálása útján létrejövő hiba is kevésbbé fenyeget. Igy valószínűnek látszott, hogy nephelometerrel lehetséges lesz az egyes fractióknak az összes fehérjéhez mért százalékos viszonyát meghatározni. E műszer mellett döntött még az a tapasztalat is, hogy a részletes fractionáláskor olyan finom, szemmel alig látható opalescentiákkal kell néha dolgozni, hogy az ezeket okozó finom csapadékot pl. centrifugálással összegyüjteni teljes lehetetlenség; viszont nephelometerrel szemmel egyáltalán észre nem vehető differenciákat sikerül könnyű szerrel megállapítani. Természetesen a nephelometer kezelésének is megvannak a maga finom fogásai, amelyek pontos begyakorlása nélkül a műszerrel megbízható értékek nem

*) Psychiatr. neur. Wschr. 1933, 181.

szerezhetők. Kellő gyakorlattal azonban kifogástalan értékek kaphatók.

Minthogy azoban a nephelometerrel absolut értékeket nem nyerünk, szükségünk volt a fehérje összes mennyiségének meghatározásához ugyancsak egyszerű, de kellően pontos módszerre. Minthogy a diaphanometriás meghatározások az irodalomban helyesléssel találkoztak, indokoltnak látszott, hogy ilyen módon, a Zeiss-féle Stufenphotometer*) felhasználásával próbáljuk ezen vizsgálatokat elvégezni. Ezért ismert töménységű fehérjeoldatokból a fehérjét kicsapva, meghatároztuk a műszerben az oldat absorptióját az S_{50}-es szűrővel. Az értékeket olyan ordinata-rendszerbe rajzolva, melynek ordinatáján a százalékos áteresztés, abscissáján a fehérje-tartalom volt milligrammszázalékokban feltüntetve, az alábbi görbét kaptuk, melynek segítségével a hasonló módon kicsapott fehérjetartalmat a liquorban is meghatározhattuk.



Természetesen mindkét eljárást csak azután vettük használatba, miután Kjeldahl-N. meghatározásokkal meggyőződtünk pontosságukról.

Vizsgálatainkban tehát az összes fehérjét savanyú ammoniumsulfattal történő kicsapás után stufenphotometerrel határoztuk meg; a fehérjefractiókat pedig megfelelő töménységben adott neutralis telített ammoniumsulfattal elkülönítve, az összesfehérjével szembeni százalékos viszonyukat Schmidt—Haensch-féle nephelometerrel állapítottuk meg. Tekintve, hogy az így kapott értékek csupán viszonylagosak, absolut számokra (milligrammszázalékokra) az összesfehérje értékek segítségével számítottuk át őket.

A liquorokat mindig frissen, még a fibrinogen kiválása előtt lecentrifugáltuk, s a fractionálásokat mindig az így alakos-elemeitől elkülönített tiszta liquorban végeztük.

58 gyermekből származó liquorban végeztük el az összes fehérje, az albumin, összes globulin, pseudoglobulin, euglobulin, fibrinogen fractiók mennyiségi meghatározását. Értékeinket korábban, illetve rendes időre született csecsemőktől, továbbá belgyógyászatilag egészséges gyermekektől vett liquorokból állítottuk össze.

Koraszülöttek 1—12 hónapig:
(Átlagértékek mgr%-ban.)

Kor	Összfeh.	Alb.	Glob.	Ps.-glob.	Eu.-glob.	Fibr.	Quotiens glob/alb.
0—½	61.0	40.0	18.0	14.0	4.0	3.0	0.450
½—1	45.0	30.0	12 0	9.0	3.0	3.0	0.400
1—3	33.0	23.0	8.0	7.5	0.5	2.0	0.320
3—6	28.0	21.0	6.0	5.8	0.2	1.0	0.290
6—12	21.0	16.0	5.0	5.0	0	0	0.290

*) Részletek Urbach: Stufenphotometrische Absorptionsbestimmungen E. Haim. Wien-Leipzig. 1932.

Kiviselt csecsemők és gyermekek 0—14 évig:
(Átlagértékek mgr%-ban.)

Kor	Összfeh.	Alb.	Glob.	Ps.-glob.	Eu.-glob.	Fibr.	Quotiens glob/alb.
0—½ hó	45.0	33.0	10.7	7.0	3.7	1.3	0 324
½—1 „	34.0	26.0	8.0	7.0	1.0	0	0.325
1—2 „	28.0	22.0	6.0	5.7	0.3	0	0.272
2—3 „	25.0	19.0	6.0	6.0	0	0	0.315
3—6 „	21.0	16.0	5.0	5.0	0	0	0.312
6—12 „	19.0	14.0	5.0	5.0	0	0	0.357
1—3 év	19.0	15.0	4.0	4.0	0	0	0.266
3—6 „	17.0	14.0	3.0	3.0	0	0	0.213
6—14 „	20.0	16.0	4.0	4.0	0	0	0.250

Koraszülöttek összesfehérje értékei tehát meglehetős magasak, nagyobb gyermekek ez értékei már határozottan kórosnak volnának tekinthetők, itt azonban a vérliquorgát physiologiásan fokozott átjárhatósága folytán rendesnek tekintendők. Feltűnő a globulinok szaporulata, különösen az első hónapban — megfelelően a vér nagy globulintartalmának ezen tágabb újszülött korban, — mint azt először *Duzár* és *Rusznyák* kimutatta (Mschr. f. Kinderh. 28. 25, 1924.). A globulinok ez időben az összesfehérjének kb. ⅓-át alkotják, holott később annak csupán alig ¼-ét. Az euglobulinok mérhető mennyiségben való megjelenése is feltünő eltérés a későbbi állapottól, nem kevésbbé a fibrinogen tekintélyes szaporulata; mindkettő ugyanis hiányozni szokott a későbbi időből származó liquorokból, vagy pedig olyan csekély mértékben van csak jelen, hogy mérhető mennyiségben elkülöníteni nem lehet. A viszonylag nagyobb globulintartalom természetesen a globulin-albumin arányt is megváltoztatja, u. i. annak értékét 0.500 fölé emeli annyira, hogy az némely esetben meg is haladhatja azt. Az életkor növekedésével aztán az értékek közelednek a rendes viszonyokhoz, azonban kiviselt csecsemők adataihoz viszonyítva feltűnik, hogy a szabályos értéket jóval később érik el, mint azok; csupán a 6. hónap körül száll le az összesfehérje 21 mgr%-ra, tűnik el az euglobulin és a fibrinogen. Ez azonban a koraszülötteknek a kiviselt újszülöttekhez viszonyított alacsonyabb fejlettségi fokából könnyen magyarázható.

Még a kiviselt újszülöttek liquora is sok eltérést mutat az idősebb csecsemőkétől. A szorosabb értelemben vett újszülöttkorban szintén nagy összesfehérje értékek találhatók jóval a későbbi felső határ felett, korántsem érik el azonban a koraszülöttek igen tetemes értékeit. A viszonylagos globulinszaporulat itt is megvan, azonban sokkal hamarabb éri el későbbi állandó értékét, mint koraszülöttek esetében. Euglobulin és fibrinogen csak az első hónapban mutatható ki mérhető mennyiségben, ott is inkább csak a hónap elején. Minthogy a globulinszaporulat nem ér el oly magas fokot, mint koraszülötteken, a globulin-albumin viszony is alacsonyabb értéket mutat meglehetősen ingadozva 0.200 és 0.400 között. Kb. a 3. hónapban az összesfehérje és fractiók elérik későbbi állandó értéküket, mely a következő határok között ingadozik: összesfehérje 18—26 mgr% (kp. ért. 21 mgr%), albumin 13—21 mgr% (kp. érték 17 mgr%), globulin 4—6.6 mgr% (kp. ért. 5.3 mgr%); az albumin tehát az összesfehérje ¾, a globulin pedig annak ¼ része. A globulinoknak csaknem 100%-át a pseudoglobulinok alkotják, euglobulin csak olyan csekély mértékben van jelen, hogy pontosan mérhető mennyiségben el sem különíthető. Fibrinogen vagy egyáltalában nincsen, vagy szintén oly kevés, hogy mennyiségét meghatározni nem lehet.

Összefoglalás: 58 koraszülöttből, kiviselt újszülöttből, illetve gyermekből származó 82 liquorban végeztük el az összesfehérje, albumin, összes globulin, pseudoglobulin, euglobulin, továbbá a fibrinogen mennyiségi

meghatározását. Az összes fehérjét a Zeiss-féle stufenphotometerrel, a fractiókat nephelometerrel határoztuk meg ammoniumsulfatos kicsapás után.

Eredményeink a következők:

Koraszülöttek: Erős összesfehérje- és globulinszaporulat (az euglobulin és fibrinogen aránylag erős szaporodása). A későbbi kornak megfelelő állandó viszonyok a kiviselt újszülöttekhez képest aránylag későn, csak a 6. hónap körül fejlődnek ki.

Kiviselt újszülöttek-ben is megtalálhatók a koraszülötteken észlelt elváltozások, de sokkal csekélyebb mértékben, s már a 3. hónap körül elérik a rendes értékeket: összesfehérje: 18—26 mgr% (kp. ért.: 21 mgr%), albumin: 13—21 mgr% (kp. ért.: 17 mgr%) globulin 4—6.6 mgr% (közép érték: 5.3 mgr%). Az albumin kb. ¾, a globulin kb. ¼ része az összes fehérjének. Euglobulin és fibrinogen a 6. hónaptól mérhető mennyiségben nem található a rendes liquorban.

A Ferencz József Tudományegyetem női klinikájának közleménye. (Igazgató: Berecz János ny. r. tanár.)

Egypetéjű, monoamnialis ikerterhesség esete.

Irta: *Nemecskay Tivadar dr.* klinikai tanársegéd.

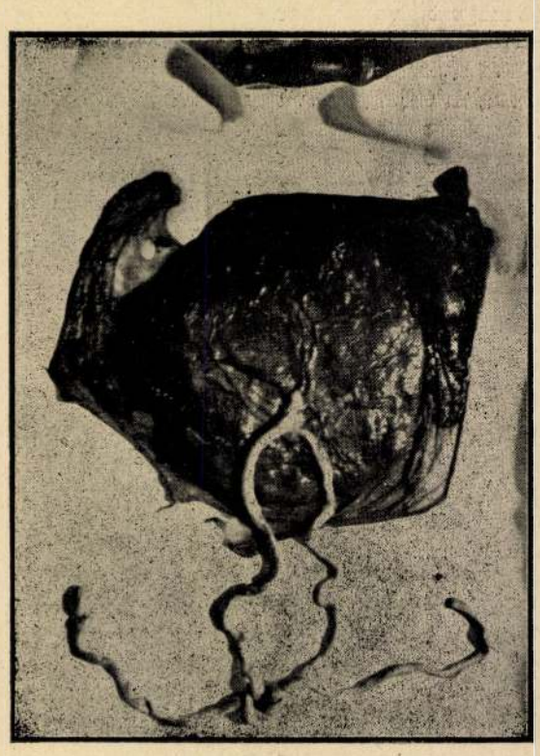
A monoamnialis ikerterhesség igen ritka. *Ahlfeld* szerint kb. minden 133. ikerterhességre esik egy monoamnialis terhesség, tehát minden 10.000 szülésre jut egy monoamnialis ikerterhesség. Más szerzők szerint előfordulása még ennél is sokkal ritkább. A mi anyagunkban ez az első monoamnialis ikerterhesség, ami tehát azt jelenti. hogy a 13 év alatt (1922—1934 novemberig) 14.000 szülés és 154 ikerterhesség közül csak egy monoamnialis ikerterhesség volt. A magyar szerzők közül 1930-ban *Burg* közölt a pécsi klinikáról két esetet.

Esetünk a következő: *Sz. F.-né* 29 éves, VI. P. asszony. 3 rendes szülés és 2 vetélése volt, mindhárom gyermeke él. Tudomása szerint sem az ő, sem a férje családjában ikerterhesség nem fordult elő. Feltünik a has nagy térfogata: 106 cm. Az elölfekvő rész fej, mely a rendesnél valamivel kisebb és mellette a bal csípőtányéron egy másik koponya tapintható. A méhfenékben szintén két nagy részt, két fart tapintottunk. A szivhangokat köldök alatt mindkét oldalon hallottuk. Igy tehát már külső vizsgálattal megállapítottuk az ikerterhességet, amit a röntgenfelvétel is megerősitett, A szülés elhúzódott, egyébként sima lefolyású volt. Az első magzat megszületése után a második magzat megszületését nem siettettük, hogy ideje legyen a méhizomzatnak retrahálódnia és a súlyos atoniát elkerüljük. 30 perc mulva újabb tolófájások kezdődtek és 5 perc alatt megszületett a második, élő, érett fiu is. 15 perc múlva pedig az ép, közös lepény. Az egész szülés alatt az egyetlen feltünő jelenség az volt, hogy amikor az első magzat megszületése után belső vizsgálatot végeztünk, nem tapintottuk a második magzathoz tartozó burkot, amit akkor úgy magyaráztunk, hogy az első magzat megszületése után a második magzat burka talán rögtön megrepedt.

A magzatok súlya és méretei a következők voltak:

Az első magzat súlya: 2450 gr, hossza: 45 cm, fejkerülete: 31.5 cm. — A második magzat súlya: 2700 gr, hossza: 48 cm, fejkerülete; 32 cm.

A magzatok pár pillanat mulva hangosan sírtak, külsőleg semmi rendellenességet nem találtunk rajtuk. A lepény súlya 1200 gr, átmérője: 22×23 cm. Vizsgálata alkalmával rajta igen érdekes és ritkán látható elváltozásokat találtunk. (1. ábra.) A magzati felszínen mind az egypetéjü, mind a kétpetéjü ikreknél szokásos válaszfalat nem találtuk, az teljesen hiányzott. A két magzat tehát egy közös peteürben foglalt helyet. Ezt megerősítette az a körülmény is, hogy a két köldökzsinór a lepénytől 30 cm-nyi távolságra valódi csomószerüen többszörösen összehurkolódott egymással. A két köldökzsinór majdnem a lepény közepén, igen közel egymáshoz, kb. 1 cm-nyi távolságra tapadt. Köztük a válaszfalnak semmi nyomát sem találtuk. Hossza 90, illetve 93 cm volt. Az a körülmény, hogy a két köldökzsinór valódi csomószerüen többszörösen össze van egymással hurkolódva kétségtelenné teszi azt, hogy itt az ikerterhességnek azon ritka esetéről van szó, amikor a két magzat egy közös peteürben foglal helyet.



1. ábra.

Hogy jött itt létre a közös amnialis üreg? Erre két lehetőség van s igy a monoamnialis ikerterhességnek két fajtáját különböztetjük meg. Egyik a primaer, amikor már eredetileg is csak egy közös amnionja van a két magzatnak, a másik pedig a secundaer monoamnialis ikerterhesség, amikor kezdetben a két magzatnak külön-külön amnionja van de később, a fejlődés folyamán a válaszfalak elsorvadnak, átszakadnak s ennekfolytán alakul ki a közös amnialis üreg. Ez utóbbi esetben a válaszfalnak nyomait ki lehet mutatni a lepényen. Minden valószínűség szerint a primaer monoamnialis ikerterhességben a magzatok a csirakorong kettéválása útján, a secundaer monoamnialis ikerterhességben pedig a magzatok a petében a már eredetileg jelen lévő két külön csiratelepből fejlődnek. A közös amnialis üreg másodlagos kifejlődése (a válaszfal átszakadása) létrejöhet a magzat élénk mozgásai, vagy a néha jelenlevő hydramnion nyomása következtében a burok atrophiája, vagy olykor az anyai testet ért erősebb trauma következtében. A köldökzsinórok összehurkolódását, különösen ha hydramnion is van, a magzatok könnyű mozgási lehetőségével lehet magyarázni. A mi esetünkben, minthogy a lepény magzati felszínén a két köldökzsinór között a válaszfalnak még nyomát sem tudtuk kimutatni, primaer monoamnialis ikrekről van szó.

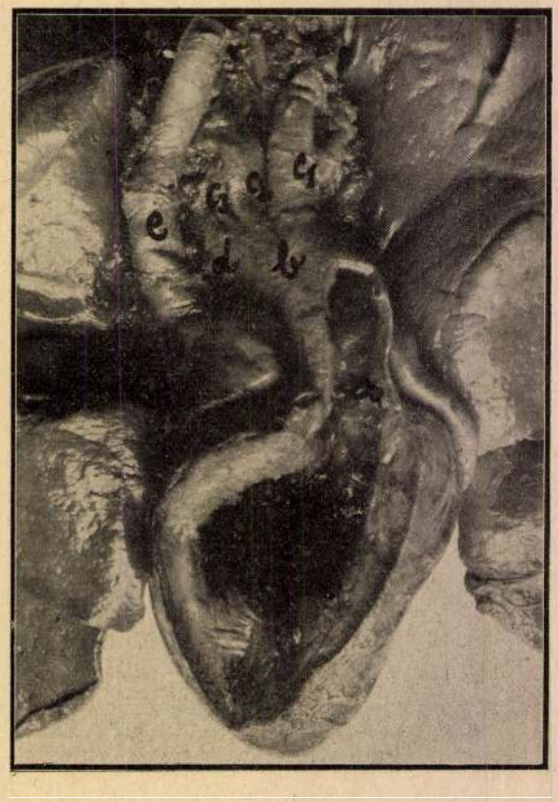
Mi a gyakorlati jelentősége a monoamnialis ikerterhességnek? A monoamnialis ikerterhességben a köldökzsinórok kb. 54%-ban összehurkolódnak. Ha két köldökzsinór nem elég hosszú, akkor a magzatok mozgása következtében a hurok megfeszül, ez vérkeringési akadályt okoz, a magzatok elhalnak s így nagyon gyakori a terhesség korai megszakadása. *Piltz* 29 esete közül csak 8 érte el a terhesség végét. Ha a terhesség végén még él is mindkét magzat, akkor a szülés alatt is elpusztulhatnak, főleg a második, ugyanis az első magzat megszületése után a köldökzsinór feszülése következtében — különösen akkor, ha az nem elég hosszú — a csomó megfeszül s így

még a méhben levő második magzat elpusztul, ha ugyan a szívhangok rosszabbodása alapján ezt a körülményt kellő időben észre nem vesszük s a magzatot gyorsan világra nem hozzuk. *Schmidt* 16 esete közül csak 4 esetben jött mindkét magzat élve a világra, 7 esetben a második magzat az első megszületése után halt el, 5-ször pedig mindkettő elhalt a szülés alatt.

Láthatjuk tehát, hogy a monoamnialis ikerterhesség egyik főveszélye mindkét magzatra nézve a két köldökzsinórnak egymással valódi csomószerű többszörös összehurkolódása, ami vagy már a terhesség alatt, vagy a szülés alatt egyik, vagy mindkét magzat elhalását okozhatja.

Nem említve külön a kettős torzok nagy csoportját, nagyon gyakoriak monoamnialis ikrek közt a fejlődési rendellenességek. Gyakran fordulnak elő ilyenek az egyik magzat szívén. Ilyenek pl. a holoakardiusok, amikor — az egyéb súlyos fejlődési rendellenességeken felül — a szív egyáltalában nem fejlődik ki és a vérkeringést a másik magzat szíve tartja fenn. A másik csoport a hemiakardiusok, amikor a szív részben meg van, de rajta különféle fejlődési rendellenességek találhatók.

A mi esetünkben is találtunk az első magzat szívén fejlődési rendellenességeket. A szülés után ez az újszülött is teljesen jól volt, de már a második napon kissé szederjessé vált, szederjessége napról-napra fokozódott és cardiazolra, lobelinra és meleg fürdőkre sem javult. Már ekkor a szívnek valami fejlődési rendellenességére gondoltunk, azonban a szíven sem hallgatódzással, sem kopogtatással semmiféle elváltozást nem tapasztaltunk. Az ötödik napon több asphyxiás roham után meghalt.



2. ábra.

A boncolás többszörös fejlődési rendellenességet mutatott ki. (2. ábra) A szív méretei: hossza 5 cm, szélessége 32 mm, a mell-hát irányban 34 mm. Elől a szívből egy 10 mm átmérőjű nagy arteria ered (a). Ez az ér az aortaívbe (b) megy át, majd a gerincoszlop jobboldalán halad lefelé. Az arcus convexitásából három nagy ér ered (c_1, c_2, c_3). Baloldalt a legvastagabbik (c_1) eredése után két ágra oszlik. Az arcus homorulatának közepéből egy másik arteria ered (d), amely mintegy 9 mm-es lefutás után jobb és bal ágra oszlik s az oszlás után keletkezett két ér a jobb és baltüdőfélhez menő arteria pulmonalis. A jobb fülecs mögött ömlik be a vena cava superior (e) és a közvetlenül mellette és alatta egy törzzsel a jobbtüdőfél venája. A vena cava inferior a pitvarnak megfelelő részbe külön ömlik. A baltüdő venája a bal fülecs mögött ömlik a pitvarba. A szívnek egy kamrája és egy pitvara volt. A kamra falvastagsága átlag 6 mm. A közös ér eredésénél azonban 1 cm-t is elér és ezen megvastagodás helyén izomredő emelkedik a kamra üregébe. A közös verőeres törzsben három billentyű ismerhető fel, s a két koszorúér nyílása is látszik. A pitvarkamra határának megfelelően a papillaris izmokból, inhurokból és vitorlákból álló billentyű van, amelyről azonban, hogy hány hegyű, nem lehet megállapítani.

A coecumnak is, a lehágó vastagbélnek is, — illetve az egész vastagbélnek — a vékonybéllel közös mesenteriuma van, ennek következtében a vastagbélrészletek nincsenek rögzítve s így a coecum az appendix-szel a boncolás alkalmával a flexura hepatica helyének megfelelően volt található. A lép hiányzott. A bal tüdőfélnek 3, a jobbnak 4 lebenye volt.

A kórbonctani diagnosis tehát a következő volt: Cor biloculare. Truncus arteriosus communis persistens. Alienia. Mesenterium commune.

A második újszülött egészséges volt, jól szopott, gyarapodott, egészségesen hagyta el klinikánkat. Ezen csecsemőn a röntgen sem derített ki rendellenességet.

Szerencse, hogy a fejlődési rendellenességekkel világra jött, tehát életképtelen első magzat megszületése után a két köldökzsinór többszörös összehurkolódása következtében nem jött létre a köldökzsinórban vérkeringési zavar, amely a második, egészséges magzatnak a szülés alatti elhalását okozhatta volna.

Összefoglalva: esetünkben az egypetéjű ikerterhességnek igen ritka alakját, az u. n. primaer monoamnialis ikerterhességet láttuk, amelyben a két magzat köldökzsinórja valódi csomószerűen többszörösen összehurkolódott. Mindkét magzat élve született. A második magzat teljesen egészséges volt, az első 5 napos korában súlyos fejlődési rendellenességek következtében meghalt. Esetünk tehát nemcsak szülészeti, hanem kórbonctani szempontból is érdekes, mert a magzaton és a lepényen a fejlődési rendellenességek halmozódtak. Kórbonctani szempontból is eléggé ritkán található fejlődési rendellenességek közé tartozik az u. n. truncus arteriosus communis persistens, vagyis az az eset, amikor a fejlődés folyamán a közös arteriás törzs nem válik ketté arteria pulmonalisra és aortára, sőt mint ebben az esetben, az elválasztó septumnak még a nyomát sem lehetett megállapítani.

Emlékeztető!...

„Ha el tudnánk terjeszteni azt a hitet és meggyőződést, ami orvosilag is könnyen megerősíthető, hogy *hetenként egy thermálfürdőre* egészségi, bajmegelőzési szempontból, mozgásszerveinknek salakanyagoktól megtisztulása érdekében mindenkinek, még fürdőszoba birtokában levő embernek is szüksége van: az országban mindenütt, de különösen itt Budapesten talpraállítható volna thermálfürdőink gazdasági egyensúlya."

Vámossy Z. előadásából a M. O. O. Sz. 1935. é. congressusán.

A vakok irányhallásáról.

Irta: *Bernovits Mária dr.*

Deseő Dezső egyet. tanár 1935. februárjában előadást tartott az otologiai szakosztályban az irányhallásról, melyben hivatkozva *Rejtő* tanárnak ezirányú vizsgálataira*) megemlítette, hogy érdemes volna a vakokon is megvizsgálni az irányhallást.

Hogy az ép egyéneken végzett vizsgálatok eredményeit ily módon kiegészítse, *Rejtő* tanár megbizott, hogy végezzem el vakokon ugyanazokat az irányhallásra vonatkozó vizsgálatokat, amelyeket 1931-ben az Uj Szent János-közkórház fülosztályán végeztünk. Ezeket a vizsgálatokat a vakok állami intézetében el is végeztem és ez úton mondok hálás köszönetet, az intézet igazgatóinak megértő segítségükért.

Ugyanolyan körülmények között és ugyanolyan módszerrel vizsgáltam, mint azt *Rejtő* fentemlített dolgozatában olvashatjuk: nem nagy teremben, röviden megszólaltatott Bárány-féle lármadobot és C_4 hangvillát használtam, hogy a hang visszaverődése ne zavarjon. Negyven vak, 13—18 éves korú, ép fülű egyént vizsgáltam meg ilyen módon. A vizsgálatok első részét rögzített fejjel végeztem, később megengedtem, hogy fejüket elmozdíthassák.

Eredményeimet a következőkben közölhetem:

1. Rögrített fejtartás mellett fülmagasságban a vízszintes síkban mindenki pontosan jelezte az egyenesen elülről, hátulról, jobbról és balról eredő hangot. Nem volt ilyen pontos a jelzés, ha az elülső és oldalsó irány között vizsgáltam, mert az itt keletkezett hangot 25%-ban hibásan jelezték, nevezetesen hol előbbre, hol hátrább (kb. 20 fokkal). Nem észleltem egyszer sem olyan durva hibát, mint azt bekötött épszemű egyének esetében láttunk, akik az elülről és hátulról eredő hangokat a vízszintes síkban felcserélték.

A nyiliranyú síkban a fejtető fölött eredő hangoknál a középvonaltól előre és hátrafelé számított 30—30°-on belül a hang eredési helyét a legtöbben felcserélték: a vizsgáltaknak csak 10%-a jelezte helyesen, hogy elülről, vagy hátulról ered-e a hang, a többiek az elülről eredő hangot is hátrafelé jelezték. Ebben a síkban van látókban a legtöbb hiba, s ezért *Rejtő* ezt a sikot vaksíknak nevezi. Míg látókban a nyiliranyú síkban az elülső és hátulsó irányt majdnem mindenki felcserélte; addig a vakok ebben a síkban csak a fejtető feletti részben tévedtek.

A két fülön keresztül képzelt merőleges síkban a középvonaltól jobbra és balra eltérő hangforrásokat mindenki hiba nélkül jelezte. Látók ebben a síkban is tévedtek és a felülről, vagy alulról eredő hangot is felcserélték.

A távolabbról, vagy közelebbről keletkezett hangot, bár csak néhány cm különbségekről volt szó, minden irányban jól felismerték és jelezték, hogy az előbbinél kissé távolabb, vagy közelebb van-e a hangforrás.

2. Ha a fej elmozditásával kereshették a hang irányát, azt mindenki pontosan felismerte, az eddig észlelt kisebb hibák is eltüntek. A zeneileg képzetebbek és az élénkebb gyermekek gyorsabban és pontosabban ismerték fel a hang irányát. Ha egy-egy vizsgáltat hosszabb ideig foglalkoztattam, a kifáradás tünetei jelentkeztek: téves válaszokat is kaptam.

Nem volt sok alkalmam vakokon egyenlőtlenül halló fülek mellett vizsgálnom az irányhallást. A rendelkezésemre álló 3, egyoldalon kisfokban nagyothallón a vizsgálatok csak a beteg fül oldalán, a fül síkjánál magasabban és főleg távolabb eredő hangok esetében mutattak durvább hibákat.

Bekötöttszemű egyének vizsgálatakor természetesen nem észlelhettük a szemtekék elmozdulásait, ami itt feltünő volt. A vakok szemtekéje, csaknem minden esetben, különösen a vizsgálat elején, körben mozgott, mintha a szem keresné a hang irányát. A vakok hangbehatásra jelentkező szemteke elmozdulásait 12 esetben abból a nézőpontból is vizsgáltam, vajjon ez a reflexes elmozdulás a hang irányában történik-e úgy, mint azt *Högyes* és *Tullio* épszemű embereken leirták. Ezen vizsgálathoz együtthangzó dobozra szerelt C_2 hangvillát ütöttem meg a fül mellett, illetőleg fölött és alatt. A szemtekének a hang felé történt elmozdulását még egészen sorvadt szemgolyó mellett is minden kétséget kizáróan észleltem, s a kisérletet többször is megismételtem egyazon eredménnyel. Az elmozdulás gyorsaságát illetően: csak egy esetben rándult el a szem a hang keletkezésekor a hang irányába, a többi esetben 2—14"-nyi lappangási idő után lassan tért ki. Bár bizonyos nehézséget jelent az észlelésben az a tény, hogy a vakok szemgolyója nem áll nyugodtan, hanem a középvonalban kisebb-nagyobb ingalengést végez, mert az ophthalmostatika egyik tényezője, a látás hiányzik, mégis egészen határozottan el lehetett különítenem a szemtekerezgést a reflexes szemelmozdulástól, mert az apróhullámú szemtekerezgés a hang hatására néhány mp.-re megnyugodott és a szem a hang irányának megfelelően a szemzúgban megállt (vízszintesen, ferdén fel, vagy lefelé). Nagyhullámú szemtekerezgés esetén a szem elmozdulása a hang iránya felé megnyúlik, illetőleg a vízszintes síkban lebegő szem fölfelé, vagy lefelé kitér. Tehát *Högyes* és *Tullio* reflexei vakokon jól észlelhetők.

Vizsgálataim alapján úgy vélem, hogy a vakok irányhallása ép hallószerv mellett jobb, mint a látóké, mert finomabb eltéréseket is felismertek és lényegesen kevesebb irányt tévesztettek, mint a látók. Tulajdonképen csak a fejtető fölött kb. 60°-nyi ívben tévedtek. Tekintetbe véve, hogy az irányhallás gyakorlattal tökéletesíthető és hogy a vak egyén tudatosan, vagy öntudatlanul, tájékozódása céljából látásának pótlására a többi érzékszervét, különösen a hallószervét működteti, gyakorolja: a vakok jobb irányhallása valószinüleg e gyakorlat eredménye.

A vakok irányhallását is ugyanolyan körülmények befolyásolják, mint a látókét, nevezetesen: a már említett gyakorlaton kivül a hallószerv finomultsága, a figyelem, az értelmi fejlettség, sőt az általános állapot is.

*) Rejtő: Orvosképzés 1931. 3. sz.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A vér complementtartalma meghatározásának jelentősége rheumatismusban és nephritisben. *Horster* és *Loris.* (Münch. med. Wschr. 1936. 12. sz.)

Ha sorozatos vizsgálatokat végzünk acut polyarthritises, nephritises és endokarditises betegeken serumuk complementtartalmát illetőleg, akkor kimutathatjuk, hogy az a betegség folyamán legtöbbször csökken. A complementtartalom csökkenése, mely a lefolyás során előbb-utóbb bekövetkezik, egy, a vérben lejátszódó, legtöbbször ismeretlen, antigen-antitest-reactio következménye. A complement csökkenése vagy eltünése arra figyelmeztet, hogy keressük az antigenforrást és mielőbb gondoskodjunk annak eltávolításáról. Amennyiben a complementtartalom csökkenése állandó marad, avagy a complement hosszabb időre eltünik, a legrosszabb kórjóslatot kell felállítanunk. A vesék és izületek degeneratív elváltozásakor a vér complementtartalma nem változik és igy ezen vizsgálat negatív eredménye bizonyos szempontból differentiáldiagnostikailag értékesithető.

Binder László dr.

Tapasztalatok a mellékveséről. *Broster.* (London). (Proc. staff. mect. Mayo Clinic. 11. 13. 1936.)

Cook 1756-ban ismerte a hypertrichosis és obesitas összefüggését mellékvesedaganattal. *Hunter* tudta, hogy ez utóbbival a másodrendű nemi jellegek megváltozása is járhat. Az adrenogenitalis syndroma férfias nemi jellegek megjelenése nőn, a női nemi jellegek és működések viszont visszafejlődnek. Tünetei: férfias testforma és szőrzet, a női nemi szervek tökéletlen kifejlődése vagy involutiója, a lelki sajátságok megfelelő megváltozása. A legteljesebb tünetcsoport, az adrenalis pseudohermaphroditismus, a nemi szervek teljes kifejlődését megelőző korai életszakban jön létre, teljes amenorrhoeával jár. A betegek második, nagyobb csoportján pubertás utáni virilismus található. Végül pluriglandularis kórkép az Achard—Thiers-tünetcsoport, a „szakállas nők diabetese" az arcon férfias hypertrichosissal, elhízással, hypertensióval, rendesen amenorrhoeával, csökkent szénhydrattolerantiával. A mellékvesehyperplasia laboratoriumi módszerrel nem, biztosan csak probalaparotomiával állapítható meg. Műtét után a hypertrichosis gyakran csökkent, a havi vérzés megjött. Normalis nagyságú mellékvese mellett is előfordul virilisálódás. A műtét legjobb hatású a serdülés korán túl támadt virilismus eseteiben. Mintegy 60 betege közül negyedrészük családjában szerepelt hirsutismus, néha más endokrin tünet. Az eltávolított mellékvesék kérgében, ill. mellékvesedaganatokban rendszerint sajátságosan festődő sejtek találhatók, amilyenek mindkét nemű foetusokban is kimutathatók. Az említett harmadik csoportban valószínüleg a hypophysis kóros működése a kórfejlődés első mozzanata, ez közel áll a Cushing-kórképhez.

Perémy dr.

A bőr vízellátása és vízfelvétele. *Burr.* (Dtsch. Arch. klin. Med. 178. 5.)

Egy liter víz megivása csak a hőszabályozás útján gyakorol hatást a bőr vízleadására: meleg víz ivása után a bőr vízleadása fokozódik, hideg víz ivása után csökken. Vasomotorikus ingerek (mechanikus inger, adrenalin, pitressin, ephetonin) a bőr vízleadását nem változtatják meg, viszont az alkohol — valószínüleg centralis hatás folytán — a vízleadást lényegesen fokozza. Atropin, a szájnyálkahártya erős kiszáradása ellenére, sem a vízleadást, sem a hőmérsékletet nem befolyásolja. Igen kifejezett a pilocarpin verejtékelválasztást fokozó hatása. Feltünő, hogy a szomjazás után a pilocarpin verejtékfokozó hatása lényegesen nagyobb, mint bőséges vízfelvétel után, 35—37 fokos fürdőben a bőr vízleadása szünetel, a testsúly csekélyet nő, lehetséges, hogy a bőr vízfelvétele folytán. Magasabb hőmérsékletü fürdőben vízfelvétel nem mutatható ki, a verejtékelválasztás ilyenkor fokozódik.

Molnár István dr.

Szülészet.

A tubasterilisatio technikájához. *W. Sigwart.* (Zbl. f. Gyn. 1936. 9.)

Ajánlja methodusát, mely teljesen veszélytelen, 99%-ban biztos és igen könnyen elvégezhető. Hasmetszés útján 2 cmre a méhtől kettősen lefogja a kürtöt, átvágja. Ezután következik a két tubarész lekötése, a méh felőli két tüvel ellátott fonallal kötjük le, bemetsszük a mesosalpinx lemezét és a lig. latum laza kötőszövetén keresztül a lig. rotundum alatt a lig. latum elülső lemezén átszúrjuk és behúzzuk a tubacsonkot a lig. latum lemezei közé s a fonalat elöl megcsomózzuk. A mesosalpinx nyilását csomós öltésekkel zárjuk, miáltal az egész sebzést peritoneummal boritjuk. Sokkal jobbnak tartja bármely sterilizálási módnál, mert nincs nagy sebzés, nem lehet a műtét után haematoma, csonkexsudatum.

Balassa Kálmán dr.

Az amenorrhoea és hypophysaer adipositas hormonalis kezelése. *Wilhelm Hahn.* (Mitt. d. Verb. Kassenärztl. Ver- 1935. 10.)

Számos amenorrhoea esetét közli, melyekben egyidejüleg súlyos elhízás állott fenn. Az amenorrhoeát az elhízás egyik okának tartja. Eltekintve azoktól az esetektől, amelyekben szigoruan keresztülvitt soványitókúra a havi vérzés megjelenéséhez vezetett, legtöbbször csak a diaetával combinált hypophysis elülső lebeny hormon adagolás vezetett célhoz. Szerző 30 hypophysaer elhízás esetében részben *glanduantint* és *antephysant*, részben *glandubolint* adott. Az eredmények igen kedvezőek voltak. 3—4 hónapos kezelés után átlagos 20 kg-os súlycsökkenés következett be. A kúra kellemetlen mellékjelenségeket nem okozott, a localis zsirlerakódások (csipő, has, comb, mell) eltüntek. Érdekes, hogy a kórképet néha kisérő melléktünetek (migraen, fáradtság, gyengeség, lábszároedemák) is jelentékenyen javultak.

Gyermekgyógyászat.

C-vitamin bakteriumölő és antitoxikus hatása. *Gagyi.* (Klin. Wschr. 1936. 194.)

C-vitamin nem gyakorol effectiv hatást bizonyos bakteriumfélékre, hanem oldatban alkalmazva ugyanazon fajtára is nagyon különböző hatású. Hatása főként virulens törzsekre van (pld. diphtheria) oly értelemben, hogy azok életképességét és virulentiáját lényegesen csökkenti. Minél korábbi betegségi stadiumból származik s minél rosszabb indulatú megbetegedés kórokozója a Di-bacillus, annál érzékenyebb C-vitamin iránt. Későbbi stadiumból származó és virulentiáját vesztett Di-bacillusok C-vitaminérzékenysége is nagy mértékben csökken. A többi vizsgált bakteriumfajta közül is a pathogen törzsek (Staphylococcus, Str. haemolyticus) voltak érzékenyebbek. Szerző szerint a betegségek prophylaxisában oly módon szerepel, hogy részben a bakteriumok fejlődését, részben toxicitásukat gátolja, Fertőző bajokban kifejlődő C. avitaminosisnak az az oka, hogy a C-vitamin detoxikáló működése közben maga is tönkremegy ill. chemiailag átalakul. Elvileg tehát célszerünek látszik fertőző bajokban a C-vitamin therapiás alkalmazása.

Surányi Gyula dr.

A maradék-nitrogen meghatározásának jelentősége és veseártalom a malignus diphtheria esetén. *Brugsch és Fülling.* Kl. W. 1936. 11. sz.

A diphtheriás betegek jelentékeny részén jelentkezik veselaesio, nevezetesen hyalin és granulált cylindereknek megjelenése a vizeletben. A betegség súlyosbodásával vörösvérsejtek is keveredhetnek a vizelethez. A vizelet üledék lelet egyedül nem biztos indikatora a folyamat súlyosságának. A maradék nitrogen meghatározásának nagy jelentősége van a malignus diphtheria prognosisa szempontjából; emelkedett maradék-nitrogen nem jó jel, de ennél még fontosabb a maradék-nitrogen értékek csökkenése vagy emelkedése a di. folyamán. A R. N. emelkedése nagyon kedvezőtlen jelnek tekinthető, míg egy előzőleg magasabb R. N. érték csökkenése a prognosist kedvezőbbé teszi. Ezen jelenségnek a magyarázata nem egészen egységes, lehetséges, hogy a máj és mellékvese laesiójával hozható aetiologiai kapcsolatba.

Móritz Dénes dr.

Az emberi foetus A (Carotin) vitamin anyagcseréje. *Wendt.* (Klin. Ws hr. 1936. 7.)

Szerző 40 terhesség kapcsán végzett vizsgálatairól számol be. Terhesek vérének carotin és A-vitamin tartalma a nem terhesekének megfelelő, csak az esetek 15%-ánál voltak alacsonyabb értékek, illetve hiányoztak teljesen ez anyagok. A placentában kevés carotin található A-vitamin pedig egyáltalában nem, tehát a lepény, mint depot, nem jöhet számitásba. A köldökzsinór vérében kevés carotin és igen kevés A-vitamin van, a placenta tehát carotin és A-vitamin szempontjából barrièreként, záró működést fejt ki. A foetus májában sok az A-vitamin, de kevesebb százalékosan, mint felnőttnél. A terhesség második felében azonfelül még csökken is ez a készlet, úgy, hogy egyes újszülöttek májából az A-vitamin teljesen hiányzik.

König dr.

Bőrgyógyászat.

A Schridde-féle hajanomalia jelentősége a rák diagnosisában. *G. Fricl és Meduna.* (W. Kl. Wschr. 1936. 3.)

A rák diagnosisának felállitásában a szerzők legnagyobb része a külső vizsgálat elhanyagolása mellett főleg a laboratoriumi vizsgálatokra fektette a fősúlyt. Ujabb időben *Strümpel, Schridde, Zöllner* és mások felhivták a figyelmet, hogy rákos betegeken a fénynek kitett helyeken sajátságos sötétfekete, vastagabb, nem fénylő, egészen matt szinü hajzat található. A gyomor cc.-ban szenvedő betegek gyakran nem őszülnek meg, vagy a betegség jelentkezésével a már megőszült haj később ismét megfeketedik. A szerzők ezirányban vizsgálatokat végeztek és azt tapasztalták, hogy csaknem minden carcinomás betegen találtak Schridde-féle hajanomáliát. Megállapitották azt, hogy ez a hajanomalia kimondott carcinomás egyéneken sohasem hiányzott, sőt nagyságukból a tumor nagyságára is következtetni lehetett. Tisztán specifikusnak azonban nem mondható a jelenség, mert sarkoma esetében is megtalálták. Mindennek ellenére

a Schridde-féle hajanomalia nagyjelentőségű és semmiesetre sem kerülhető el a figyelmet.

Horváth Dénes dr.

A lúg okozta ártalomnak szerepe a bőrnek nickel iránti kisérletes sensibilisálásában. *W. Burkhardt* (Arch. f. Dermat. 1935. 173. 3.)

Előző munkákban kimutatták, hogy a kőműves ekzemájában mily nagy szerep jut a bőr alkali-resistentiacsökkenésének. Ennek megállapitására ott külön methodust is ismertetnek. Nickellel szemben érzékennyé vált egyének bőre a legkisebb mennyiségü nickellel érintkezésre, (pl. nickelpénzdarab) ekzemával reagál. Közismert, hogy nickelelő üzemekben a tárgyakat előbb lugokkal zsirtalanitják, ekként a nickelfürdők lugok által zsirtalanitott és kárositott bőrrel jutnak érintkezésbe. Kisérletesen is igazolták ezt, amennyiben egészséges egyének bőrét előbb alkaliákkal kezelték, majd ugyanerre a bőrfelületre nickelsulfatos kötést alkalmaztak. Alkaliérzékeny esetekben ekzema keletkezett. Alkalival szemben nem érzékeny esetekben csak lényegtelen gyulladás jelentkezett. Controll gyanánt egészséges egyéneken csak nickelsulfatos kötést alkalmaztak, amely lényegtelen macerálást váltott ki. 10—14 nap mulva az összes kisérleti egyének érzékenységét megvizsgálták nickellel szemben, mikor is kitünt, hogy nagyrészük túlérzékennyé vált nickellel szemben. Az alkalival előre kezelt egyének valamennyien túlérzékennyé váltak, viszont az alkalival előre nem kezeltek csak részben. A kisérletekből azt a következtetést vonja le, hogy nickel-túlérzékenység könnyen létrehozható, csökkent alkali-resistentia disponál erre. A maceratiónak is van ebben szerepe, ipari üzemekben azonban mindkét tényező kapcsolódik egymással, igy érthető a sensibilisált munkások magas arányszáma.

Schlammadinger József dr.

Urologia.

A húgyhólyag rákjának kezelése. *R. Gouverneur* és *R. Dossot.* (Presse Médicale 1936. I. 1.)

A kezelés szempontjából fontos a rák helyének és kiterjedésének a megállapitása. Localisatio szempontjából a hólyag-rákok 55%-a a hólyagfenéken foglal helyet a trigonumon vagy annak szomszédságában. 30% foglal helyet intermedialisan és 15% a hólyag tetején. Ez utóbbiak közelithetők meg legkönnyebben a mütét szempontjából. A radium-therapia majdnem teljesen eredménytelen hólyagrákok esetében; mortalitása is elég tetemes, 20—25%. Csak kivételes esetekben érhetők el vele jó eredmények. Röntgentherapiával még kevésbbé lehet eredményt elérni. Az elektrocoagulatio igen jó eredményeket tud felmutatni jóindulatú daganatok esetében, malignus tumorokban az eredmény majdnem nullával egyenlő. Legfeljebb azokban az esetekben érhetünk el vele valamit, ha a rosszindulatúság csak kezdődő stadiumban van jelen. A mütét szempontjából legidealisabb a totalis hólyag eltávolitás. A vizelet elvezetésére két út áll rendelkezésre: az egyik a vastagbélbe *(Coffey)*, a másik az ureterostomia iliaca *(Papin)*. Ez a mütét is a legjobb eredményeket akkor adná, ha mindjárt a rák diagnostisálásakor lenne elvégezhető. Sajnos a betegek legnagyobb része ebben a stadiumban még nem egyezik bele egy ilyen súlyos, rokkantsággal járó mütétbe. Megfelelő esetben a partialis cystektomia is kitünő eredményeket adhat, annál is inkább, mert az erre a mütétre megfelelő esetekben az egyik ureter beszájadzása sértetlen szokott lenni. Mortalitása is aránylag csekély; az esetektől függően 5—20%.

Bodon György dr.

A cysto-urethrographia descendens. *L. Migliardi.* (Journ. d'Urol. 1935. 40. sz. 499. old.)

Az eljárás technikája a következő: a hólyagba 20%-os bariumsulfat-suspensiót fecskendünk be, amíg a beteg erős vizelési ingert nem jelez. Néha 300 ccm, sőt több is kerülhet befecskendezésre. Majd a betegről álló helyzetben, medencéjét 54°-ra elforgatva, vizelés közben egy vagy több röntgenfelvételt készitünk. Vizelés előtt a normalis hólyag nyaki része zárva van, csak vizeléskor nyilik meg és ekkor egy széles tölcsér alakját veszi fel, melynek basisa a hólyag felé tekint. A hátsó urethra két keskenyebb rész között egy kiszélesedett részt mutat, melynek közepén néha kis telődési hiány is látható a colliculus seminalisnak megfelelően. Nagyfokú prostata hypertrophia esetén a hátsó urethra, különösen a colliculus és a hólyagnyak között, megnyúlik, néha megszükül és lefolyásában szabálytalanságok láthatók. Kisebbfokú hypertrophiákban elváltozások nem láthatók. Érdekes képet ad ez az eljárás prostatektomisált betegről. Normalis egyének hólyagnyaka vizelés előtt mindig zárt. Prostatektomia után a nyak nyitott és széles szájadékkal bir. Húgycsőszükületek esetében a descendáló urethrographia bővebb felvilágositást tud nyujtani a szükület állapotáról, mint az ascendáló, mert az utóbbi esetben a szükült rész az izomzat görcse következtében egyáltalán nem telődik. A descendáló urethrographián a szükület alakja és foka jól megfigyelhető. Hólyagnyak megbetegedéseiben ennél az eljárásnál a hólyag csak egy igen keskeny, gyakran csak filiformis nyilással nyilik az urethrába, az egész hátsó urethra csak vékonyan telődik. Tuberculosisban a hátsó urethra rajzolata szabálytalan, gyakran refluxus is észlelhető a ductus ejaculatoriusokba és az ondóhólyagokba. Gyakran a hólyagnyak is tátong és az egész hátsó húgycső egy merev, szabálytalan, széles övet képez, mely egy állandó széles nyiláson át közlekedik a hólyaggal.

Bodon György dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Der Eiter im Bilde der Entzündung. *Erich Schneider* és *Ernst Widmann.* (Ferdinand Enke Verlag Stuttgart, 1936. 199. o. Ára: 10 M., kötve 11.60 M.)

E. Rehn freiburgi sebészeti klinikája mindig középpontja volt annak a kutatási iránynak, amely a sebészetet biologiai és vegyi nézőpontokkal gazdagitotta. Az előttünk fekvő munka a sebész és vegyész szoros együttmüködése révén keletkezett. Ez a körülmény nagyban hozzájárul ahhoz, hogy ez az általános érdeklődésre számottartó téma ilyen alaposan, minden oldalról megvilágitást nyert. A genyedés és a geny mibenlétét, valamint a fertőzéses folyamatban szerepét számos morphologiai, bakteriologiai és serologiai munka után, itt a kisérleti kórtan és physikalis chemia új szempontjaiból látjuk megvilágitva. Részletesen tárgyalja a szervezetnek mechanikai, vegyi, biologiai és mesenchymalis védelmi berendezkedéseit. Tájékoztat a fehérvérsejtek származása, a csontvelő védelmi feladatai, az általános és helyi fertőzés, valamint a gyulladás és fehérvérsejtbontás problemáiról. A geny molecularis pathologiai szempontból végzett tárgyalásának külön fejezetet szentel. A véralkatelemek és a geny szénhydrat, glykolitikus erjesztő, phosphor, kén és glutathion-tartalmáról érdekes adatokat közöl. Megvilágitja azokat az összefüggéseket, amelyek a vérfehérjék, a genyedés és a heparin között fennállanak. A geny proteolytikus és lipolytikus erjesztőiről, cholin, histamin és toxintartalmáról tájékoztat. Különös érdeklődésre tarthat számot, amit a genyedésnek vitaminokkal és hormonokkal összetévesztéséről ir. A kis monographiát élvezetessé teszi, hogy nem csupán irodalmi és tájékoztató adathalmaz, hanem igen érdekes és gondolatébresztő eredeti szempontokat is tartalmaz.

Klimkó dr.

Die Werke des Hippokrates. *Kapferer.* (7 rész. Die Natur, Konstitution des Menschen, Die Nahrung, Die Säfte. 85 oldal. 10 rész.: Die Krisen, Die kritischen Tage, Prognostikon. 75 oldal. — Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1936. — A gyüjtőmunka ára: 98 márka.)

Az orvosi tudomány újabban ismét a constitutio jegyében fejlődik tovább és igy nagyon is időszerü Hippokratesnek ezen tárgykörről szóló kis munkája, amely humoralpathologiai alapon bizonyitja, hogy a test nedveinek helyes összetétele eukrasiát, vagyis egészséget, helytelen összetétele dyskrasiát, vagyis betegséget jelent. S ha a testnedvnek helyébe az endokrin mirigyek váladékát, a hormonokat teszsük, akkor, mint már olyan sokszor, be kell ismernünk, hogy Hippokrates elmélete a legmodernebb szempontok szerint is teljes egészében megállja helyét. Ugyanez áll a táplálkozásról szóló fejezetekre, amelyekben megállapitja, hogy minden ételnek nem absolut, hanem csak relativ a tápláló értéke, mert ez nemcsak az étel összetételétől, hanem a beteg erőbeli állapotától, emésztőszerveinek müködésétől, korától, szokásaitól és a klimától függ. Itt is az az érzésünk, mintha a legmodernebb tankönyv ezirányú megállapitásait olvasnók.

A krisisekről és a prognosisról szóló füzetben hangsúlyozza Hippokrates, hogy az acut betegségek keletkezése és lefolyása kosmikus feltételekhez van kötve. Elsősorban meteorologiai, azután astronomiai hatásokra gondol itt, annak hangsúlyozása mellett, hogy a makrokosmikus tényezőknek nagyobb jelentőséget kell tulajdonitanunk, mint a hajlamnak és a constitutiónak, a prognosis felállitásában elsősorban a betegség tüneteinek juttat nagy szerepet és itt igazán mai szemmel nézve is megkapó Hippokrates éles judiciuma, amellyel ezeket súlyosságuk szerint csoportositja és értékeli.

Vajda Károly dr.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület május 2-i ülése.

Neuber E.: *A bőr gümös megbetegedései.* Az utóbbi évek vizsgálatai és megfigyelései kétségkívül amellett tanuskodnak, hogy a gümös bőrmegbetegedések túlnyomó része belső szervek tbc. bacillusainak disseminálása, vagyis endogen fertőzés következtében keletkezik. Az exogen fertőzés jóval ritkább s csak a börgümösödések bizonyos typusaiban szokványos. Ezeknek a megfigyeléseknek a birtokában dermatologiai körökben ma már az a felfogás alakult ki, hogy teljesen meddő és céltalan munka, ha kizárólag a gümösen megbetegedett bört kezeljük; a belső gócokat is meg kell gyógyítanunk, mert különben endogen fertőzés következtében a bőrön bármikor újabb gümös börjelenségek keletkezhetnek, sőt a meggyógyított börgümösödések sorvadásos vagy heges börfelületein is jelentkezhetnek recidivák.

A jövőben a dermatologusnak ilyen szempontokból egyéb szakorvosokkal, főleg azonban a belgyógyásszal szorosabb kapcsolatot kell fenntartania; igen természetes, hogy egyéb szakmabeliek sem függetleníthetik magukat a dermatologustól, mert exogen börgümösödésekből is keletkezhetnek belső szervek gümös megbetegedései.

A gümös börmegbetegedések elnevezése, beosztása és csoportosítása még ma is igen labilis talajon mozog, noha a histologia, a bakteriologia, a tenyésztés, az állatoltások, s az utóbbi időben a tuberkulin diagnostikum a gümös börbetegedések identifikálásában és osztályozásában igen szép eredményeket könyvelhet el. A börgümösödéseknek gyógyitását és megelőzését a jövőben teljesen új alapokra kell helyeznünk. Tekintettel arra, hogy a börgümösödések nagy része a pubertas idejében (14—15. körül) fordul elő s kb. a 25-ik életkorig az előfordulási arányszám növekedik, mindent el kell követnünk, hogy a gyermekek a súlysabb természetű belső gümös megbetegedéseket elkerüljék, vagy abból meggyógyuljanak, mert activ belső gümökóros folyamatokból keletkezik később a börgümösödésnek nagy része. E téren a praeventio kétségkívül a legerősebb és leghatásosabb therapia. A börgümösödések gyógyítására az egyetemi klinikák dermatologiai osztályai alkalmasak, bizonyos fokig a budapesti közkórházak börgyógyászati osztályai is, a vidéken e téren azonban igen siralmasak a viszonyok. Ha van is a vidéken néhány kórházi dermatologiai osztály, hiányzik mégis bennök a szakszerű felszerelés, s többnyire az iskolázott orvosi és ápolónői segédszemélyzet is. Amíg ezen segiteni nem tudunk — nehéz gazdasági viszonyaink következtében —, addig rendkívül nagy szolgálatot tehetnek a bőr- és nemibeteggondozók, ahol nemcsak a jelentkező betegség gyógyítása történik, hanem a beteg családtagok felkutatása is. A gondozók e téren a praeventio (sőt a therapia) szempontjából is rendkívül áldásos hatást fejthetnek ki.

Safranek J.: *A felső légutak gümökórja korszerű megvilágításban.* A felső légutak *elsődleges gümökórja rendkívül ritka,* úgyhogy gyakorlatilag a gümökórnak a felső légutakban megnyilvánulását a tbc. *másodlagos* jelenségének tekinthetjük. Pathogenetikailag két főtypusa van: a harmadlagos tüdőgümökórhoz *köpetfertőzés* útján társuló esetek és a generalisálódó tbc-hoz tartozó és a vér-, ill. nyirokpálya útján keletkező esetek csoportja. A generalisatio szakában jelentkező esetekben a localis elváltozásokban az erős gyulladásos reactio lép előtérbe. Domináló kórformája a *lupus.* Kedvenc székhelye a orrbemenet és az orrsövény mellső része: a tüdők felé centripetalisan terjed, lefolyása kimondottan chronikus, relative jóindulatú. A többi nyálkahártyatuberculosisok rendszerint a tüdők felől, centrifugalisan terjednek el. Súlyos haematogen szóródás alkalmával a külső gégegyűrűn hatalmas gyulladásos oedema mutatkozik, mely a subepithelialis, illetve submucosus kötőszövetben keletkezett *izzadmányos gyulladás* következménye. Kevésbbé súlyos esetekben a savós-sejtes izzadmány felszívódik s a *productiv szöveti visszahatás:* epitheloid- és óriássejtes gümök képződése lép előtérbe. Protrahált generalisatio eseteiben előfordulnak *tumorszerű alakok is.* Ez utóbbi formákkal szemben a védelmi erők leromlása vagy teljes csődje (negatív anergia) esetén *exsudativ-nekrotisáló* formák keletkeznek, főként a tertiaer phthisisek késői, ill. praeterminalis stadiumában. Ez eseteken kívül a harmadlagos gümökór koraibb időszakaiban is gyakori a gége tuberculosisa. A *nyilt tüdőgümökóros betegeknek több mint 25%-a betegszik meg gégetuberculosisban is.* E bronchogen fertőzés útján keletkező esetek praedilectiós helye a belső gégegyűrű. Keletkezésükben nagy szerepe van súlyos intercurrens betegségeknek. A harmadlagos gümökór rendkívül változatos fejlődésmenete és formái szerint a gégecomplicatiók is felettébb változatosak. A relative jóindulatú (productiv jellegű) tüdőfolyamatokhoz társuló esetek rendszerint hasonló jelleget mutatnak.

Kórszövettani készítményeken és a megfelelő gégetüköri képeken demonstrálja a *productiv* és az *exsudativ kórformák* jellegzetességeit. A tüzetes vizsgálat alapján nyert klinikai kép megítélésében az immunitásos, valamint a nem specifikus biologiai rectiók (qualitativ vérkép, vérsejtsüllyedés stb.) értékes támpontokat szolgáltatnak. Az ily módon nyert tüzetes *qualitativ diagnosis* szolgáltatja alapját therapiás mérlegeléseinknek.

Gyógyító eljárásainkat a szervezet és szövetei mindenkori reactióállapotához kell szabnunk. Egyaránt áll ez a tétel a specifikus (tuberculin) kezelésre, a chemotherapiás eljárásokra, a sugaras gyógyításra, valamint a sebészi beavatkozásokra is. Utóbbiak közül a gyógyító célból végzett külső radikális gégemütétek teljesen háttérbe szorultak. Az endolaringealis beavatkozások közül a galvanokaustikás eljárások inkább felelnek meg a korszerű felfogásnak (reactiokezelés), mint a véres műtétek. Az ingertherapiás eljárások közül az utóbbi évtizedben a *fénykezelés* és a *röntgentherapia* került az érdeklődés előterébe. Az elérhető eredményeket röntgenbesugárzással kezelt esetek sorozatos képeivel illustrálja. Több mint 400 ilyen esetében a túlnyomóan productiv jellegű gégefolyamatoknak közel 70%-ában tartós klinikai gyógyulást ért el. A localis kezelési eljárások mellett az az *általános és tüneti kezelés* (dysphagia leküzdése!) kiváló fontosságú. A gégegümökórban szenvedők legnagyobb része a legveszedelmesebb bacillusköpködő! Csakis intézetekben, illetve megfelelő kórházi speciális osztályon lehet egyrészt kedvezőbb gyógyulási eredményt elérnünk, másrészt a hygiéne és prophylaxis követelményeinek eleget tennünk.

A Budapesti kir. Orvosegyesület Otologiai Szakosztályának ápr. 24-i. ülése.

Wein Z.: *Gradenigo-féle tünetcsoport mütéttel gyógyult* Róbert upsalai Nobel-díjas otologusról, valamint *Tweedy* nottinghami professorról, aki sokszor adott kifejezést magyarbarát érzelmeinek.

Germán T.: *Abducens hüdéssel szövődött sziklacsonttörés esete.* 10 éves fiú két méter magasból bal csúcsnyulványára esett, elájult, három napon át hányt, bal füléből erősen vérzett. A nagyfokú hallászcsökkenést dobüregi vérzés idézte elő. A röntgenvizsgálat a sziklacsont pyramisának alapján, az eminentia arcuatától lateralisan haránytirányrepedést mutatott, a labyrinth sértetlen volt. A harmadik napon enyhe centralis jellegü facialis paresis és teljes abducens hüdés jelentkezett, melyet minden valószinüség szerint extraduralis vérömleny idézett elő. A bénulások 10 nap alatt visszafejlődtek, négy hét alatt teljes gyógyulás következett be. Mütét nem történt. Érdekes, hogy a baleset előtt is fennállott, kancsalságot előidéző kisfokú abducens paresis megszünt, ami az ideg még fokozott izgalmával magyarázható.

Wein Z.: *Gradenigo-féle tünetcsoport mütéttel gyógyult esete.* 10 éves fiút mutat be, akinek jelentkezése előtt egy héttel kancsalság jelentkezett, kettős látással. Azelőtt 4 héttel balodalon középfülgyulladása volt, amelynek megszünte után 1 hétig tejesen jól érezte magát. Felvételkor a bal abducens müködésképtelen. Dobhártya szürke, csak a hátulsó felső quadransban kissé belövelt. A bal fül mögötti tájék bőre kissé duzzadt. Hallás: nyomatékos suttogó beszéd 2 m kifejezett hangvezetési zavar. A röntgenfelvétel kiterjedt árnyékolt baloldali mastoid-üregrendszert mutat. Másnap antrotomia; a részben beolvadt sejtek genyes nyákot tartalmaznak. A sima sebgyógyulás 6 hét alatt befejeződik. Az abducens hüdés csak a mütét utáni 4-ik héten kezd javulni és még most, 4 hónap után sem tökéletes. A kettős látás elmult. Az eset érdekességét abban látja, hogy a heveny középfülgyulladás látszólagos gyógyulása és 1 heti teljes panaszmentesség után hirtelen jelentkezett az abducens bénulás, melynek oka a lappangva fejlődött mastoiditis.

Kepes P.: *Gradenigo* a pyramis csúcsának a megbetegedésében keresi ilyen esetekben az abducens hüdésének az okát. A Gradenigo-féle tünetcsoport közül a frontoparietalis fejfájásnak az volna a jelentősége, hogy a pyramis csúcsának a megbetegedésére utalna. A bemutatott esetben azonban a Gradenigo-féle tünetcsoportból csak az acut otitis és az abducensnak a hüdése volt meg.

Liebermann T.: Csatlakozik *Kepeshez.* „Gradenigo-complex"-hez az erős trigeminalis fájdalom hozzátartozik, amely a Gasser-duc megbetegedésére enged következtetni.

Pogány Ö.: A pyramiscsúcs megbetegedéseinek a diagnosisnál a röntgenleletet csak nagy óvatossággal lehet értékelni. „Gradenigo tünetcsoport" oka sokféle path. elváltozás lehet. Csatlakozik *Germán* esetében a ő felfogásához, hogy a kórokozó haematoma volt. A n. abducens sokkal nagyobb területen fekszik szabadon a koponya alapon, mint a n. facialis és acusticus és így jobban ki van téve a különböző inzultusoknak.

Wein Z.: Esetét azért nevezheti joggal Gradenigo-tünetcsoportnak, mert annak 2 objectiv jellemzője, az acut otitis mastoiditissel és az abducensbénulás megvolt; a fájdalom a felvételkor ugyan hiányzott, de megemliti, hogy a szembénulás jelentkezésekor a betegnek heves fejfájása volt egy éjszakán át.

Váró G.: *Acut otitis 3. hetében jelentkező hátsó felső fal süppedés mastoiditis nélkül.* 23 éves nőbeteg acut otitisének 3. hetében kerül megfigyelésre. A hallójárat hátsó felső fala nagymértékben süppedt. Wassermann reactio: ++++. A süppedés magyarázatául vagy nem specifikus nagyobb reactiót tételezünk fel a lueses szervezet részéről, amely magától visszafejlödik, ha az otitis is meggyógyul; vagy mint locus minoris resist. helyen specifikus periostitis képződött.

Kántor J.: *A heveny fertöző betegségekhez társuló otogen agyhártyagyulladásokról 4 gyógyult eset kapcsán.* (Kézirat nem érkezett.)

Magyar Orvosok Röntgen Egyesülete ápr. 1-i ülése.

Rencz A.: *Stereoarteriograph.* A csupán kétsikú kép az arteriogrammok értékelésében sokszor elégtelennek bizonyult, ezért előnyös a stereofelvételek készitése. Az arteriographiás felvételekben természetesen számolnunk kell azzal a körülménnyel, hogy az arteriákba adott contrastanyag csak kellő concentratio mellett és csak az adagolás alatt rögzithető meg. Számolnunk kell továbbá azzal a körülménnyel is, hogy a két félkép lehetőleg ugyanazon körülmények között készüljön, azaz egyazon telődési viszonyokat nyujtson. Ha az I. és II. félkép között csak néhány másodperc telik is el, akkor a két félkép telödése között már nagy különbség látható. A hosszú felvételi idő, mely a két felvétel között eltelik, nagymennyiségü contrastanyag beadását tenné szükségessé. Mindkét utóbbi körülmény folytán az eddigi használatban lévő stereoskopos berendezkedéseket alkalmatlannak találta és erre a célra készüléket construált, melynek készítésénél a főszempontok a következők voltak: 1. hogy minden normalis berendezéshez hozzászerelhető legyen, 2. hogy universalis legyen, tehát egyéb stereofelvételek készitésére is alkalmas legyen, 3. hogy a két félkép expositiója gyorsan kövesse egymást. Stereoberendezésében két darab fixen beépitett röntgenlámpát használ, melyek mindkét felvételkor üzemben vannak és elektromosan kormányzott kissúlyú ólomernyö gondoskodik arról, hogy a két felvétel alkalmával mindig csak a megfelelő lámpából jövő sugár használtassék fel. A második lámpa részére külön fütötransformátor és második mA. mérő szükséges. Az egészet egy motorosan meghajtott specialis kapcsoló és vezérlő óra kormányozza, mely alkalmas századmásodpercek kapcsolására. Az egyes elemek müködése oly pontosan és precizen követi egymást, hogy a bekapcsolás pillanatától a vezérlőóra előfutásaival, az expositiós időkkel, a kazetta váltással együtt a stereoskopikus felvételek 0.4 másodperc alatt befejeződnek. A szerkezet egyébként 40x40-s váltókazettával kapcsolatosan is müködtethető, miáltal nagyobb testrészek stereoskopos felvétele is lehetséges.

Kelen B.: Kérdi, hogy miért használtak contrastanyagnak thorotrastot, holott ez mint oldhatatlan vegyület lerakódik a lépben és egyéb reticuloendothelialis szövetekben, innét többé nem távozik el és nem kivánatos radioactiv hatást fejt ki. Ez a hatás igen kicsi ugyan, de az élet egész lefolyása alatt tart. Célirányos lenne az arteriographiát uroselectánnal vagy egyéb, a szervezetből kiürülő contrastanyaggal megkisérelni.

Rencz A.: *Löw* és *Jacobi* több mint száz vizsgálatot végeztek thorotrasttal és ártalmas mellékhatást nem észleltek. A thorotrast intensiv árnyékot ad és csupán 5—6 ccm-t kell adni arteriographiához. Az uroselectán állitólag érspasmust okoz s vizsgálataiban nem alkalmazta.

Erdélyi J.: *A hypophysistáj daganatainak röntgenkezelése.* Foglalkozik a röntgensugárnak a daganatra, a daganatot körülvevö normalis idegszövetre, a hypophysis belső secretiós müködésére, a capillarisokra, a plexus chorioideus epithel sejtjeire, az agykamra ependymájára, utóbbiakkal kapcsolatban a liquor elválasztására gyakorolt hatásával. A hypophysis és a hypophysistáj daganatait két csoportban ismerteti. Az első csoportba a hyperfunctiós tüneteket, akromegaliát, vagy gigantismust okozó eosinophil adenomákat sorolja. Ezekben a röntgenkezelés minden egyéb kezelés elé helyezendő, 12 év anyagából 37 akromegaliás beteg sorsáról számol be. Ezek közül 18 ma is munkaképes. A második főcsoportban a hypophysis müködését csökkentő és idegrendszeri tüneteket okozó daganatok tartoznak. Ezek között leggyakoribb az Erdheim-féle daganat vagy craniopharyngioma és chromophob adenoma. A hypophysistáj daganatai közül föleg a chiasma-glyomával, suprasellaris meningiomával és a metastasisos daganatokkal foglalkozik. A második főcsoportba tartozó daganatokban a röntgensugárzás eredménye lényegesen kevesebb. 45 betegen nyert tapasztalatai szerint az operált betegeknek több mint fele meghalt, eredmény csak ¼ részében mutatkozott. Végeredményben a kedvezőtlenül reagáló esetek többségében a hydrokephalus hosszabbrövidebb ideig tartó csökkentésével ért el átmeneti javulást. Ismerteti a dystrophia adiposogenitalis, a hypophysis eredetü kachexia, törpenövés esetén várható eredményeket. Akromegalia több esetében észlelte, hogy a sella normalis mésztartalma ismét visszatért. A besugárzás kapcsán jelentkező ártalmas hatások közül föleg az úgynevezett korai reactio a legveszélyesebb. Ez a két fötényezőtől függ. Az egyik a már meglévő fokozott nyomás nagysága, másik az alkalmazott sugármennyiség. Az utóbbi helyes megválasztásával a veszedelmes méretü korai reactio elkerülhető. Végül a szem röntgenártalmával és az I. sz. belklinikán alkalmazott besugárzási technikát ismerteti.

Kelen B.: Köszönetet mond minkét előadónak értékes tanulmányukért.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika Orvosai Tudományos Társulásának március 18-i ülése.

Bemutatások:

Frenkel L.: *A cseplesz idült gyulladásos daganata.* Betegén 1½ évvel előbb appendektomiát végeztek. A mütéti hegben fájdalmak jelentkeztek és a hasfalon át ökölnyi tumor volt tapintható. Schlosser tumor diagnosisát állitották fel, amit a mütét igazolt. Ismerteti a Sch. tumor szövettani képét. Mütétet ajánl.

Hollós L.: *Uj müfogás a patellareflex kiváltására.* Fekvő betegen, optimalis helyzetbe hozva a vizsgálandó alsó végtagot, (a hajlitás és feszités közti középállásba) ugyanakkor a másik végtagot vizszintes helyzetben hagyva, felszólitja a beteget, hogy vizszintesen hagyott alszárának sarkát lassan húzza végig a lepedőn, miközben az természetesen mindinkább közeledni fog a vizsgálandó végtag enyhe tompaszögéhez. E lassu mozdulat végefelé alkalmazza az ütést az optimalis helyzetben elhelyezett végtag quadriceps ínára. Azonos segmentumok által beidegzett izomcsoportokon végzett ellentétes irányú mozgás igen alkalmasnak látszik arra, hogy egyrészt az optimalis izomtonust hozza létre, másrészt kiküszöbölje az álreflex lehetőségét.

Ranschburg P. és Lobmayer G.: *Operált gerincvelői tumoresetek további sorsáról.* Mi a további sorsa azon gerincvelői tumorbetegeknek, kik a mütétet túlélik és sebészileg gyógyulva, neurologice valamennyire javulva hazakerülnek? A Poliklinikán az utolsó 7 évben számos ily tumorbetegből ott összesen 5 került mütét alá. Ebből 4 a mütétet túlélte, de az egyik, kin a tumor csak részben volt eltávolitható (intraduralis subcaudalis nagy sarkoma) 8 héttel a mütét után exitált. A többi 3 nőbeteg, a 37 ill. 51 éves kor között állott és mütét előtt a legsúlyosabb motoros paraplegia, érző és hólyag- ill. végbélhüdéses állapotban volt. Kezdő tüneteik legalább fél, háromnegyed, ill. három évvel a kórházi felvétel előtt kezdődtek, s a gerincvelő ennek megfelelően mütéti feltáráskor mindháromnál mindenképpen súlyosan megviselt benyomást tett. Az elsőről, kit az irodalomban 1931-ben közölt *Krausz Sára dr.*-né, s kinél osteofibroma psammosumnak bizonyuló szilvamagnyi csontkemény növedék volt található intraduralisan, csak most 5 év multán kaptak hirt. Hazatávozásakor csak néhány lépést tudott kétoldalt támaszkodva megtenni. Orvosa szerint komoly javulás csak félév mulva kezdődött, ma ellenben teljesen egészséges, összes házimunkáit zavartalanul végzi, süt, főz, dagaszt, mos, meszel, kapál. Objective: összes tünetei megszüntek, csak lehajláskor érez néha némi szorító övérzés-félét. A második beteg felvétele-

kor 51 éves volt, s előzőleg 8 évvel fibroma uteri permagn. miatt radikalmütéten esett át. Hüdéses tüneteinek kezdete felvétel előtt három évre megy vissza, súlyosodásuk félévre. A daganat extraduralis endothelioma psammosum volt. (Korényi). A mütét 1933. júniusban történt s a kórházból távozásakor szintén csak kétoldalt támogatva tudott pár lépést megtenni. Azóta 1934-ben hólyagkövet áprilisban, a bal veséjét pedig októberben eltávolították. Tavalyi bemutatáskor két botra támaszkodva jött be, de azok nélkül is tudott 8—10 lépést megtenni. Ma már egy—másfél órát egyedül egyfolytában is jár, komissiózik, emellett egész napon át otthon tevékenykedik, s ma már leülés nélkül főz. Jobb bokája járáskor még nem tökéletesen biztos; ennek ellenére lépcsőn is kezd már járni. Két és háromnegyed évvel a mütét után 80%-ban gyakorlatilag is gyógyultnak és munkaképesnek mondható. A harmadik beteg felvételkor 37 éves, óraszámra zavartalanul és fáradás nélkül jár-kel, s házi teendöit zavartalanul végzi. Gyakorlati szempontból 100%-ban gyógyult. Jelenleg 15 hónappal van a mütét után, mely esetben intraduralisan a fehérállománnyal egybekapaszkodott, ebből nehézségekkel kiirtható osteo-endothelioma psammosumot találtak nála (Korényi). Csekélyebb paraesthesiák néha még zavarják. A gyógyulás sebészileg pár héten belül befejeződött, neurologice ugyanannyi idön belül az egész vonalon kifejezetten megindult, de a súlyosan sértett pályáknak az élet követelményeihez elegendő helyreállítása legalább fél-, két esetben több évet követelt. Az eredmények világosan bizonyitják gerincvelői tumorok lehetőleg korai, de még relative elkésett progrediált állapotban történő mütéti megközelitésének, ill. eltávolításának jogosultságát, sőt a tumor jóindulatú természete esetén — gyakorlati szempontból is jó prognosisát.

A Szegedi Tud. Egyet. Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának április 4-i ülése.

Bemutatás:

Kovács Ö.: *Világra hozott szervi szívbajban* szenvedő kéthéves leánygyermeket mutat be, aki születése óta cyanotikus és naponta ismétlödő súlyos dyspnoes rohamai vannak. A klinikai és röntgenvizsgálat alapján a betegséget közelebbről ventricularis septumdefectussal, esetleg még a ductus Botalli nyitvamaradásával szövődött pulmonalis stenosisnak tartja.

Előadások:

Csajághy M.: *Féloldali arcsorvadás:* Féloldali arcsorvadás esetét ismerteti, amelynek az az érdekessége, hogy a betegség kezdetén jelentkező baloldali arcfél duzzadását, lilás-piros elszineződését mint sympathicus izgalmi tünetet épp úgy módjában volt észlelni, mint a két év multán jelentkező arcfélsorvadást és sklerodermiát, amely mint sympathicus bénulási tünet fogható fel. — Ezenkivül Horner tünetcsoport és a trigeminus területére localizálódó érzészavar, a nyelv balfelének sorvadása és izlészavar voltak jelen. — A sorvadt és sklerodermiás arcfélen az izzadás és a faggyu elválasztás hiányzott. — A nyaki sympathicus ganglion -s a trigeminus, illetve Gasser duc együttes elváltozását teszik valószinüvé a tünetek. Therapiás szempontból a Gasser duc röntgen besugárzását kisérelte meg.

Szentkirályi Zs.: *Ló-rühesség emberen:* Lórüh atka (acarus siro varians equi) által okozott bőrelváltozásokat ismertet az esetek képeinek vetitésével. Bemutatja az egyik betegen talált kórokozót is.

Hámori A.: *Pernocton a strychninmérgezés gyógykezelésében:* A szerző kb. 200 mgr strychninum nitricum bevétele után oly súlyos mérgezést észlelt, mely minden valószinüség szerint a görcsök következtében a III. ill. a IV. hátcsigolya összenyomódásához vezetett. Esetében kóros reflexeket is ki lehetett mutatni. A beteg pernocton bódulatban meggyógyult.

A Debreceni Orvosegyesület március 12-i ülése.

Bemutatás:

Benedek L.: és **Thurzó J.:** *Villámcsapás által előidézett gyöki jellegü polyneuritis.* — A villámcsapás által okozott idegrendszeri ártalmak között ideggyöki izgalmi jeleségekkel járó kórkép és peripheriás neuritises tünetek igen ritkák. Gyakran a villámcsapás éppen úgy, mint az erös villanyáram csapás neurotisálólag hat. A kórkép ezért a traumás neurosis tünetei által átszött. Kártalanitási igényjogosultság esetében a psychogen tünetek teljesen átszövik a kórképet. Kóresetünkben a villámcsapás után öntudatvesztés állott fenn, mint kezdeti agyi tünet. A teljes bénulása az alsó végtagoknak csak rövid tartamú volt. A jobboldali lumbosacralis ideggyökökre vonatkozó izgalmi jelenségek szinte ischiásos jellegü fájdalmat okoztak, amely 6—8 héten keresztül fennállott. Az érzéseltérések kifejezetten a n. peroneus superficialis beidegzési területére vonatkoztak a jobb oldalt. A villámcsapás által okozott idegrendszeri tünetek létrejövetelét és lényegét tárgyalják részletesen.

Előadás:

Máday I.: *Életmódszabályozás.* — Az orvosi tudomány legmodernebb ága: a betegségek megelőzése, az egészségtan, az élet valóságos meghosszabbitása. Az iskolai egészségtan tanitást meg kellene reformálni: főtárgya az élet meghosszabbitása *(Hufeland* Makrobiotikája) volna. Ennek az új tudománynak az alapja az emberi szükségletek alapos tanulmányozása lesz; alvás, táplálkozás, testi mozgás, szellemi foglalkozás, nemi élet. Mindegyik szükségletnél megkülönböztetjük az objectiv hiányt és ennek subjectiv megérzését: a vágyat. Vannak erötermelő szükségletek és erőfogyasztók. Objective mindegyiket külön-külön kell szabályozni: az erőgazdálkodás mérlege szempontjából és subjective az élvezetfájdalom mérlege szempontjából. A cél, hogy mindkét mérleg némi felesleget, nyereséget mutasson. A kutatás célja, hogy nem csupán általános emberi érvényü törvényeket állitsunk fel, hanem felismerjük a különböző typusokat is és majd typusonként más-más életmódot ajánlhassunk. Különösen fontosak a fogyatékos typusok, mint pl. a szivbeteg, érelmeszesedésben szenvedő, hülésre hajlamos (rheumás), érzékeny gyomrú, ideges ember typusa. Az előadó ajánlja központi kutató laboratoriumok felállitását, mely egyrészt kisérleti, másrészt adatgyüjtő (statistikai) módszerrel dolgozik, mellette központi tanácsadó állomás volna, melyben erre a tevékenységre különösen kiképzett orvosok müködnének. A háziorvosi intézményt is újra meg kellene valósitani.

Március 19-i ülés.

Bemutatások:

Bäcker I.: *Az arteria poplitae traumás eredetü aneurismája.* Az értágulat hajlított izülettel térdre esést követő hirtelen felállás után keletkezett közvetlenül. Felveszi e rögzített verőérszakasz hirtelen megfeszitett falának az adventitia alatti repedését. A kórkép klinikájából kiemeli az elkülönitő kórismézés fontosságát a térdárki tályogokkal szemben. A gyógyitás idealis módja a mütét, mely az aneurysmazsák teljes kiirtását és a verőér folytonosságának visszaállitását célozza. Minden eshetőségre számitva, a mütéttel várnunk kell a collateralis keringés fejlödéséig. E szempontból nagy fontosságot tulajdonit *Hüttl* által bevezetett arteriographiának. Esetében a Rencz-féle stereograph-fal készitett arteriogramm idealis tájékoztatást nyujtott az aneurysmazsákról, a szomszédos érszakaszokról és a collateralis verőérhálózatról.

Schmidt L.: *Intrapulmonális dermoid cysta mütéttel gyógyult esete.* 22 éves férfibeteg mütét előtt félévig betegeskedett: melle fájt, köhögött, bő genyes köpete volt, haemoptoe nélkül állandóan lázas volt, fogyott. Köpetében sok genysejt és vegyes bakteriumflora volt, Koch negativ. Röntgen j. o. elül, alul, a szív mellett, alapjával a szivérárnyékra fekvő, tenyérnyi nagyságú, szabályos félgömbszerü, belsejében inhomogen árnyékot mutatott. A lelet valószinüvé tett a mediastinalis, tüdöbe áttört dermoid cysta diagnosisát, de nem lehetett kizárni az echinococcust és tüdötályogot. Kétszakaszos mütétet végzett. Először resecálta a j. III. és IV. borda elülsö részeit a sternumszélig, majd a szabad pleurarés miatt extrapleuralis plombát helyezett be. Három hét mulva eltávolitotta a plombát és a daganatra fekvő elülsö tüdőszélen áthatolva, radicalisan kiirtotta a kétökölnyi bronchusba áttört dermoid cystát, melyet medialisan a perikardiumról, lent a rekeszről, egyebütt a tüdőből kellett kifejteni. A beteg zavartalanul gyógyult, teljesen panasz és tünetmentes. A cystában ¾ kg-nyi ateromás pép és szörtömeg volt. Histologice bidermomának bizonyult, ekto- és mesodermalis szövetelemekkel. A továbbiakban a mediastinalis teratomák ontologiájával, tünettanával foglalkozik és minden esetben feltétlenül a korai mütétet tartja szükségesnek.

Hüttl T.: *Mamma plastica.* (Kézirat nem érkezett.)

Benedek L. és Hüttl T.: *Haemangioma cerebri újabb operativ gyógymódjáról — kórismézett és mütéttel igazolt eset kapcsán. A stereoarteriographia kórismei jelentősége.*

Bemutatják angioma racemosum s. cirsoideum-ban szenvedő betegüket, akin a diagnosist a stereoarteriographia tette lehetővé, amely utóbbi a thalamust is bántalmazó hemisphaerium-tumor tünetegyüttesét feltüntető csoport rendszerében helyet foglaló és a környezet angiotopographiáját is deformáló érdaganatot pontosan localisálni engedi és egyszersmind az ép oldali feltöltés által azt a feltételt is igazolja, miszerint az angioma vérellátásához tetemes quantummal a túloldali arteria cerebri anterior is hozzájárul. Mindez érthetővé teszi azt a körülményt is, hogy az eszközölt carotis interna-ligatura után is az edényzörej, bár tetemesen csökkent mértékben, még fennáll. A korodai syndroma egyébként, mint részben fajlagos tüneteket: az arteria temporalis superficialis elős dilatatióját, a carotis communis és interna törzsének fali hypertrophiáját tüntette fel. A carotis-ligatura után lényeges javulás következett be, amennyiben az intensiv fejfájások teljesen megszüntek, másrészt a haemiparesis tünetei is nagyfokban javultak a centralis haemialgiákkal és járásképességgel együtt.

VEGYES HIREK

Személyi hirek. A Kormányzó Úr Ő Főméltósága *Bulyovszky Gyula dr.* kiskunmajsai községi orvosnak átlagon felüli háborús teljesítménye elismerése képen az ezredorvosi címet adományozta. — A főpolgármester a székesfőváros közkórházainál üresedésben levő urologiai sebészfőorvosi állásra *Minder Gyula dr.* egyet. magántanárt nevezte ki. — *A Magyar Katona Irók Köre* folyó évi március hó 25-én tartott évi tagválasztó közgyülése, az egészségügyi irodalom terén kifejtett munkálkodásuk elismeréséül *Csukás Béla dr.* I. oszt. főtörzsorvos, *Franz Géza dr.* II. oszt. főtörzsorvos, egyet. m. tanár és *Héjja Pál dr.* ezredorvos urakat egyhangúlag rendes tagjának választotta, e választással az orvosi kar iránt érzett tiszteletének és elismerésének akarván kifejezést adni.

Halálozás. *szádvári dr. Lükő Béla* szatmári állami kórház igazgató főorvosa, május 2-án életének 53. évében elhunyt.

Dalmady Zoltán emlékére érmet veretett az Orsz. Balneologiai Egyesület, mit a korán elhunyt kitünő orvosnak és balneologusnak, a természet hűséges 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 elökelő müvészetét, 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 háromnapos kongressust tartott a Balaton mellett, melyen Budapestről közel százan vettek részt *Vámossy Zoltán* professor elnök és *Frank* Miklós főtitkár vezetésével.

A kongresszus első üléseit *Keszthelyen* és *Hévizen* tartották. A tudományos nagygyülést *Vámossy* Zoltán professzor nyitotta meg. *Schulhof* Vilmos a hévizi tó környékének geológiáját, a források eredetét, radiumaktivitását és különleges tulajdonságait ismertette, majd *Schulhof* Ödön azokról a megfigyelésekről számolt be, amelyeket a beteg és egészséges fürdöző vérkeringésének s vérösszetételének vizsgálata közben gyüjtött. *Moll* Károly a hévizi gyógyfürdözés javaslatairól értekezett, utána *Belák* Sándor, *Rausch* Zoltán és *Benczur* Gyula s mások hozzászólása után véget értek a tanácskozások.

Másnap reggel Balatonfüredre utaztak a kongresszus résztvevői, akiket *Gácser* József Szent Benedek-rendi főkormányzó és *Schmidt* Ferenc igazgató főorvos üdvözölték. A kongresszus külföldi és hazai résztvevői megtekintették a balatonfüredi fürdő új nagy építkezéseit, majd délután a második tudományos nagygyülést tartották. Bevezetőül *Kelemen* Krizosztom pannonhalmi főapát mondott beszédet, amelyben az orvos tudomány nagy jelentőségét fejtegette. Utána *Dányi* Mihály a Lukács-fürdő új fürdőkórházában végzett megfigyeléseiről beszélt, *Schmidt* Ferenc pedig a Balaton gyógyintézeteiről, fürdöiről és különleges értékeiről, elsősorban meleg és szénsavas forrásairól tartott előadást. *Réthly* Antal a Meteorologiai Intézet igazgatója „A napfény tartama a Balaton mellékén" címmel adott elő. *Aujeszky* László pedig a balatoni vizsport-balesetek meteorologiájáról tartott előadást. Az esti ülésen *Gácser* József az orvosok és a fürdők kapcsolatairól beszélt.

Vasárnap délelőtt a kongresszus tagjai Balatonalmádiba hajóztak, ahol *Tormay* Béla vezetésével egy órát töltöttek, majd utána Kenesére hajóztak, hol a Székesfővárosi Segítő Alap látta vendégül a kongresszus tagjait.

Délután a gazdasági osztály nagygyülése következett. Elsőnek *Bánlaky* Géza elnök a magyar fürdők fejlödését ismertette, s közölte hogy a jövő szezonra kb. 500 új szoba készül, Debrecenben új nagyerdei szálló épül, Hajduszoboszlón Harkányban, Pécs mellett a Mecseken és Sopronban is új szállókat emelnek. Ismertette az elnök azt is, hogy a Margitszigeten kétmillió pengő beruházást jelent a Közmunkatanács nagyszabású új terve.

Ezután *Tormay* Géza államtitkár „A Balatonfejlesztés gazdasági hatásai" címmel tartott előadást és az új balatoni célkitüzésekről szólva, utalt a statistikára, mely szerint a balatoni látogatók száma három év alatt több mint kétszeresére, a külföldiek száma pedig ötszörösére emelkedett.

A nagygyülés után az egyesület tartott *Vámossy* professzor elnökletével közgyülést.

Megalakult Szegeden a MONE-Kamarapárt. Április 26-án alakult meg a szegedi kamara területére a *MONE* kamarapártja a MOOSZ orvosotthonában, amelyet zsúfolásig megtöltöttek a kamara területéről összesereglett MONE-tagok. A pártot *Avarffy Elek*, a MONE alelnöke üdvözölte, akinek szavait nagy lelkesedéssel fogadták a MONE tagjai. Utána vitéz *Csik László*, a MONE Országos Kamarapárt ügyvezetője fejtette ki részletesen a programmot, amelyet a nagygyülés egyhangúan magáévá tett. *Debrő Péter* és *Bukovánszky László* főorvosok felszólalása után *Göllner Lajos* egyet. magántanár javaslatot tett a tisztikar megalakulására. Elnök lett *Berecz János* egyet. ny. r. tanár, alelnökök *Kovács Ödön* és *Szlavik Péter* főorvosok, főtitkár *Halasy Antal*, titkár *Pataky Dezső*, pénztáros *Szegeczky Dezső*.

A III. nemzetközi fénycongressust *W. Friedrich* elnöklete alatt ez év szept. 1—7-én *Wiesbaden*-ben tartják. Tárgysorozatán biophysikalis, bioklimatikus és biologiai fénykutatások, valamint photobiologia és photopathologia szerepelnek. Tagja lehet minden orvos physikus, meteorologus.

PANTAL A hashajtók ideálja az orvosok PANTAL-ja! CHINOIN

Tagsági díja 20 márka. Jelentkezni lehet júl. 15-ig a főtitkárnál (*H. Schreiber*, Berlin, NW. 7. Robert Koch-Platz 1. Institut für Strahlenforschung). Előadások jún. 15-ig jelentendők. Bővebb felvilágosítással szolgál a Magyar Fénykutató Bizottság titkára: *Rajka dr.*, IV. Irányi-u. 5.

Darányi Gyula dr. egyet. ny. r. tanár, az orvosi facultas dekánja, május 3-tól május 19-ig balkáni utat tesz. A bolgár egészségügyi hivatal és a sophiai egyetem meghívására május 3-án Sophiába utazik, ahol a tudományos Akademián előadást tart a közegészségügy fejlődéséről, a történelem előtti időktől kezdve egészen napjainkig. Előadását nagyszámú vetített képpel kíséri és végül bemutatja Budapest fürdőváros kitünő filmjét. Bulgáriai tartózkodása alatt előkészít egy bolgár-magyar orvos-congresszust Várnában, megbeszéli továbbá a bolgár orvostanhallgatók budapesti kiképzésének jobb kiépítését. Az utat felhasználja arra is, hogy az ottani egyetem rectora és a hygiene professora felkérésére előadását a konstantinápolyi egyetemen is megtartsa.

Orvosok pünkösdi kirándulása. A Budapesti Orvosok Turista Egyesülete pünkösdre az alábbi kirándulásokat vette tervbe: a) Balatonlellére. Összköltség körülbelül P 25.—; b) Pécs és a Mecsek megtekintése körülbelül P 25.— költséggel; c) A Visegrád—Nagyvillámhegy-i orvosturista otthonban, napi négyszeri étkezéssel, hideg-meleg folyóvizes szobában teljes ellátás napi P 5.80. — Előzetes jelentkezés a Phönix biztositó idegenforgalmi osztályánál: V., Mária Valéria utca 10.

Orvosdoctorrá avattattak a pécsi Tudomány Egyetemen április 29-én: *özv. dr. Gáspár Ferencné Bánd Sári, Bodosi Mihály, Várnai Pál, Reisner György, Adler László, Salgó István, Kamarás József, Mandel Sándor.* Üdvözöljük az új Kartársakat!

Tuszkai Ödön dr. ezévi orvosi működését Marienbadban megkezdte.

Orvosi közlemények franciára fordítását vállalom. Cím a kiadóban.

Kimutatás 1936 ápr. 26-máj. 2-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	1	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—
3. Baranya	251.620	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	3	2	6	—	—
4. Békés	335.874	—	—	2	—	5	—	2	—	—	—	—	1	52	—	3	—	—
5. Bihar	180.415	—	—	—	—	2	1	1	—	—	—	—	—	49	—	4	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	1	—	—	—	3	—	3	—	—	1	—	—	18	1	1	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	—	1	2	—	—	—	3	—	1	—	—	—	11	—	—	—	—
8. Csongrád	148.353	—	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	33	—	—	—	—
9. Fejér	231.165	4	1	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	182	1	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	144	1	—	—	—
11. Hajdu	182.047	1	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	38	—	—	—	—
12. Heves	322.207	4	1	—	—	2	—	4	—	—	—	—	—	4	—	—	1	1
13. Jász-NK.-Szolnok	420.142	2	1	—	—	8	—	8	—	—	—	1	—	59	—	1	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	1	—	—	—	1	—	6	—	—	—	—	—	16	—	—	—	—
15. Nográd és Hont	227.958	1	—	—	—	2	—	4	—	—	—	—	—	66	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,437.226	10	—	3	—	22	1	39	—	—	—	1	—	94	1	2	—	—
17. Somogy	389.792	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	101	—	5	—	—
18. Sopron	143.128	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	1	2	—	—	4	—	3	1	—	—	—	—	18	—	13	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4	—	41	—	—
21. Tolna	267.133	—	—	—	—	6	—	12	1	—	—	—	—	41	—	—	—	—
22. Vas	273.776	1	—	—	—	2	—	7	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—
23. Veszprém	246.551	3	—	—	—	7	—	5	—	—	—	1	—	37	—	—	—	—
24. Zala	368.371	4	—	—	—	1	1	2	—	—	—	—	—	57	—	13	—	—
25. Zemplén	149.043	4	—	—	—	4	—	7	—	—	—	—	—	20	—	—	—	—
I. Baja	29.791	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1.035766	9	1	10	—	33	1	61	—	—	—	—	—	125	—	—	—	—
III. Debrecen	122.825	1	—	—	—	3	—	4	—	—	—	—	—	13	—	2	—	—
IV. Győr	50.828	—	—	—	—	1	4	4	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.659	1	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	33	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.399	—	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	1	—	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
VIII. Pécs	67.527	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	1	4	2	—	—
IX. Sopron	36.023	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.287	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	20	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen:	8,898.367	52	10	17	—	130	5	202	3	1	2	6	1	1262	10	93	1	1
Előző évben:		36	6	19	4	163	11	198	2	4	5	1	—	996	26	41	—	—

HETIREND

A Budapesti Királyi Orvosegyesület május 9-én délután 6 órakor tartandó ülésének napirendje. Előadás: *Horay Gusztáv:* A szem tuberculosisa. Hozzászólások a gümökór-cyklus előadásához.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztálya május 12-én d. u. ½7 órakor az egyetemi orr- és gégekórtani klinikán tartandó ülésének napirendje: Bemutatások: 1. *Germán Tibor:* a) Polypus adenomatosus septi nasi. b) Az orrgaratüreget kitöltő polypus fibromatosus. 2. *Wein Zoltán:* Gümökóros elváltozások felnőttből eltávolított adenoidban. — Előadás: *Dénes László:* A phonasthenia kórismézése és összefüggése a mütéti beavatkozásokkal.

A Közkórházi Orvostársulat május 13-án tartandó ülésének tárgysorozata: Bemutatások: *Virágh Gyula:* Insulinérzékenység két esete. — *Almássy Antal:* Tudőrák után áttétel a hypophysisben diabetes insipidus tüneteivel. — *Hauber László:* Súlyos térdizületi gümökór mütéttel gyógyult esete. — Előadás: *Szenteh István:* Szülőnök nagyságának és súlyának befolyása az újszülött méreteire.

A Magyar Phonetikai Társaság május 13-án d. u. ½7 órakor az egyetemi közegészségtani-életttani intézetben tartandó ülésnek naprendjen: Előadás: *Románné Goldzieher Klára:* A hibásbeszédüek írása.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület Rákbizottsága május 14-én délután 6 órakor a II. sz. kórbonctani- és kísérleti Rákkutató Intézet (VIII., Üllői-út 26.) első emeleti tantermében tartandó ülésének napirendje: Bemutatások: *Tóth Benedek:* Daganatos állatok oxygen-érzékenysége. — *Erős Gehleon:* Érdekesebb neuroma-esetek. — Előadás: *Kisfaludy Pál:* A rákgyógyítás sugaras és mütéti vonatkozásai.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

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

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 rendszeresitett kórboncnok-főorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása az állami rendszerü 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 föispánjához Makó, címezve, hatóságomhoz kell benyujtani. A később beérkező kérelmeket nem veszem figyelembe.

A kérvényhez a következő okmányokat kell csatolni:

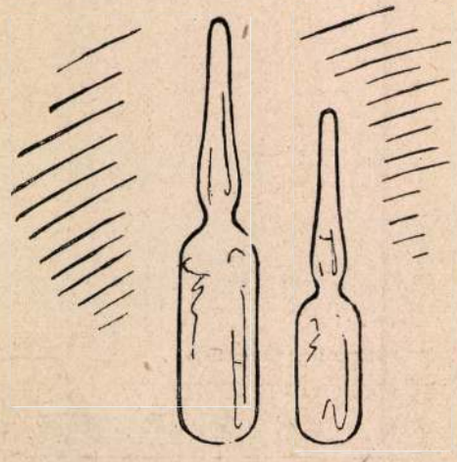
a) születési anyakönyvi kivonatot,
b) erkölcsi bizonyitványt,
c) orvostudori oklevelet,
d) a szakorvosi képesitést igazoló határozatot,
e) müködési bizonyitványt arról, hogy a pályázó legalább ötévi kórházi gyakorlattal bir,
f) családi állapotot igazoló hatósági bizonyitványt,
g) politikai megbizhatóságot igazoló bizonyitványt,
h) sajátkezüleg irt curriculum vitae-t.

Makó, 1936. április 16.

Tarnay Ivor, alispán.

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

Eulysinol
intragluteális injectio



PNEUMONIÁK, BRONCHITISEK
PRAEVENTIV ÉS THERAPIÁS GYÓGYKEZELÉSÉNÉL
sokszor életmentő fontosságu
A légutak váladékát oldja, kiürítését tetemesen megkönnyiti.
Chronikus bronchitis, tüdőabscessus, emphysema, asthma bronchiale, tüdögangraena, croupos pneumonia, bronchiektasia
SOUVERAIN GYÓGYSZERE.
DR. WANDER GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR R. T. BUDAPEST

777/936. kig. szám.

Pályázati hirdetmény.

A Nógrádvármegyei Mária Valéria közkórház elme- és ideggyógyászati osztályán nyugdijazás 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 300/935. B. M. számu 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. június 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 forradalmak 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 alispán.

Szabolcs vármegye dadai felső járás főszolgabirójától ad 1719/1936.

Pályázati hirdetmény.

Pályázatot hirdetek az elhalálozás folytán megüresedett és ideiglenesen helyettesités útján betöltött kenézlői körorvosi állásra és felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képesitésüket, valamint politikai és erkölcsi megbizhatóságukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket 1936. évi május hó 25-ik napjának délután 5. órájáig Gáván, a főszolgabirói hivatalban annál is inkább adják be, mert a később érkező pályázati kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Az állás javadalmazása a 62.000/1926. sz. B. M. rendeletben megállapitott és az érvényben levő rendeletekkel csökkentett fizetés, lakbér és a vármegye alispánja által megállapitott fuvarátalány.

A választást 1936. évi május hó 26-án délelőtt 10 órakor fogom Kenézlő községházán megtartani.

Gáva, 1936. évi. április hó 26.

vitéz *Mikó Bertalan* főszolgabiró.

Szent Gellért Konviktus, Szeged. Kálvária-u. 10. Tisztán altruisztikus alapon működő tanulóotthon, melyet a Szt. Gellért Társaság tart fenn. A konviktus középiskolai tanulókat vesz fel. A havi ellátási díj 35 P. A növendékek gondos és szakszerű tanulmányi vezetésben részesülnek. Az intézet okleveles középiskolai tanárai a tanulókat tanulmányaikban ellenőrzik és támogatják. A tanulók naponkénti négyszeres élelmezése bőséges és ízletes. Az intézet kertjében sport-, tennisz- és télen jégpálya áll az ifjúság rendelkezésére. A zenére hajlamos tanulók ingyenes hegedüoktatásban részesülnek. Zongoratanulás az intézetben mérsékelt díjazásért. Részletes tájékoztatót az érdeklődőknek díjtalanul küld az Igazgatóság.

Igen aktiv Bismuth-oldat

Colubismuth

Magas jódtartalmu bismuth komplex só vizes oldata a lues minden stadiumának eredményes kezelésére Teljesen fájdalmatlan! Tiszta kezelés.

Dr Bayerftsa.

Gyors felszívódása és kumulatiomentes kiürülése folytán a primär affectiók souverén szere!

PHYLAXIA Szérumtermelő R.-T. Budapest, X., Szállás-utca 3. sz.

Human-laboratorium és városi megrendelőhely: VII., Rottenbiller-utca 26

Távbeszélő: 37-8-09

Egyedüli magyar szérumkészítmények:

»PHYLAXIA« Diphtheria-szérum 1—20.000 I. E. töltésben tisztított és koncentrált alakban is

»PHYLAXIA« Diphtheria-anatoxin védőoltáshoz

»PHYLAXIA« Diphtheria-anatoxin-csapadék védőoltáshoz

»PHYLAXIA« Vörheny elleni szérum és Dick-féle védőoltóanyag

»PHYLAXIA« Tetanus elleni szérum

»PHYLAXIA« Serotyp vércsoport meghatározó sav

CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN

Anaemiák, reconvalescentia, étvágytalanság, gyermekkori fejlődési zavarok

leghatékonyabb gyógyszere

BIROBIN-CHINOIN

organo-pharmacotherapiás, roboranshizlalószer

100 tabletta orig. dobozban

CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN

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

80. évfolyam. 20. szám. Budapest, 1936. május 16.

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 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.

Inarsunin
Potenciáit hatású hizlalószer

Perhepar
Anaemia perniciosa, secundaer anaemia, reconvalescentia esetén

Ferroconstans c. arseno
Chlorosis és secundaer anaemiák kezelésére

Oltóanyagok és szérumok

Yatren-Vaccinák

Gono-Yatren
Staphylo-Yatren
Strepto-Yatren
Coli-Yatren
Neuro-Yatren
Antipyogen-Yatren vakcinák

előnyei:

fokozott antigén-hatás, jó tűrhetőség.

A vaccina specifikus hatását fokozza a Yatren nem-specificus ingerhatása.

» Behringwerke «
I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen a. Rh.

Magyarországi vezérképviselet: **Magyar Pharma Gyógyáru R.-T.** Budapest, V., Akadémia-utca 3

ARGIL

Komplex ezüstcyanid, 55%-os ag-tartalommal. Lokális szövetizgalmat alig okozó igen erős baktericid hatású antigonorrhoicum

Ára: 10x0·02 tabletta . . . P 1.70
Argil Bolus . . . . . P 3.—

UROVERIN

Az urogenitalis traktus festékes desinficiense és spasmolyticuma. Urethritis, cystitis, pyelitis és gonorrhoeás szövődmények kezelésére

Ára: 20 tabletta . . . . . P 2.—

Dr. Egger Leó és Egger I.
Budapest

80. évfolyam. 20. szám. Budapest, 1936. május 16.

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 REUTER KAMILLÓ JENEY ENDRE

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Benedek László és Thurzó Jenő: A gyermekkori enkephalitis hyperkinetikus kórtünetei és strophophasiás új tünete. (455—457. oldal.)
Benkovich Géza: A sigmabél körüli tályogok. (457—460. oldal.)
Julesz Miklós és Winkler Erzsébet: Adatok a ketogen étrend hatásmódjához. (460—464. oldal.)
Berencsy Gábor és Mosonyi János: A digitalis hatása a systolés pulsustérfogatra aorta insufficientia esetében. (465—466. oldal.)
Wirth József: A meningitis purulenta asepticáról. (466—468. oldal.)
Hollósi Károly: A méh izomdaganatának elhalása terhesség alatt. (469—470. oldal.)
Torday Árpád: A Takata-reactióról. (470—471. oldal.)
Lajos Sándor: Klinikai tapasztalatok Tofamiddal. (471—472. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései (87—90. oldal).
Lapszemle: Belorvostan, — Sebészet, — Szülészet, — Szemészet, — Gyermekgyógyászat, — Bőrgyógyászat, — Urologia. (472—475. oldal.)
Könyvismertetés: (475. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (476—477. oldal.)
Vegyes hirek: (477—478. oldal és a borítólap III. és IV. old.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

A gyermekkori enkephalitis hyperkinetikus kórtünetei és strophophasiás új tünete.

Irta: *Benedek László dr.* és *Thurzó Jenő dr.*

A gyermekkori enkephalitis chronica kórképe sok tekintetben különbözik a felnőtt korban jelentkező kórképtől. A jellegzetes amyostatikus tünetcsoport a felnőtt korban is ritkábbá vált és az utóbbi 8—10 évben inkább nem jellegzetes kórképeket észlelhettünk. Már régebbi közleményeinkben is megállapítottuk azt, hogy az utóbbi időkben nem járványszerűleg, hanem elszórtan előforduló enkephalitis esetek inkább mutatnak teljesen atypiás kórformát és szabálytalan kórlefolyást.

A felnőtt korra vonakozólag *Economo* a *somnolens-ophthalmoplegiás,* vagyis lethargiás kóralakot mondja a leggyakoribbnak. Ezenkivül az amyostatikus-akinetikus és a hyperkinetikus tünetek a főtypusok. Ez a megállapítás azonban csak a régebbi járványszerűleg jelentkező enkephalitisre érvényes. Az atypikus kórformák észleleteink szerint inkább a gyenge, dysplasiás és neuropathiás alkatú egyéneken fordulnak elő. A gyermekkori enkephalitis leggyakoribb alakja a hyperkinetikus kórforma.

A felnőtt kor atypikus formái az utóbbi években főkép pseudoneurotikus és az astheniás-hypotoniás, helyesebben az adynamiás kóralakok. A gyermekkori enkephalitis atypiái pedig főként a pseudopsychopathiás és a dyskinetikus mozgászavarokkal járó kórformák, továbbá egyes szabálytalan epilepsiás és lelki zavaros kórképek. Az uralkodó kórformának ez a megváltozása sok fertőző betegségre nézve érvényes.

Az enkephalitis szabálytalan kórformáinak kifejlődése szempontjából véleményünk szerint az alkatnak és a praemorbid személyiségnek is fontos szerepe van. A gyermekkori enkephalitisekre nézve általában azt tapasztaltuk, hogy néhány év lefolyása alatt többször megismétlődő lázas betegségi szakaszok után szokott kifejlődni a kórkép. Nagy általánosságban *„életkor-szabály"*-ról is beszélhetünk. Megfigyeléseink szerint ugyanis az 1—2 éves korra tehető heveny lázas szakok esetében a következményesen kifejlődő kórkép *oligophreniás* jellegű, a 2—6 éves korban lefolyó lázas szakok, „influenzás meghűlések" esetén a hyperkinetikus, choreás-athetotikus stb. kórképek és végül a 7—10 éves korban kezdődő betegség esetében pedig főkép az általános magatartás megváltozásával, a jellemfejlődés zavarával járó kórformák és a pseudopsychopathiás tünetek az uralkodók.

Az angol szerzők közül *Cloake* megfigyelései is támogatják e véleményünket. *Cloake* a postenkephalitises „magatartás reactiók" (bahaviour reactions) kórszármazására vonatkozólag nyujt érdekes elemzést. A gyermekek koponyasérüléseinek következményes lelki tünetei gyanánt *Stercker* és *Ebough* által említettek, hasonlóak a gyermekkorban lezajlott enkephalitis következményes tüneteihez. Mindkét esetben értelmi fogyatékosság, hyperkinesiás tünetek, a magaviselet megváltozása, a fegyelmezhetőség hiánya, irritabilitás, erőszakosság, hazudozási és tolvajlási hajlam, dühkitörések, fáradékonyság és a figyelem összpontosítás csökkenése fordulnak elő. *Cloake*-nak véleményét tehát úgy értelmezhetjük, hogy valamely elszenvedett ártalom következményes lelki tünetei bizonyos fokig a fejlődési szak, vagyis az életkor függvényei, akár fejsérülés, akár pedig enkephalitis képviseli ezt az ártalmat.

A dyskinesiás kórformák tünettani képe igen változatos és mindig újabb és újabb tüneteket írnak le. A gyors, sokszor villámszerű spontan mozgásokkal járó choreás, a *chorea elektricás* és choreo-athetotikus mozgászavarokon kivül mindenféle myocloniák és spasmusok, főkép a *tic*-ek és más kényszermozgások érdemelnek figyelmet. A gyermekkori enkephalitises esetekben észleleteink szerint a tic-ek igen gyakoriak. Az arcizmok tic-jein kivül nyelési, ugrási, járási *tic*-eket és egyes szokványos mozgások képét mutató tic-jellegű mozgászavarokat is említhetünk. Szájtátási, ásítási, szipákolási, Bing-féle szájcsucsorítási, u. n. nasolabialis, továbbá nyelési *tic*-eket is észleltünk klinikánkon. A kényszermozgások közül a nézési rohamok inkább csak a felnőtt korú enkephalitises

betegeken fordulnak elő. A *manège-szerű* (iskolalovaglás) körben futó mozgászavart pedig csak a gyermekkorban beálló enkephalitises esetekben észlelhetjük. Klinikánkon észlelt két ilyen beteg 6 és 9 éves gyermek volt.

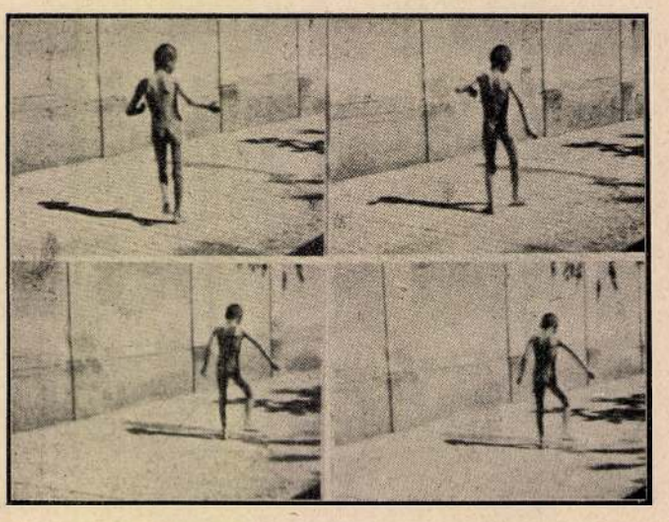
Choreás spontán mozgásokkal, gyors *tic*-szerű mozgásokkal, köhögési *tic*-kel és a beszédmozgás érdekes zavarával járó gyermekkori enkephalitises beteget észleltünk a legutóbb klinikánkon.

A kóreset röviden a következő: A 12 éves fiugyermeket 1935. X. 16-án vettük fel a klinikára. A kórelőzményi adatok szerint 9 éves kora óta többízben ment át „influenzás' lázas betegségeken. Ezelőtt két évvel változott meg magatartása. Szülei megfigyelése szerint nyugtalan, izgékony-mozgékony gyermek lett, gyakran köpött. Kb. egy éve vették észre azt, hogy kapkodó-rángatódzó spontán mozgásokat és arcfintorgatást végez, továbbá mindenféle nyögő jellegű hangot ad. Az azelőtt jól tanuló gyermek az I. gymnasiumban hanyatlani kezdett. Gyakran gorombáskodott, veszekedett és trágár szavakkal élt. Hat héttel ezelőtt egyízben — mint szülei mondják útleírások olvasásának hatása alatt — a nagyszülői háztól 32 km-re elkóborolt. Kb. egy éve egyik fiu osztálytársa iránt nagy szeretettel viselkedik, szinte szerelmes belé és kb. ¼ év óta kórosan vágyódik szeszes italok után.

Testi vizsgálat: Leptosom testalkat, kissé gyors fejlődésre valló dysplasiás-gigantikus jelleg. Belszerveken eltérés nincs. — Az idegrendszer vizsgálata szerint folytonos önkénytelen mozgásokat végez végtagjaival. Időnként lábait emelgeti, majd a kezével végzett spontan mozgásokat, mintha fejét, orrát, vagy más testrészét akarná megfogni. Folytonos önkénytelen mozgások az arcizmokban. Légvételei szabálytalanok. Gyakran percenként többször is egész *tic*-jelleggel, explosiv köhögő mozgásokat végez. Ilyenkor lábait is mozgatja, bal lábával gyorsan előredobban és az arcizmokban is kóros együttmozgások. Köhögési *tic*-je alatt és után az együttmozgások fokozódnak. Sokszor állóhelyben tipegő mozgásokat végez. Köhögés után nyögdécsel. Testtartása kifejezettebb lumbalis lordosist mutat. Beszéd közben is lépegető mozgások. Spontán mozgások nyugalmi fekvő helyzetben is megvannak. Akaratlagos mozgásait felszólítás után legtöbbször sok izgés-mozgással végzi. A spontán és tic-szerű mozgások kényszerjelleggel jelentkeznek. Szavai szerint: „tudnám megakadályozni, de ez olyan szokás." Akarata megfeszítésével csak ¼—½ percig képes mozdulatlanul maradni. Szándékát kifejezi azzal, hogy „tovább is így maradok" de mégis tovább izeg-mozog. Beszédmozgástörekvései is kórosak. Gyakran egészen embolophasia-szerűleg említ egyes szavakat: „vicc, vicc, vicc. . . .". Kérdezés nélkül is sokat beszél: „csunya szavakat nem mondok, mert kikapás jár érte, kikapás jár érte. . . . (még párszor ismétli)". „Szíjj, szíjj, szíjj. . . . sárga szíjj, barna szíjj, szép szíjj a sárga szíjj . . . sárga, sárga, sárga, agrás, agrás, ogras, tigrás". Arra a kérdésre, hogy mit jelent az agrás: „visszafelé kell mondanom, visszafelé kell mondanom."Majd gyakran ismétli: „nem jó csunyát mondani, mert kikapás jár érte, kikapás, kikapás." Beszéd közben fejét félig-meddig taglejtésként többször felfelé veti, folytonosan izeg-mozog, majd a „schleim, schleim, schleim, alkohol, szesz, bor, sör" szavakat ismételgeti és mutatja az ivást. Felszólításoknak általában eleget tesz, kérdésekre helyesen felel, de válaszait *palilalás* ismétlésekkel keveri. Mindenben fokozott mozgási tevékenység. Az eléje tett vizet mindég megissza, gyakran jár székelni és vizelni, arcában turkál stb. A pupillák, agyidegek eltérés nélkül. Mindkét felső szemhéj kissé lejjebb van. Arckifejezése kissé merevebb. Az egész testizomzatban hypotonia, könyökben és térdben túlfeszítés lehetséges. A reflex- és érzéskörben lényegesebb eltérés nincs. A beteg ismeretei általában kielégítők, iskolai ismereteiről is jól számol be. Értelmisége is általában korának megfelelő. A Binet-Simon értelmiségi vizsgálat is 11 év 10 hó értelmiségi kort mutat. Az enkephalographiás vizsgálat enyhe hydrocephalus externus-ra és internus-ra valló enkephalogrammot ad.

Az eset epikrisiséből azt láthatjuk, hogy gyermekkori enkephalitis dyskinesiás kórformájáról van szó. A choreás spontán mozgások, az izmok nagyfokú hypertoniája, a mozgási nyugtalanság, az elkóborlás és a hysteriform kóros magatartás említendők meg kórtünetek gyanánt. Az arcizmokban és a végtagokon jelentkező choreás mozgásokon kivül *tic*-jellegű mozgások és köhögési *tic* is voltak. A köhögési *tic* hirtelen, kényszerszerüleg és mindig egyforma mozgásjelenségképen ismétlődik. A köhögés explosiv jellegű és hirtelen lábdobbantással jár. A köhögési *tic* iterativ többszöri ismétlődése szabálytalan *tic*-szerű mozgásokkal is egybe van kötve. A helyben való ide-oda tipegő gyors lépegetések is „járási tic" jellegűek. A fej- és testtartás kissé extensiós-dystoniás jellegű. A folytonosan fokozott mozgástörekvések mindennemű külső benyomásra jellegzetes mozgászavart ú. n. *hypermetamorphosisos* tünetet jelentenek.

A beszédben igen gyakori egyes szavak, vagy rövid mondatrészek palialiás jellegű ismétlése. A Soques-féle *palilaliáról* enkephalitises eseteink kapcsán klinikánkról már régebbi közleményeinkben is beszámoltunk. Ebben az esetünkben a palialia explosiv szókiejtéssel jár. A kórelőzményi adatok szerint kifejezett kényszerjelleggel *koprolaliás* szavakat is hangoztat. Jelenleg is ismétel egyes ötletszerüleg kiragadott szavakat minden kérdezés nélkül, teljesen gépiesen. A kiragadott szavakat gyakran valamely kérdésre adott felelete közben is hangoztatja, mint pl. vicc, vicc, vicc. Álindokolásként e kényszerre csak annyit mond, hogy ez vagy az a szó érdekes és azért „kell" mondania. Igen érdekes az is, hogy egyes ily embolophasiás automatikusan ismételt szavakat fordított betűsorrendben is ki „kell" ejtenie. Igy pl. „sárga, sárga, agrás, agrás, agrás, agrás, tigris" szóismétléseket gyakran hangoztatja. E tünetet *„strophophasia"*-nak vagy *fordított beszédnek* nevezhetjük. (στρέφω = fordítok, visszafordítok; στροφή = fordítas és φασις = beszéd). Az irodalomban ily tünetet eddigelé nem említenek. Az ú. n. *tükörbeszéd* (mirror speech) a szótagoknak visszafelé ismétlése áll a legközelebb ehhez a beszédzavarhoz.



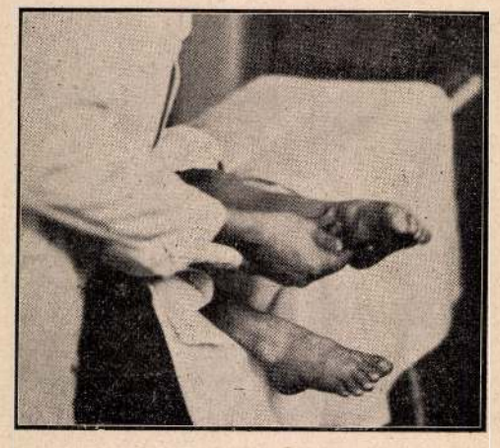
1. ábra.
Az ábra a mozgó képfelvétel egyes jellemző mozgás-phasisait tünteti fel.

Az iterativ jelleg a strophophasiára vonatkozólag is megnyilvánul. *A beteg a vele való foglalkozáskor kérdezés nélkül is sokat beszél és megindult beszédjét szinte nem képes megakasztani.* Nyilvánvaló az, hogy az automatikus beszédmozgás-törekvések túlsúlyra jutottak az akaratlagosak felett, amely ténykörülményen alapszik általában a palilaliás tünet is.

Egy másik gyermekkori enkephalitises betegünk az egész testizomzatra kiterjedő choreo-athetotikus mozgásokon kivül oligophreniát is mutatott. A 9 éves fiú gyermek betegsége szüleinek megfigyelése szerint már 5 évvel ezelőtt kezdődött. A végtagokban tonusos feszülések, kapkodó, rángó mozgások jelentkeztek. Lábai járáskor összeakadtak. Klinikánkra történt behozatala előtt e mozgászavarok annyira fokozódtak, hogy járni sem volt ké-

pes, legtöbbször elesett és kezeit nem tudta használni. A mozgások az arc izmaiban és a nyelven is jelentkeztek. Gyakori nyáladzása volt.

A dyskinetikus mozgászavart legjobban szemlélteti a betegről készült filmfelvétel. (Lásd 1. ábrát.) A testi tünetek közül kiemeljük az izomzat igen nagyfokú hypotoniáját, emellett főkép az alsó végtagok minden passiv mozgáskisérletkor nehezen legyőzhető tonusos feszülést mutatnak. A járás széles alapú, bizonytalan, időnként mindkét lábfejével a földet súrolja. Néha a lábait nagy ívben előrelendíti, máskor egész apróléptű, szabálytalan tánclépésekhez hasonlóan rakja a lábait. A felső és alsó végtagokban szabálytalan, nagyhullámú, néha dobáló jellegű, a célnak nem megfelelő spontán mozgások, amelyek időnként a mellkas, a nyak, a mimikai és rágóizomzatra is ráterjednek. Gyakran a fogait csikorgatja, dünnyögő, cuppogó hangokat hallat. Értelmisége teljesen visszamaradott. A Goddart-féle vizsgálat szerint kb. 1½—2 éves gyermekének felel meg. Gyakran csak echolaliásan ismételgeti az elmondott számsort, magától erre sem képes. A betegnek a kórlefolyási adatok tanusága szerint két izben volt eszméletvesztéssel járó, inkább tonusos jellegű epilepsiás rohama és néhány izben szédüléses rosszulléte. Az enkephalogramm enyhe hydrokephalus internust és externust mutatott.



2. ábra.

E kóreset érdekessége még az, hogy a talpi reflex kiváltásakor mindkét oldalt, de kifejezettebben a bal oldalt hyperflexiós jellegű tünet áll be. (l 2. ábrát.). A lábfej *equino-varus* tartásig való tonusos feszülése mellett az összes lábujjaknak maximalis behajlitása áll elő. *Barraquer-Ferré* ismertetett 1930-ban hasonló reflexet. Véleménye szerint e tünet hasonló értelmű, mint a Babinski-reflex. Régebben ezért *Barrequer Roviralta „Babinski en flexion"* elnevezést ajánlotta e tünetre. A hyperflexiós reflexet leginkább athetosisos mozgászavarral járó hemiplegia eseteiben észlelte. Esetünkben a lábfej tonusos feszülésével járt együtt a hyperflexiós reflex, amelyet a dyskinetikus athetosisos mozgászavarral hozhatunk bizonyos összefüggésbe. Hyperflexiós lábujjreflexet enkephalitis esetében eddigelé még nem irtak le.

Emlékeztető!..

A leghatásosabb fürdőpártolás természetesen a betegküldés marad. Hogy milyen hatású, azt abból itélhetjük meg, hogyha a hazánkban számontartott *9000 orvos mindegyike csak egy beteggel küld is többet az idén fürdőre,* az 3,150.000 pengővel növelné meg fürdőink bevételét.

Vámossy Z.

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

A sigmabél körüli tályogok.

Irta: *Benkovich Géza dr.*

A jobb hypogastrium tályogjainak legnagyobb része féregnyulvány eredetű, kórismézésük nem okoz különösebb nehézséget s a kezelésben általánosan elfogadott szabályok irányadók. A bal hypogastrium tályogjai mind a kóroktan, kórisme, mind orvoslás és kórjóslat szempontjából sokkal bonyolultabbak.

Mind a sigma, mind a környező szervek bajaihoz csatlakozhatik sigmabél körüli tályog, ritkán jelentkezik távolabb lezajló kórfolyamatok szövődményeként. Leggyakrabban a *heveny sigmabélgyulladáshoz* társul. *(Strauss).* A nyálkahártya kisebb hiányain a genykeltő bakteriumok a nyirokrések mentén hatolnak át a bélfal rétegein. Igen jelentékeny izzadmányok is felszivódhatnak, ha azonban a tályog kifejlődik, műtét szükséges. Ritkább, szerencsés esetekben a tályog betör a végbélbe, esetleg a hólyagba. Az *ulcus coli simplex (Quenu* és *Duval),* melyet eddig kb. 40 esetben *(Nordmann)* irtak le; csak 7 esetben volt a sigmabélen. *(Levy).* A *colitis ulcerosa (Boas)* akár vérhashoz, akár egyéb bakteriumos, toxikus, vagy vegyi ártalomhoz, akár beidegzési zavarokhoz *(Goldschmidt, Bierende, Hesse* stb.) társul, már sokkal gyakrabban helyezkedik el ezen bélszakaszon. Mindkét betegségben a fekélyek átfúródása tályogképződésre vezethet.

A *sigma gurdélyai* rendszerint a bélfodri részen, többnyire a tápláló erek belépésénél keletkeznek *(Sudski).* A vak tasakban pangó bélsár bélfalgyulladást, elhalást, átfúródást és így általános hashártyagyulladást, vagy tályogot idézhet elő. A gurdélyok keletkezésében a bélben keletkező nyomásfokozódás (melyet idült székrekedés, *(Graser, Hansemann, Sudsuki)* bélspasmusok *(Langer),* daganatok *(Kaspar)* okozhatnak) viszi a legnagyobb szerepet. Ezt *Barling* esete is bizonyitja, ki műtét közben támadó sigmaspasmusban az eddig láthatatlan gurdélyok feszes kitelődését észlelte.

Warnecke esetében tompa hasi sérülés, *Finsterer*-ében félrelépéskor a gurdély bélsárral telődése és a sérvkizáródáshoz hasonló módon létrejövő elhalása, *Feist*-ében végbéltükrözéskor a bél felfúvása, *De Quervain*-ében contrast-beöntés, *Mertens* esetében székeléskor az erős préselés okozta a gurdély átfúródását.

Mayo szerint a gurdélyok 14.65%-a, *Lennander* szerint 25.19%-a rákosan elfajul. A szükületet okozó rák alkalmat ad a gurdélyok röntgenkórismézésére, azoknak kontrastanyaggal telődése folytán. *(Fischer).* Annak eldöntése, hogy a gurdélyok fajultak-e el rákosan, vagy az elsőleges rák vezetett-e, mint azt *Kaspar* feltételezi, a pangás folytán gurdélyképződéshez, nagyon nehéz, de gyakorlati szempontból különösebb fontossága nincs.

Sokkal fontosabb az idült sigmabél- és gurdélygyulladáshoz társuló lobos daganat elkülönitése a valóditól. Gyakran még a hasmetszés sem képes eldönteni, hogy rákkal, vagy gyulladással van-e dolgunk. *(Szerb, Levy).* A gyulladás porckemény beszűrődésekre, szükületképződésre vezet, a rák viszont fekélyesedés, gurdélyképződés, sőt az oralis bélszakaszon keletkező tágulásos fekély útján adhat alkalmat a bakteriumok átvándorlására és gyulladás kifejlődésére. A rákhoz társuló gyulladások egészen heveny módon is jelentkezhetnek. Bár a tályogképződés sigmarákban ritka szövődmény, *(Strehlinger* a budapesti III. sz. sebészeti klinikán műtétre került 64 vastagbélrák közül egyben, *Körte* 116 sigmarákból csak

ötben, *Strauss* gazdag anyagában csak 3 esetben észlelte), de éppen ezért vezethet téves kórismére, sőt annyira fedheti a rák minden tünetét, hogy annak jelenlétét, mint azt egyik esetünk bizonyitja, még a leggondosabb vizsgálattal sem sikerül kimutatni.

K. Gy.-né 43 é. 1924-ben aranyér-mütét. 1925-ben vesekő miatt kezelték. Kb. két hónapja bizonytalan hasi panaszai vannak, időnként lázzal és kisfokú hányingerrel. 12 napja ebédközben hirtelen rosszul lett, hideg rázta, hányingere volt, 39 C° lázat mért. Másnap hasa baloldalában lent nyilaló fájdalmai keletkeztek, melyek később az egész hasban szétsugároztak. Azóta állandóan görcsök kinozzák. Széke, vizelete rendben, étvágytalan.

Jelen állapot: Hasa elődomborodó, feszes, bal hypogastriumában határozott érzékenység, mérsékelt izomvédekezés, mélyen ülő, kb. női-ökölnyi resistentia. Egyébként a hasban semmi kóros. Douglas szabad. Nögyógyászati vizsgálat szerint a tapintható resistentia nincs a méhfüggelékkel összefüggésben. Vizeletben semmi kóros. Fehérvérsejtszám 15.700. Hőmérsék 39.1 C°. Érlökés 102. Contrastbeöntéses vizsgálat: igen puffadt, tágult belek, rekeszek magasan állanak. A sugárfogó anyag akadálytalanul feljut a vakbélig. A sigma és leszálló remese átmenete elkeskenyedik.

Azonnal mütét aether altatásban *(Hüttl* prof.). A sigmabél a középvonalban erösen tágult, balfelé a bélfodorban ökölnyi beszürödés borul rá a méh fundusára, ezzel összetapadt és ráfekszik az ujjnyi, de nem kóros bal kürtre. A vakbél és féregnyulvány ép. A bélfodor beszürödését tompán leválasztjuk a méhről. A beszürödés elülső, alsó részén két gombostűfejnyi nyilásból kb. 50 ccm colibüzü, sürü, sárgászöld geny ürül. A tályog elülső falát papirvékony, szennyesszürke hashártya- és zsirréteg alkotja, az üreg tyúktojásnyi, cafatosan szétesett, szennyes-szürke szövettel bélelt, a mesosigmában terjed. A béllel láthatóan nem közlekedik. A nemiszervekkel az összetapadás másodlagos, ezekre a genyedés rá nem terjed. Az üreget szádoljuk, a szabad hasüreg felől a csepleszt borítjuk rá. A kimetszett tályogfal szöveti vizsgálata (*Orsós* prof.): a sarjszövet elváltozása nem fajlagos, daganatos burjánzás nincs. Okt. 14-én sipolya záródott, X. 27-én kiújul, tágításra, kikaparásra 3 hét alatt gyógyul.

Székrekedés, puffadtság, deréktáji fájdalmak miatt 1934. januárjában felkeresi klinikánkat. A hasban kórosat nem tapintunk. Contrastbeöntéses vizsgálat: a sigmabél középső és colon felé eső szakasza, mintegy 10 cm-es darabon, keskenyen telődik, a colon további lefutása mérsékelten spastikus. Bélpassage vizsgálaton a szakasz változatlanul keményen telődik, a leszálló vastagbélben a pép részlegesen 48 órán túl is pang. Négy heti belklinikai kezelésre panaszai enyhülnek. A belklinikáról távozása utáni 5-ik napon láz és erös hasi görcsök jelentkeznek, melyek atropinra 5 nap után szünnek. 1934. III. 12-én heves fejgörcsök, hidegrázás, 40 C° láz. 13-án beszállitják klinikánkra.

Bal bordaív alól kiinduló tompa fájdalmak. Bal hypogastriumban ökölnyi, fájdalmatlan, nem mozgatható terimenagyobbodás. Végbélben b. o. kisfokú nyomásérzékenység. Fehérvérsejtszám 11,600. Hőmérsék 39.3 C°. Érlökés 100. Qual. vérkép: kisfokú lymphocytosis. Vizeletben semmi kóros. Beöntésre formált, nem nyákos szék. Láztalanná válik. III. 23-án puffadtnak érzi magát, görcsei vannak erös bélkorgásokkal, hány. Colonfelfuvás: az ampulla szélesen telődik, a sigma csupán kisujjnyira és csak a levegő beáramlása alatt. Beöntéses vizsgálat hig sugárfogó péppel: a sigmabél beszükült, kb. 15 cm-es szakasza egyenetlenül, rongyos széllel telődik. III. 23-án coecostomia, majd IV. hó 6-án alsó középső hasmetszés aether altatásban *(Hüttl* prof.). Kiterjedt lapszerinti összenövések miatt csak a köldöktájon sikerül a hasüregbe jutni. A vékonybelek egymással is kiterjedten összenőttek. Az összenövések szétfejtése után előtünik a sigmabél erösen tágult alsó kaccsa, mely felfelé és balfelé az eredeti tályog helyét elfoglaló hegszövetbe folytatódik. A leszálló vastagbelet az összenövések miatt előhúzni nem sikerült, csupán a haránt vastagbelet tudjuk szabaddá tenni. Tekintettel arra, hogy a hegszövetbe ágyazott sigmakacsot eltávolitani a kérges összenövések miatt lehetetlen, a haránt vastagbél és a legalsó sigmakacs között összeköttetést készitünk. A heges szövetbe ágyazott sigmabél fala egyenetlenül dudoros, belvilága annyira beszükült, hogy kisujjbegyet sem fogad be. A hegszövetben tályogot nem találunk, mindenütt okkersárga foltokkal tarkitott, kérges, heges szövetbe jutunk, melyből több darabot szöveti vizsgálatra kimetszünk. A próbakimetszések helyére tampont, draint helyezve, a sebet rétegesen zárjuk. Kórszövettani vizsgálat *(Orsós* prof.) adenocarcinoma cylindrocellulare. Mütét után röntgenbesugárzás és „Fichera 365" kúra. Hasfalban sipolyok keletkeznek, melyeken bélsár és geny ürül. Fokozódó senyvedés. VI. 26-án hozzátartozói reménytelen állapotban elszállitják. Exitus két hónap mulva.

Esetünkben a kezdeti heveny gyulladásos tünetek mellett, melyeket *Nordmann* az áldaganatokra tart kórjelzőknek, nem találjuk a kórelőzményben a jellemző székelési zavarokat: a hasmenéssel váltakozó székrekedést. Nem szolgáltatott sem az első műtéti lelet, sem a szöveti, sem az ellenőrző vizsgálat olyan adatokat, melyek alapján rosszindulatú daganatra gondolhattunk volna. Amikor a röntgenvizsgálat valószinűvé tette annak jelenlétét, a műtétkor már inoperabilis rákot találtunk. A kórtörténet részletesebb közlését az elkülönitő kórisme nehézségeinek megvilágitására tartottuk szükségesnek.

A bélhuzam nyilt és fedett sérülései is adhatnak alkalmat sigmabél körüli tályogok kifejlődésére. A nyilt sérülések, szúrás, lövés, nyársalás természetüknél fogva rövidesen sebészi ellátásban részesülnek. Mióta ezen esetekben mindenütt az azonnali műtét az elfogadott, tályog keletkezésére csak különleges körülmények között nyilik alkalom. Klinikánkon egy beteget észleltünk, kinek kénytelenek voltunk tályogját harctéri haslövéséből származtatni.

E. J. 48 é. férfi. 1916-ban haslövés, 14 nap mulva került kórházba. Sokáig lázas volt, hasa felpuffadt, fájdalmassá vált. Görcsei nem voltak, nem hányt. Két-három hétig hasmenés, naponta 10-szer is volt széke, nem köhögött, vért nem köpött. Sebe begyógyult, majd a kimeneti nyilás helyén tályog keletkezett, melyből sok gennyel együtt kabátszövetdarab ürült ki. Két és fél hónapig kórházban feküdt. Kb. 1 és fél év előttig panaszmentes volt, azóta gyomorégés, bizonytalan hasi panaszok, székrekedés. Az egy éve végzett röntgenvizsgálat kórosat nem talált. Megoperáltatta kétoldali lágyéksérvét; félévig panaszmentes volt.

Tiz napja hasában b. o. lent igen erös fájdalmai vannak, lázas. 1934. X. hó 31-én jelentkezik klinikánkon. Böre, nyálkahártyái szederjesek, végtagjai hidegek, nyirkosak. Nyelve vastagon, szürkésen bevont. Bal hátsó hónaljvonalban a X. bordaközben lencsényi, j. középső hónaljvonalban a VIII. bordaközben pengősnyi, alapjával összefüggő börheg. Bal csipőtányérban férfiökölnyi, alapjával összekapaszkodott, feszesen hullámzó, igen fájdalmas terimenagyobbodás. Mindkét lágyéktájon vonalas műtéti heg. Bal comb kisfokban hajlított helyzetben rögzített, nyujtása igen fájdalmas. A végbél és nemiszervek vizsgálata kórosat nem mutat. Vizeletben fehérje nyomokban, erös phosphaturia. Fehérvérsejtszám 17600, hőmérsék 37.7 C°, érlökés 116, WaR: ++.

Mütét aether altatásban. *(Orsós).* Ferde metszés a bal csipőtövis magasságában. Több diónyi rekeszből álló, ökölnyi, porckemény falú tályogüreg nyilik meg, melyből 200 ccm igen büzös geny ürül. A genyből enterococcus tenyészthető ki. Süllyedéses tályog keletkezik, melyet a bal farredőben nyitunk meg. Büzös geny ürül, láztalanná válik. XI. 21-én végzett contrastbeöntéses vizsgálatkor a sigmabél felső kanyarulata benyomott, egyenetlen, de passagezavar nincs. A bal medencefélről, gerincoszlopról, bal combról készült felvétel a csontokon és az izületeken kisfokú idült gyulladásos csipkeképződésen kivül kórosat nem mutat. Végbéltükrözéssel elérhető bélszakaszon kórosat nem találunk.

A tályog porckemény fala annak régi fennállása, az enterococcus enteralis eredete mellett bizonyit. A kórelőzményben említett harctéri sérülés és lefolyása valószinűvé teszi, hogy régen lezajlott hashártyagyulladás maradék tályogja, vagy valamely idegentest körül keletkezett vándortályog, mely renyhén tovakúszva, letokolódva és ismét tovaterjedve, mint ezt többrekeszűsége is valószinűvé teszi, végre évek multán a sigmatájon megjelent. Azt eldönteni, hogy a hashártyagyulladás áthatoló bélsérüléshez csatlakozott-e, vagy pedig a golyó útjába eső bélidegek sérüléséhez társuló fekélyes bélgyulladás *(Goldschmidt, Hesse* stb.) átfúródásának következménye volt-e, a kórelőzményi adatok hiányossága miatt, eldönteni nem sikerült. Esetünk a tályog késői jelentkezésében hasonlit *Ostermayer*-éhez, melyben a jobb csipőtövis feletti tá-

lyog négy évvel a fedett bélsérülés után vezetett spontán áttöréshez.

A bélhuzam fedett sérüléseihez társuló tályogok napjainkban ritkák. Míg *Petry* sokszor idézett dolgozatában az 1896. előtti irodalomból összegyüjtött 232 bélsérülésből még 19-ben talált kifejlődött tályogot, addig a kórismézés haladása és a korai műtét térhóditása következtében *Gerlach* 1931-ben a későbbi irodalomból csak 1—2 esetet tudott összegyüjteni.

Az esetek többségében a hasat érő erőművi behatásokra a vékonybél szenved sérülést, a vastagbél részben védettsége, részben vastagabb és tágulékonyabb fala, részben viszonylagos rövidsége miatt sokkal ritkábban, *Petry* szerint az esetek 11.9, *Berry* 6.7, *Thöle* 6, *Rühle* és *Lewin* szerint 9%-ában sérült. A sérülés a vastagbélsérülések 11%-ában volt a sigmabélen. *(Gerlach)*. *Petry* alapvető munkájában tompa hasi sérülésekben a bélrupturák keletkezését *Moty* nyomán 3 mechanismussal, zúzódással, szakadással és megrepedéssel magyarázza. A repedés mechanismusának helyes értékelése és magyarázata *Bunge* nevéhez fűződik. Ő hivta fel a figyelmet a sérvkapuk jelentőségére fedett bélsérülésekben. A hasüri nyomás hirtelen emelkedése a sérvkapuhoz szorított bélkacsban is nyomásfokozódást okoz. A bélfal a sérvkapuban ellentállást nem találva, előboltosul, kitágul, rugalmasságának határán megreped. A hasprés hirtelen működtetése, hasraesés elegendő lehet alkalmas körülmények között a hasüri nyomás ilyen fokozódására. *Jáki* klinikánk 1931-ig összegyüjtött anyagában a fedett bélsérülések felében talált nyitott sérvkaput, vagy sérvet. Míg a fentiek szerint a fedett bélsérülések átlagban 8.52 %-a vastagbélsérülés, addig sérvesek esetében az egész hasat érő erőművi behatásra a *Scarpa*, valamint a *Deton* és *Belot* által közöltek kivételével mindig a vékonybél repedt meg. A számomra hozzáférhető irodalomban egy esetet sem találtam, melyben sérvesnek az egész hasat ért trauma, vagy a hasprés hirtelen fokozása következtében a sigmabele sérült volna a repesztés mechanismusa szerint.

Esetünkben a 78 é. férfi előadja, hogy 22 éve van j. o. lágyéksérve, mely eddig panaszokat nem okozott. Hat nappal beszállitása előtt az útszéli árokba esett, hasát megütötte. Egész hasában nyilaló fájdalmakat érzett, sérve megnagyobbodott és fájdalmassá vált. Csuklott; széklete híg, vizes. Jelen állapot: száraz, bevont nyelv. Hörghurut, tompa szívhangok. Bal hypogastriumban izomvédekezés, nyomási fájdalom. A bal lágyéktájon jókora férfiökölnyi, lobos bőrrel fedett, feszesen hullámzó, tömött terimenagyobbodás. Végbélben kórosat nem tapintunk.

Azonnali sérvhasmetszés aether altatásban. *(Meák)*. A sérvtömlő fala vizenyős, benne a sigmabél hüvelykujjnyi, rostonyalepedékkel borított zsírfüggölye. Sérvkapun át kb. 400 ccm colibüzü, sürü geny ürül. A sérvgyürüt tágítva, a Douglas-ür felé, a vakbéltájra és a köldökig terjedő, rostonyával fedett belektől határolt tályogüregbe jutunk. Az egész terjedelmében lobos, duzzadtfalú sigmabél hátsó- oldalsó, még hashártyával borított felszinén gombostűfejnyi nyilás, melyből borostyánsárga, viztiszta, üvegszerü, nyákos váladék ürül. Nyilás zárása csomós varratokkal két rétegben. Szádlás, tamponade, sebszükités. Műtét után 34 nappal sarjakkal telődött sebbel távozik. Kibocsájtása előtt végzett contrastbeöntéskor a sigmabél elmosódott széllel telődik, keskeny, de daganatos eltérést nem mutat. Végbéltükrözéssel kórosat nem találunk.

Mindezek szerint a hat nap előtti eleséskor a különben ép sigmabél a sérvkapu elé kerülve, esetleg zsírfüggölyénél rögzitve, a hasüri nyomás hirtelen fokozódása következtében megrepedt. A béltartalom lassú kiszivárgása időt engedett a letokolódásra s tályog kifejlődésére.

A féregnyulvány gyulladásakor situs inversusban a bal hypogastriumban megjelenő tályog, ha gondolunk ezen ritka lehetőségre, nem okoz különösebb nehézségeket. Klinikánkon 12 év alatt 2 esetben észleltünk situs inversusban féregnyulványgyulladást. Mindkét beteg említette a kezdetben jellemzően a *jobb* hypogastriumba kivetitett fájdalmakat, melyek csak később húzódtak át a bal alhasba. Jellemző a kezdeti jobboldali fájdalom a bal hypogastriumban fekvő dystopiás féregnyulvány gyulladásában is. A szabályos elhelyeződésű féregnyulvány gyulladása is vezethet a bal hypogastriumban tályogképződésre az ú. n. U-tályog formájában. Előfordulhat, hogy a tályog jobb szára abban az időpontban, mikor a beteg észlelésünk alá került, már nagyrészt felszivódott és a bal alhasban levő feltünő elváltozás helytelen irányba tereli a vizsgálatot. A helyesen értékelt kórelőzmény az esetek legnagyobb részében azonban lehetővé teszi a kórhatározást.

Műtött és szabályosan szádolt féregnyulványgyulladások után is létrejöhet, nemleges Douglas-lelet és jól vezető szádlók ellenére az alhas balfelében tályogképződés. Ezek a tályogok rendesen jóindulatúak, s mint azt több esetünk is bizonyítja, hajlamosak a felszivódásra, csak ritkán igényelnek sebészi beavatkozást. A tályog nagyságának, a hőmérséknek és fehérvérsejtszámnak állandó ellenőrzésével a többnyire fiatal betegeken legtöbbször nyugodtan megvárhattuk a tályog felszivódását, ami tapasztalatunk szerint a gyógyulás időtartamát sem hosszabbította meg jelentékenyen.

Egyik esetünkben tályognyitásra került a sor. O. I. 21 é. férfi. 1932. IV. 29-én appendektomia. *(Jósa)* A hasürben kevés, szagtalan, korai izzadmány. A féregnyulvány ujjnyi vastag, tövénél átfúródott. A vakbél mögé gazecsikok, réteges sebszükités. A műtét utáni 12-ik napon negativ Douglas-lelet mellett növekedést mutató sigmabél körüli tályog fejlődik ki. A geny kiürítése után simán gyógyul. Gyógyulása megelőzte a jobboldali műtéti sebét, tehát sem a tályog kifejlődése, sem a második műtét nem befolyásolta a gyógytartamot.

A *húgyivarszervek betegségei* igen ritkán ugyan, de okai lehetnek sigmabél körüli tályog kifejlődésének, mint azt *Strauss* b. o. ureterkő átfúródása után észlelte. Pár évvel ezelőtt észlelt esetünkben a dülmirigy körüli viszerek genyes gyulladásához csatlakozott tályogképződés.

R. J. 82 é. férfi. 1928. IV. 12-én bélelzáródás gyanujával szállitják klinikánkra. Kb. 2 éve vannak éjszaka jelentkező bizonytalan gyomortáji fájdalmai. Két nappal beszállitása előtt hirtelen görcsös fájdalmai támadtak a gyomortájon, melyek később a húgycsőbe sugároztak ki. Széklete azóta nem volt, szelek sem távoztak. Jelen állapot: hordóalakú mellkas, hörghurut, puffadt has, nyomási fájdalom mindkét hypogastriumban és a köldöktájon. Dülmirigy nagyobb, tömött, fájdalmas. Láztalan. Vizeletüledékben sok fehér és vörösvértest, laphámsejt, vesehámsejt, cylinder, urat és trippelphosphatkristály. Beöntésre, hashajtásra szék, szél megindul. Röntgenvizsgálatkor kőárnyék nem látható sem a vesék, sem az ureterek lefutása mentén. Gyomor és bél átvilágításkor a gyomor nagygörbületén a gyomron kivüli képlet okozta bedomborodás. Vékonybelek szélesen teltek, a sugárfogó pép számos helyen szintet képezve pang. A vakbél nem telődik, a felhágó és haránttremese egészen összeesett. A sugárfogóbeöntést a beteg tartani nem tudta. Vélemény: szerves szükület a felhágó remese előtt.

IV. 21-én alsó-középső hasmetszés aether altatásban *(Loessl)*. Tágult, barnás-vörös bélkacsok. A cseplesz a promontorium táján rögzitett. Tompa lefejtésekor ökölnyi, büzös gennyel telt sigmabél körüli tályog nyilik meg. A sigma és a végbél határán ökölnyi, kemény terimenagyobbodás, melyhez több vékonybélkacs lenött. Kismedence kiöblitése után szádlás és tamponade. Két nappal a műtét után rendkivül heves hashártyagyulladásban meghalt. Bonclelet: *(Ökrös)* peritonitis diffusa fibrinosa ichorosa, thrombosis venarum periprostaticarum.

A tályoghoz letapadt cseplesz leszorította a vékonybélkacsokat. A bélelzáródás tünetei annyira szembetűnőek voltak, hogy gyulladásos megbetegedésre nem is

gondoltunk. A beteg kora, a kórelőzmény és a vizsgálatok inkább rosszindulatú daganat mellett szóltak. A műtéti lelet sem döntötte meg ezt a feltevést. A talált elváltozás tályoggal szövődött sigmaráknak is megfelelt. A kórképet csak a boncolás tisztázta.

Amint eseteink is bizonyítják, a sigmabél körüli tályog, mint súlyos szövődmény, igen különféle, kórjóslatban és gyógykezelésben gyakran eltérő elvek szerint elbírálandó kórfolyamatokhoz csatlakozik. A beteg súlyos állapota rendesen még bizonytalan kórisme esetén is, azonnali beavatkozást tesz szükségessé és nem enged meg hosszadalmas, esetleg veszélyessé válható vizsgálatokat. A contrastbeöntéses vizsgálat és a végbéltükrözés például a letokolt folyamat áttörésére és általános hashártyagyulladásra vezet. A minden részletre kiterjedő, gondosan felvett kórelőzmény, egybevetve biztosan megállapított tályog esetében, a vizelet-vizsgálat, tapintás, a végbél és a nemiszervek vizsgálata, esetleges üres hasi röntgenátvilágítás adataival, elegendő az azonnali műtéti beavatkozás szükségességének és módjának megállapításához. Nem tekintve a féregnyulványkiirtás után keletkező maradék tályogokat, melyek, mint tapasztalatunk is mutatja, felszívódásra hajlamosak, a tályog azonnali megnyitása és szádlása ajánlatos. Az irodalomban közölt esetek egyrészében bekövetkezett önként-áttörést és kiürülést megvárni, *Strauss*-szal ellentétben, nem tartjuk veszélytelennek. A sebészi elveknek nem felel meg az olyan eljárás, mely az esetleges hasüri áttörés és általános hashártyagyulladás, vagy a hashártya mögötti eves kötőszöveti gyulladás veszélyének teszi ki a beteget.

Ha tályogot állapítunk meg, annak megnyitása és kiürítése a legfontosabb, kóroktana csak másodrendű fontosságú. A heveny tünetek lezajlása után azonban a modern kórismézés minden segédeszközét fel kell használnunk a tályog okának megállapítására. A végbéltükrözés, a gyomorbél-huzam röntgenvizsgálata, húgyivarszervi vizsgálatok, a betegek sűrűn megismételt ellenőrzése, az esetek legnagyobb részében a helyes kórismézhez vezetnek. A *helyes* kórisme teszi csak lehetővé a további megfelelő gyógykezelést.

A *sigmabél heveny gyulladásaiban,* bár *Delore* a csonkolást ajánlja, a belgyógyászati kezelés az egyedül célravezető. Bélfal phlegmoneban *Nordmann* körülírt elváltozások esetén az egyszakaszos csonkolást ajánlja. *Fekélyeket és sérüléseket* egyszerűen el kell varrni, ennek kivihetetlensége esetében egy vagy több szakaszban csonkolni. *Nordmann* a visszamaradó sipolyok kiirtását és a bélfalhiány többrétegű elvarrását ajánlja. *Finsterer* az ily ellátás mellett szerinte okvetlenül kiújuló sipoly megelőzésére a hosszú ideig megkisérelt, de sikertelen conservativ kezelés után a sipolyt hordozó bélkacs teljes kiiktatását és másodlagos csonkolását tartja egyedül célravezetőnek.

Idült gyulladásokban, gurdélygyulladásos áldaganatokban *Nordmann* a csonkolást szorgalmazza, míg *Finsterer* biztos kórisme esetében áldaganatokban megelégszik vastagbélsipoly készítésével. Ez véleménye szerint a gyulladásos tüneteket teljesen visszafejleszti. Tapasztalataink alapján *Nordmann* álláspontját kell helyesnek elfogadnunk, mert a rák kizárása az esetek egyrészében igen nehéz, néha lehetetlen.

Rákkal szövődött tályog esetében *Finsterer* a beteg bélrészlet kiiktatását, majd későbbi többszakaszos csonkolását ajánlja. A sigma tehermentesitésére minden esetben ajánlatos vastagbélsipolyt készíteni.

A *környező szervek betegségeihez* csatlakozó sigmabél körüli tályogokban a genyedést esetleg fenntartó idegentestek, elhalt szövetrészletek eltávolítása, a geny szabad elvezetésének biztositása legtöbbször elegendő s gyógyulásra vezet. Egyébként további teendőinket az illető szerv megbetegedésében követendő elvek szabják meg s azok szerint kell elbirálnunk a kórjóslatot is.

A sigmabél betegségeihez csatlakozó tályogok közül a legjobb kórjóslatúak a sérüléshez társulók. Az irodalomban közölt esetek kettő kivételével gyógyultak. *(Gerlach).* Heveny és idült gyulladásokban a kórjóslat az elsőleges elváltozás kiterjedésétől, fokától és minőségétől függ. Míg a heveny sigmabélgyulladás kellő kezelésre többnyire meggyógyul *(Strauss),* addig a phlegmone a betegek nagyrészében vérmérgezéses tünetek között halálos kimenetelű *(Nordmann).* Gurdélygyulladáshoz társuló szövődményekben *Gerzovitsch* az irodalomból összegyüjtött 85 esetből 34 halálos kimenetelüt talált, de 13 esetben a kimenetelt nem tudta megállapítani. A gyulladásos áldaganatok csonkolásának 15 százaléka *(Nordmann),* rákos esetek 27—40%-a halálos a különböző statistikák szerint. Az idejében végzett csonkolás a műtétet kiállott rákos esetek 40%-át több mint 3 évig kiújulásmentessé teszi. *(Mayo, Brunner).* Az elkésve műtétre kerülő betegek gyötrelmes életét az anus praeternaturalis minden kellemetlenségével járó palliativ műtétekkel csak ideig-óráig tudjuk meghosszabbítani.

A sigmabél körüli tályog, bár mint szövődmény is súlyos, legveszedelmesebbé azzal válhatik, hogy vizsgálatainkat helytelen irányba tereli és az alapbetegség tüneteit elfedve, megnehezíti annak felismerését. Minden esetben igyekeznünk kell az első betegséget megállapítani. Rák legcsekélyebb gyanuja esetében is, inkább esetleg eggyel többször csonkoljunk, mint eggyel kevesebbszer a kelleténél, mert csak így fog sikerülni céltudatos előkészités után, kellő időben, a megfelelő beavatkozással, az elsőleges és késői halálozást a lehető legkisebbre csökkenteni.

A Pesti Izraelita Hitközség Kórházai „C" belosztályának közleménye (osztályvezető-főorvos Lévy Lajos.)

Adatok a ketogen étrend hatásmódjához.*

Irta: *Julesz Miklós dr.* és *Winkler Erzsébet dr.*

A ketogen étrend alkalmazásának kiindulópontja az volt, hogy az asthmás rohamokat alkalosis előzi meg. Kerestek tehát olyan eljárást, mely a szervezet savanyitásával ezen alkalosis ellen küzd. Ezt a célt szolgálná a ketogen diaeta. Eszerint tehát a szervezet savanyítása volna a hatás döntő tényezője. Vagyis eredményt érhetünk el ketogen étrenddel akkor is, ha ketontest-kiürítés nem mutatkozik. Az 1931-ben közölt első esetünkben a ketogen étrend egész tartama alatt nem tudtunk ketosist elérni, azonban a szervezet savanyú irányú eltolódását mutatta az alkalitartalék jelentékeny csökkenése és elért eredmény kitünő volt. Legtöbb esetünkben a nehézlégzéses rohamok száma és foka csökkent a diaeta hatása alatt, még mielőtt aceton jelent volna meg a vizeletben. E körülmény egymagában is kizárja annak a lehetőségét, hogy a ketogen étrend hatékonysága a ketosissal függ össze.

Tiefensee állatkisérletekben a pilocarpinnal előidézett bronchusgörcsöt a szervezet megsavanyításával oldani tudta. Ugyanő asthmában jó eredményt látott egy ketogen diaetától eltérő savanyitó étrendtől, az asthmás

---

* A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1936. március 7.-i ülésén tartott előadás nyomán.

rohamokat pedig meg tudja szüntetni szénsav + levegő belélegeztetésével, ami által a vér hydrogenion töménysége savanyú irányban változott meg. *Faragó* szénsav + oxygen keverék belélegeztetésével idézte elő a szervezet megsavanyítását és átmenetileg az asthmás állapot megjavulását érte el.

Hollós novurit befecskendéssel az asthmás rohamot csaknem minden esetben meg tudta szüntetni; a jótékony hatást a vér tartalékalkalijának a roham megszüntekor észlelhető csökkenésével magyarázza.

Hogy a savanyításnak azonban nem lehet olyan döntő szerepe a húgyhajtók által előidézett rohamszüntető hatásban, mutatja az a körülmény, hogy *Hollós* kisérleteiben novurit után az alkalitartalék 1—2 óra mulva nemcsak hogy visszatért az eredeti mértékre, hanem 8 eset közül 4-ben azt meg is haladta. Ilyen körülmények között az asthmás állapotnak ismét be kellene következnie annál is inkább, mert *Böger* és *Nothmann,* valamint legújabban *Gottsegen* salyrgan injectiók után a diuresis tetőfokán a szervezet lúgos irányban történt eltolódását mutatta ki. Már pedig nem találunk adatot arra vonatkozólag, hogy a higanyos húgyhajtók hatására órák mulva az asthmás állapot rosszabbodása következnék be. *Hollós* is felhívja a figyelmet arra, hogy három esetében a novuritra bekövetkezett savanyodás ellenére sem szünt meg az asthmás roham.

Ugyanezt tapasztaltuk mi is a ketogen étrend hatására. Az alkalitartalék a hetekig tartó ketogen diaeta alatt jelentékenyen csökkent, de csökkent alkalitartalék mellett is észleltük átmeneti javulás után az asthmás állapot rosszabbodását.

Mindezekből következik, hogy a szervezet megsavanyítása egymagában nem lehet elégséges az asthmás rohamok megszüntetésére.

Adler, majd *Politzer* és *Stolz* vizsgálatai szerint a májbetegek vizet tartanak vissza. *Sedillot* arthritismusról irt könyvében erősen hangsúlyozza az arthritikusok (hepatikusok) oliguriáját. Másfelől viszont *Hajós* rámutatott a máj szerepére az asthmában. Ezek ismeretében kezdte adni *Hollós* a novuritot az asthmás rohamok megszüntetésére. A jó eredményt a szervezet víztelenítésére vezette vissza és a novurit hatására kimutatható savanyú irányú eltolódásnak is csak annyiban tulajdonít jelentőséget, amennyiben a savanyítás is a szervezet víztelenítését segíti elő.

Mi is gyakran észleltünk oliguriát asthmás betegeinken, sőt egyes esetekben az oliguria tetemes fokú volt (napi 250—350 ccm vizelet). A ketogen étrend hatására azonban a diuresis nem, vagy csak igen csekély mértékben fokozódott, noha a nehézlégzéses rohamok teljesen megszüntek. Másfél liter folyadék itatásával nem tudtunk rosszabbodást előidézni.

Mindezek szerint sem a szervezet savanyitásának, sem esetleges víztelenitésének nem tulajdonithattunk döntő szerepet a ketogen diaeta hatásának létrehozásában. Ujabb tényező után kellett kutatnunk, mely az asthmás szervezet sajátossága és melynek befolyásolásával párhuzamba hozható a ketogen étrend hatása.

Az eddigi vizsgálatok, nelyek a szervezet sav-basis-egyensúlyának zavarát mutatták ki asthmás betegeken, túlnyomóan a vér bicarbonat-tartalmának vizsgálatára szoritkoztak. Azonban a sav-basisegyensúly biztositására a szervezetnek nemcsak bicarbonatok állnak rendelkezésére, hanem ammonia is, melyet igen nagy mennyiségben képez a vese és talán a máj is a savval elárasztott szervezet védelmére. Az ammoniákkiürítés vizsgálatától olyan új adatot reméltünk, mely egyfelől az asthmás anyagcserezavarba enged bepillantást, másfelől pedig a ketogen étrend hatásmódjának megismeréséhez közelebb hozhat bennünket. E várakozásunkat indokolttá tette az a körülmény, hogy *Larsen* epilepsiában az ammoniák-anyagcsere „disregulatió"-ját mutatta ki.

Vizsgáló eljárás.

Kisérleti eljárásunk a következő volt. 3—4 napig standard étrenden tartottuk a kisérleti egyéneket. A diaeta könnyű, vegyes étrendnek felelt meg napi kétszeri 15 dkg-os húsadaggal, 3—4 zsemlyével, illetve annak megfelelő kenyérrel. Ez idő alatt vizsgáltuk a beteg diuresisét és ammoniakiürítését *Malfatti* módszere szerint. Amennyiben a vizsgált egyének ammoniakiüritése állandónak mutatkozott, fokozott ammoniakiürités létesitése céljából phosphorsavoldatot (8—16 gr acidum phosphoricum dilutum 200—400 ccm vízre) itattunk velük. A phosphorsav adása előtt, valamint utána ½—1—2 esetleg 4 órával a plasmában alkalitartalékmeghatározásokat végeztünk *Schlesinger* módszere szerint. Ezután ketogen diaetát kezdtünk. Ez idő alatt is naponta meghatároztuk az ammoniakkiüritést, még pedig külön a nappali és külön az éjjeli vizeletportióban és naponta vizsgáltuk a vizeletet qualitativ reactióval acetonra és acetecetsavra. 1—2 heti ketogen diaeta után ismét phosphorsav-megterhelést végeztünk 8—16 gr acidum phosphoricum dilutummal, valamint ezt megelőzőleg és utána ½—1—2, esetleg 4 órával meghatároztuk a plasma tartalékalkalitartalmát. A ketogen étrend ababhagyása után még napokig vizsgáltuk a szervezet ammoniákkiüritését.

Kisérleti eredményeink ismertetése.

Elsősorban azt óhajtottuk megtudni, hogy az asthmás betegek átlagos napi ammoniákkiüritése eltér-e lényegesen az egészséges egyénekétől. E célból 3 napig standard koszton tartott asthmások és egészségesek ammoniákkiüritésének középértékét hasonlítottuk össze. Az eddigi irodalmi adatok a napi amminiákkiüritést 400—600 mg-ra teszik. Kisérleteink szerint egészséges egyének átlagos ammoniákkiürítésének középértéke 650 mg, asthmásoké 630 mg. Tehát az asthmások és egészségesek napi ammoniákkiürítésében mennyiségi különbség nem mutatható ki. Az ammoniákkiürítés nappali, illetve éjjeli eloszlásában sem mutatkozott különbség.

Francia kutatók vizsgálatai szerint phosphorsavnak a szervezetbe juttatása nagyfokú ammoniákkiüritést okoz. Vizsgáltuk, hogy asthmás betegek phosphorsavra a rendestől eltérően ürítenek-e ammoniákot. Legtöbb esetben 8—16 gr ac. phosphoricum dilutum + 200—400 ccm víz itatására 2—4 óra mulva növekedett az ammoniákkiürítés, azonban az a napi kiüritésben mutatkozó ingadozások fokát meg nem haladta. Az egész napi ammoniákkiüritésre a phosphorsav itatása értékelhető hatással nem volt.

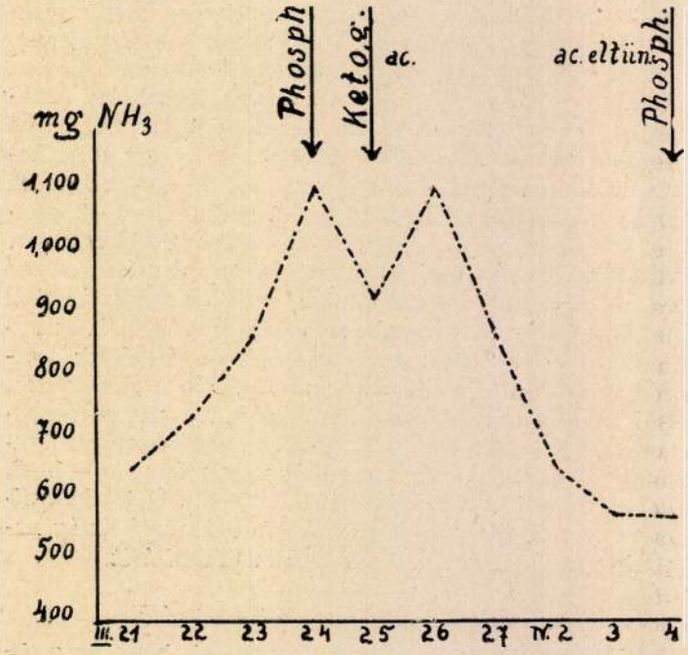
Ezen előkisérletek után kezdtük vizsgálni, hogy milyen módon hat a ketogen étrend az ammoniákkiüritésre. Egyidejüleg vizsgáltuk a ketogen diaeta hatását a plasma tartalékalkalijára.

12 asthmás, 1 pruritusban és 1 urticaria + ekzemában szenvedő betegen végeztük kisérleteinket. Ellenőrzésképen 4 egészséges egyénen is vizsgáltuk a ketogen étrend hatását 2—3 héten keresztül.

Egy nem asthmás, cystitises beteg ammoniákkiürítését szemlélteti az első grafikon.

A beteg könnyű, vegyes étrenden naponta 650—870 mg ammoniákot ürített. Ekkor 8 gr ac. phosphoricum dilutummal terheltük, mire ammoniákkiürítése 1,100 mg-ra növekedett. A következő napon ketogen étrendre fogtuk. Ezen a napon 930 mg volt a napi ammoniákkiürítés. A

ketogen diaeta második napján már acetonuria volt észlelhető és ezen a napon 1,100 mg ammoniát ürített. Következő napon acetonuria mellett 880 mg volt az ammoniákürítés. Ezután nem tartotta be étrendi utasításunkat, mire az aceton eltünt vizeletéből és ammoniákürítése 660 mg-ra, majd 580 mg-ra csappant. Phosphorsavmegterhelés az ammoniákkiürítést fokozni nem tudta. A többi, nem asthmás kisérleti egyénen is a fentihez hasonló görbét kaptunk.

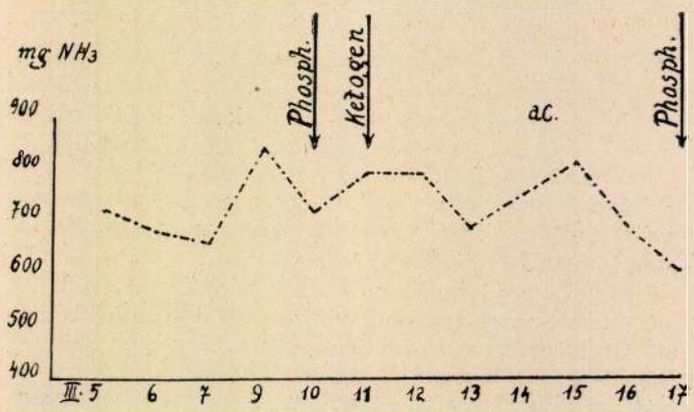


1. ábra.
Normalis egyén ammoniakkiürítési görbéje mg-okban kifejezve.

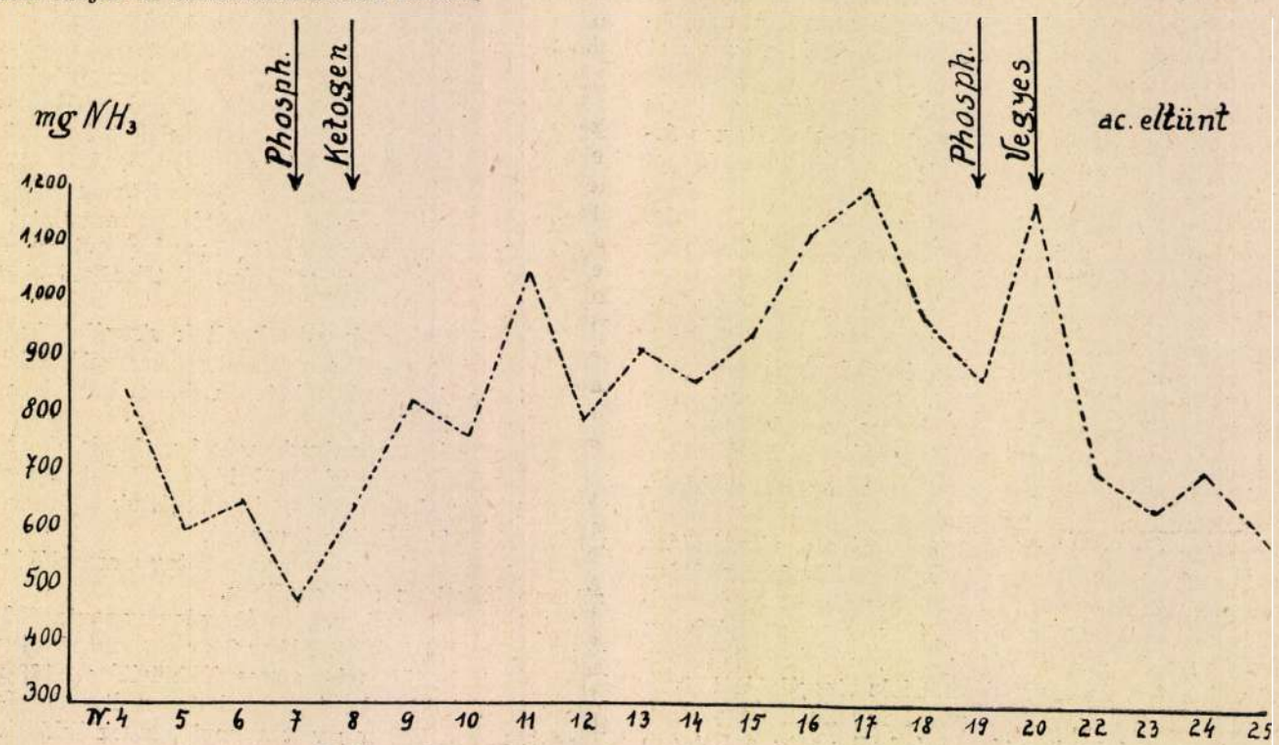
Nem asthmás egyének tehát ketogen étrend hatására fokozott mértékben üritenek ammoniákot. Az ammoniákkiürítés fokozódása standard koszt melletti kiürítéshez viszonyitva 45—50%-ot tesz ki. A fokozott ammoniákkiürítés acetonuria mellett 1—2 hétig tart, azután fokozatosan csökken és ilyenkor már a ketosis fokozásával sem tudjuk az ammoniákkiürítést növelni.

Az asthmás betegeken ketogen étrend hatására nyert ammoniákkiürítési görbék között négyfélét lehetett megkülönböztetni. Helyszűke miatt mindegyik fajta ismertetésére 1—1 görbét közlünk. (l. 2. és 3. ábra.)

Asthmás beteg ammoniákkiürítési görbéje. A beteg standard — körülbelül 60 gr állati fehérjét tartalmazó — étrenden első nap 840, második nap 610, harmadik nap 650 mg (átlagban 700 mg) ammoniákot ürített. Ugyanezen étrenden 8 gr ac. phosph. dilutummal terhelve a napi ammoniákkiürítés inkább csökkent (490 mg). Ekkor ketogen étrendre fogtuk a beteget. Az ammoniákkiürítés fokozatosan növekedett. A ketogen étrend 4. napján jelent meg az aceton a vizeletben. Ekkor 1.050 mg ammoniákot ürített. A következő napokban kisebb ingadozásokkal fokozódott az ammoniákkiürítés és a ketogen diaeta 10. napján, állandóan positiv aceton- és időnkint positiv acetecetsavreactio mellett elérte a napi 1,200 mg-t. Ezután 2 napig csökkent az ammoniákkiürítés phosphorsavmegterhelés ellenére, majd ismét 1,180 mg-ra emelkedett. Ekkor vegyes étrendre tértünk át, mire az ammoniákkiürítés 700 mg-ra zuhant alá, a következő napokban pedig tovább csökkent 550 mg-ra. E beteg a ketogen étrend alatt teljesen rohammentes volt és ilyen állapotban hagyta el az osztályt.

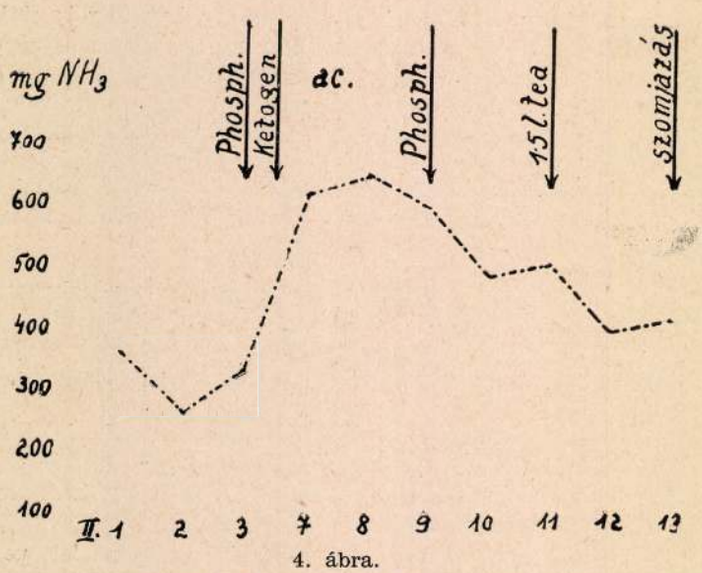


3. ábra.
Súlyos asthmás fiatal leány ammoniakkiürítési görbéje



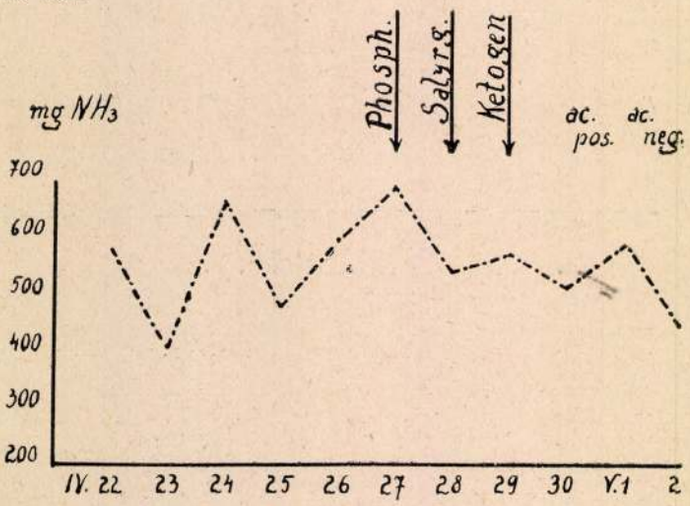
2. ábra. Könnyü asthmás ammoniakkiürítési görbéje.

Súlyos asthmában szenvedő fiatal lány ammoniákkiürítési görbéjét tünteti fel a 3. ábra. A beteg standard étrenden átlagban 723 mg ammoniákot ürített. Sem phosphorsavmegterhelés, sem ketogen diaeta az ammoniákkiürítésben lényeges változást létrehozni nem tudott. Rohamai a ketogen étrendre nem szüntek, sőt állapota a diaeta alatt határozottan rosszabbodott.



4. ábra.
Könnyü asthmában és vasomotoros rhinitisben szenvedő nő ammoniakkiürítési görbéje.

Elég könnyű asthmában és vasomotoros rhinitisben szenvedő nő ammoniákkiürítési görbéje az előző kettőtől abban tér el lényegesen, hogy a beteg átlagos ammoniákkiürítése a rendesnél jóval kisebb (323 mg). Ketogen étrendre ez csakhamar 630 mg-ra emelkedett, majd a 660 mg-t is elérte. Innen kezdve az ammoniákkiürités az acetonuria ellenére fokozatosan csökkent és a diaeta elkezdésétől számitott 9. napon már csak 430 mg volt az ammoniákkiválasztás. A csökkenésen nem változtatott, hogy a diaeta mellett a beteget phosphorsavval terheltük, más alkalommal 1.5 liter folyadékot itattunk vele és végül ismét más napon 24 órán át szomjaztattuk. A ketogen étrend második napjától kezdve a beteg panaszmentes volt.



5. ábra.
Súlyos asthmás nő ammoniakkiürítési görbéje.

A 3. és 4. grafikon combinatiójaként fogható fel az 5. ábra, mely egy igen súlyos asthmában szenvedő asszony ammoniákkiürítését tünteti fel. E beteg átlagos ammoniákkiürítése kisebb a rendesnél (546 mg). A III. fajta ammoniákkiürítési görbétől azonban eltér annyiban, hogy ketogen étrend hatására az ammoniákkiürítés ép úgy nem változott, mint a II. typusú görbén. E beteg asthmás rohamain az étrend semmit sem tudott változtatni.

Az asthmás betegek tehát ammoniákkiürítés szempontjából négy csoportba oszthatók: 1. absolut ammoniákkiürítés standard koszton rendes, ketogen étrendre pedig fokozódik (80—90%-kal). 2. az absolut ammoniákkiürítés rendes ugyan, de ketogen étrendre nem fokozódik. 3 standard diaetán a rendesnél kevesebb ammoniákot ürítenek, azonban ketogen étrendre ammoniákkiürítésüket majdnem 100%-ig fokozni képesek. 4 absolut értékben a rendesnél kevesebb ammoniákot üritenek és ammoniákkiürítésük ketogen étrendre nem növekedik.

Érdekes megfigyelésünk, hogy az 1. és 3. csoportba tartozó asthmások ketogen diaetára javultak, míg a 2. és 4. csoport tagjaira ez hatással nem volt. Vagyis úgy tünik fel, hogy azok az asthmások, akik ketogen diaetára fokozott mértékben képesek ammoniákot üríteni, jól is reagálnak rá és csakis ezek reagálnak. Azok az asthmás betegek, akik ketogen étrend hatására nem tudják fokozni ammoniákkiürítésüket, nem is javulnak. Bár a ketogen diaeta hatékonysága nem mindég arányos az asthma súlyosságával, mégis azt kell mondanunk kisérleteink alapján, hogy eseteinkben a súlyosabb, nehezen befolyásolható asthmások a 2. és 4. csoportba tartoztak. Eszerint *a súlyosabb asthmásokon a sav-basisegyensúly sajátságos zavarát tudtuk kimutatni, mely abban nyilvánul, hogy a szervezet elvesztette azt a sajátságát, hogy ketosisra fokozott ammoniákkiürítéssel feleljen.* Jelen vizsgálatainkkal nem lehet eldönteni, hogy az ammoniákképzés szenvedett-e zavart, vagy a ammoniákmobilizálás. A könnyebb asthmások, akár kevés, akár rendes az ammoniákkiürítésük, ketogen étrendre fokozni tudják azt, tehát alkalmazkodni tudnak a megváltozott állapothoz. Természetesen kétségtelen, hogy az asthmás szervezet kóros anyagcseréje nem kizárólag az ammoniákkiürítés zavarában nyilvánul. *Schittenhelm* vizsgálataiból tudjuk, hogy a K/Ca quotiens a kalium javára tolódik el. *Hajós* és *Kürti* a húgysavanyagcsere zavarát mutatta ki. Az ammoniákkiürítés zavarát azonban az asthmás anyagcserezavar egyik lényeges tényezőjének kell tekintenünk.

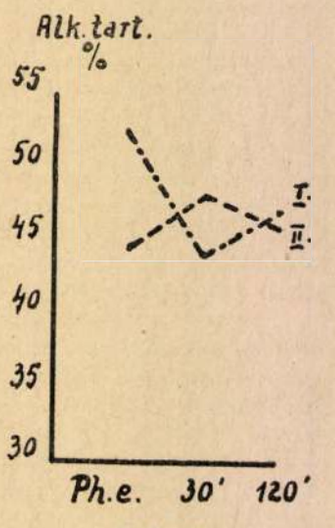
A szervezet alkalikészletének túlnyomóan nagy részét a Na teszi, mely legnagyobb részben bicarbonát, kisebb részben albuminat alakjában áll a szervezet rendelkezésére a savanyodás elleni küzdelemben. A tartalékalkalin a plasma natriumbicarbonat tartalmát értjük, melyet 100 ccm plasmából felszabadítható CO_2 ccm-eivel fejezünk ki. Ha savat viszünk a szervezetbe, vagy valami kóros anyagcserefolyamat következtében szerves savak árasztják el a szervezetet, akkor a sav közömbösítésére natriumbicarbonatot használ a vér s így az alkalitartalék csökken. Azonban nemcsak bicarbonatot használ, hanem ammoniákot is, melyet legnagyobb részben a vesék termelnek.

Ha egy cukorbajos komássá válik, akkor nagymenynyiségű acetecetsav és β-oxyvajsav árasztja el a szervezetét, melynek közömbösítésére túlnyomó részben tartalékalkaliját használja el. Ugyanez történik ketogen étrend hatására. Mind egészséges, mind allergiás egyének tartalékalkalija ketogen diaeta hatására csökken. A csökkenés 1—2%-tól 20%-ig terjedt kisérleteinkben. Kivételesen azonban előfordult, hogy 1—2 heti ketogen étrend után nagyobb tartalékalkali értéket kaptunk, mint annak előtte. Az emelkedés egy esetünkben 24%ot tett ki. Ezt csak oly módon tudjuk magyarázni, hogy a szervezet a

ketogen étrend alatt annyira begyakorlódik az ammoniákos közömbösítésbe, hogy a savak túlnyomó részét egy bizonyos idő mulva már nem bicarbonattal, hanem ammoniákkal semlegesíti.

Hogy a szervezet ilyen irányú áthangolása valóban megtörténhetik, amellett látszanak szólni azon kísérleteink, melyekben a phosphorsavmegterhelés hatását vizsgáltuk a tartalékalkalira ketogen étrend előtt, valamint 1—2 hetes ketogen étrend után. Egészséges egyénen 8—16 gr acidum phosphoricum dilutum per os adása után az alkalitartalék csökken. A csökkenés, mely rendszerint nem nagyfokú, fél—egy óra mulva éri el maximumát és 2—3 órán belül lezajlik. Ketogen diaeta után általában az alkalitartalék csökken, egyébként phosphorsav hatására ugyanolyan irányú változást látunk, mint ketogen étrend előtt.

Allergiás betegeink egy része azonban a rendestől eltérően viselkedik. Míg ketogen diaeta előtt adott phosphorsavra a tartalékalkali csökkent, majd 2—3 óra mulva az eredeti mértékre emelkedett, addig 1—2 hetes ketogen diaeta után phosphorsav adására az alkalitartalék növekedését észleltük.



6. ábra.
Súlyos asthmás beteg alkalitartalék görbéje phosphorsavmegterhelés után.
I. —.—.—.—.—. ketogén diaeta előtt
II. ——————— ketogen diaeta alatt

A fenti görbe ammoniákkiürítés szempontjából IV. csoportba (csekély ammoniákkiürítés, mely ketogen diaeta hatása alatt nem változik) tartozó súlyos asthmás beteg alkalitartalék görbéit tünteti fel 8 gr ac. phosphor. dilutum + 200 gr víz elfogyasztása után. Az I. görbe ketogen étrend előtt, a II. ketogen étrend alatt végzett kisérlet eredményeit mutatja. A tartalékalkali 52.5%-ról fél óra alatt 44%-ra esett, 2 óra mulva 47%-ra emelkedett. 2 hetes ketogen étrend után az alkalitartalék 44.5%-ra csökkent. A phosphorsav itatása után az alkalitartalék 48%-ra emelkedett, majd 2 óra mulva 45.5%-ra ment vissza. 7 asthmás beteg közül 4-en találtunk hasonló viselkedést. Ezek közül 3 a II. és IV. csoportba, 1 a III.-ba tartozott.

E paradox viselkedés magyarázatára nem elegendő feltételeznünk, hogy a szervezet ketogen diaeta hatására legnagyobbrészt ammoniákot használ a phosphorsav közömbösítésére, mert így csupán az volna érthető, hogy a tartalékalkali nem csökken; szaporodására ily módon nem kapunk magyarázatot. A kérdés tisztázására elengedhetetlenül szükséges volna minden esetben a gyomornedv sósavtartalmának, a serumchlor és serumfehérjék változásának pontos ismerete. E tényezők fontos szerepet játszanak a szervezet sav-basisegyensúlyának biztosításában és ezek pillanatnyi változásával szoros összefüggésben van az alkalitartalék mértéke.

Épen ezért, bár a fenti paradox viselkedést mutató 4 asthmás beteg közül 3 a súlyos asthmások (II. és IV. csoport) csoportjába tartozik, mégsem lehet e paradox reactiót a kórosan megváltozott asthmás anyagcserével összefüggésbe hozni.

1931-ben *Anselmino* és *Hofmann* a hypophysis elülső lebenyéből ketogen hatású hormont isolált. Kínálkozó gondolat, hogy a beteget sokszor megpróbáltató ketogen diaeta helyett rendes táplálkozáson ketogen hormonnal igyekezzünk ketosist előidézni. Kérésünkre *Engel Miklós*, a Chinoin-gyár vegyészmérnöke ketogen hormon-készitményeket bocsájtott rendelkezésünkre. Kevésszámú kisérletünk azonban még nem elegendő végleges itéletalkotásra.

Összefoglalás: Allergiás és egészséges egyének napi ammoniákkiürítésében különbség nem mutatható ki.

Phosphorsavnak ammoniákkiürítés provokáló hatásában sem mutatkozik eltérés ép és allergiás szervezet között.

Nem asthmás egyének ketogen étrend hatására fokozott mértékben ürítenek ammoniákot. A fokozott ammoniákürítés acetonuria mellett 1—2 hétig tart, azután fokozatosan csökken.

Asthmás, illetve allergiás betegek a ketogen étrend előidézte ammoniákkiürítés szempontjából négy csoportba oszthatók:

I. csoportba tartozók rendes koszton normalis ammoniákmennyiséget ürítenek; ketogen étrend hatására az ammoniákkiürítás jelentékenyen fokozódik.

II. csoport tagjainak absolut ammoniákkiürítése rendes, ketogen étrend hatására azonban nem fokozódik.

III. csoportba azok az asthmás, illetve allergiás betegek tartoznak, akik standard diaetán a rendesnél kevesebb ammoniákot ürítenek, azonban ketogen étrendre ammoniákkiürítésük jelentékenyen fokozódik.

IV. csoportba tartozó allergiás betegek kevesebb ammoniákot ürítenek a rendesnél és ammoniákkiürítésüket a ketogen étrend fokozni nem képes.

Megfigyeléseink szerint a súlyos asthmások a II. és IV. csoportba tartoznak, vagyis a súlyos asthmások szervezete elvesztette azon képességét, hogy ketosisra fokozott ammoniákkiürítéssel feleljen.

A ketogen étrend csak az I. és III. csoportba tartozó asthmásokra hatásos, míg hatástalan a II. és IV. csoportba tartozókra.

Ketogen étrend hatására a vér tartalékalkalija általában csökken.

Emlékeztető!...

Felhívjuk Kartáraink figyelmét, hogy a gyakorló orvosok részére gyógyszertárakban rendelkezésre álló tartályok, — melyek elsősorban a fertőző betegek váladékainak a beküldésére szolgálnak, — az Országos Közegészségügyi Intézet tulajdonát képezik. A tartályok igénybevételét miniszteri rendelet szabályozza. A rendelet szerint az *Országos Közegészségügyi Intézet tartályaiban vizsgálati anyagok csakis az Országos Közegészségügyi Intézetbe vagy vidéki Állomásaihoz küldhetők be.* A tartályok csakis a megfelelő célra használhatók fel, vagyis pl. kórszövettani anyag beküldésére sem a széklet, sem a torokváladék vételére szolgáló tartályok nem alkalmasak.

Orsz. Közegészségügyi Intézet.

A Pázmány Péter Tudományegyetem élettani intézetének közleménye.

A digitalis hatása a systolés pulzustérfogatra aorta insufficientia esetében.

Irták: *Berencsy Gábor dr.* és *Mosonyi János dr.*

Sahli[1] saját készülékével aorta insufficientia esetében a rendesnél jóval nagyobb pulsustérfogatot mért, de ezt az értéket hibásnak tartotta; feltételezte ugyanis, hogy ezen vitium esetén a pulsustérfogat a regurgitatio miatt kicsiny. Saját állítása szerint a készüléke csupán aorta-insufficientia esetén nem ad helyes értéket. Mivel *Sahli* készüléke ellen elvi kifogások tehetők, a kérdést újból megvizsgáltuk. Aorta insufficientiás betegeken a *Sahli-féle sphygmobolometerrel és a Mosonyi-féle*[2] *sphygmoonkometerrel végeztünk párhuzamos méréseket.*

A mérések eredményei azt mutatták, hogy a *Sahli* készüléke éppen ezen esetben ad jó értéket, tehát aorta insufficientia esetében a pulsustérfogat valóban nagyobb a rendesnél. Az áramlásviszonyoknak ezen sajátságos megváltozását ezen aortavitium esetében a sphygmoonkometerrel *(Mosonyi)* végzett mérések alapján sikerült megállapítanunk. Ez a látszólag paradox jelenség abból érthető, hogy a balkamra a diastole alatt nemcsak a bal pitvarból, hanem regurgitatio folytán az aortából is kap vért és ezért systolekor nagyobb vérmennyiséggel dolgozik, mint ép szív esetén és így a peripheriás áramlás mértéke is nő. A regurgitatio viszont — ellentétben *Sahli* feltevésével — nem kisebbítheti a *systolés pulsustérfogatot,* mert a *pulsustérfogat a systole alatt az érkeresztmetszeten átfolyt vérmennyiséget jelenti;* regurgitatio pedig csak a diastole alatt történik.

Másrészt az aortabillentyű elégtelensége folytán beálló regurgitatio miatt a diastolés nyomás annyira csökkenhet, hogy áramlás az arteriás rendszerben csupán a systole folyamán következik be. Hogy tehát a szövetek rendes vérellátása biztosíttassék, ami compensált aortabillentyűelégtelenség esetében klinikai észleletek szerint meg is történik, a systole folyamán több vérnek kell a capillaris érrendszeren átáramolnia, mint physiologiás körülmények között, más szóval a systolés pulsustérfogatnak aortabillentyűelégtelenség compensált és decompensált eseteiben is a physiologiás értéknél nagyobbnak kell lennie (ha a decompensatio nem túlságosan súlyos). Aorta insufficientia esetén tehát megváltozik az arány az arteriás rendszerben a *systole* s a *diastole* alatt átfolyt vérmennyiség között, még pedig a *diastolés áramlás* rovására. Pl. ha ez az arány egészséges szervezetben 3:2, akkor aorta insufficientia esetében 4:1, sőt 5:0 is lehet a viszony, másszóval a diastole folyamán kevés, vagy egyáltalában nem áramlik vér az arteriás rendszerből a venás érrendszerbe, míg a systolés áramlás csak akkor hanyatlik a rendes érték alá, ha a decompensatio egy bizonyos foknál nagyobb. *Sahli*-nak azt az észleletét tehát, hogy saját készülékével ezen vitium esetében mért nagyobb pulsustérfogat a készülék hibaforrásának tudható be, az imént mondottak alapján is joggal kifogásolhatjuk.

A keringésviszonyok megállapítása után tértünk át vizsgálataink tulajdonképeni tárgyára, még pedig annak megállapítására, hogy *a digitalis miképen befolyásolja a peripheriás keringés intensitását.* Ezen vizsgálatainkat 15 aorta insufficientiás betegen végeztük. Ezen esetek közül hármat ismertetünk paradygmaként, tekintettel arra, hogy ezek közül két betegen többizben megismételtük a vizsgálatokat a digitalis adagolást megelőzően, majd digitalis adagolása és annak megvonása után. A betegek kb. egy hét alatt 2—3 g digitalis port vagy ennek megfelelő infusumot kaptak és ezután jelentkeztek vizsgálatra, majd 4—8 heti digitalis-megvonás után — mikor már a cumulativ digitalis-hatás elmult — megismételtük a méréseket.

Vizsgálataink arra a meglepő eredményre vezettek, hogy a digitalis hatására az aortainsufficientiás egyének pulsustérfogata megkisebbedik. E jelenség mindkét pulsustérfogatmérő eljárás szerint megállapítható volt.

A közölt táblázatban a három klinikailag kiegyensúlyozott betegnek vizsgálati adatait közöljük. *Az első számú esetben* mindkét készülékkel mért pulsustérfogat értéke magas volt, *Sahli* készülékével 0.304 ccm-es, a *Mosonyi* készülékével 0.107 ccm-es értéket mértünk. Digitalis adagolására e magas értékek a physiologiás érték felé tolódtak el, bár azt teljesen nem érték el, a sphygmobolometeres érték 0.214-re, a sphygmoonkometeres pedig 0.098-ra csökkent. (Ez esetben a diastolés nyomás a sphygmoonkometerrel nem volt mérhető, tehát a manometer nulla nyomása mellett is szakaszos áramlást észleltük, jeléül annak, hogy a billentyűhiba oly nagyfokú volt, hogy az áramlás a diastole tartama alatt teljesen szünetelt és csak a systole alatt haladt tova a vér az érmederben.) *A második számú esetben* a vizsgálat első hónapjában a billentyűhiba még kisebbfokú, miért is a diastolés nyomás a sphygmoonkometer segítségével meghatározható volt (holott a Riva—Rocci-készülékkel a pulsus sonans jelensége nulla compressiós nyomás mellett sem tűnt el). Nyilván a billentyűhiba kisebb voltának tudható be, hogy a pulsustérfogat csökkenése nem volt olyan nagyfokú digitalis adagolására, mint az előbbi esetben. A *Sahli* készülékével 0.207 ccm-es pulsustérfogat digitalisra 0.176-ra, míg a sphygmoonkometeres érték 0.073 ccm-ről 0.06 ccm-re csökkent. Egy másik kísérlet periodus alatt a sphygmobolometerrel nyert érték 0.270-ről 0.168-ra, sphygmoonkometeres érték pedig 0.107ről 0.084-re csökkent. Ez utóbbi készülékkel mért optimalis nyomás-értékek, mint a táblázat adataiból kitűnik, eleinte 40—49 Hg mm nyomás körül mozogtak, később 20 Hg mm-re csökkentek (*Sahli* szerint mérve 100 Hg mm-ről 90-re), vagyis ennek a betegnek rosszabbodott az állapota és közeledett az első számú betegéhez, akin nulla compressiós nyomáson is szakaszos áramlás volt észlelhető a sphygmoonkometeres vizsgálattal. Az optimalis nyomásnak ezen csökkenése jelenti egyúttal a diastolés nyomás csökkenését is. *A harmadik számú esetünkben* digitalis adagolása előtt észlelt nagy pulsustérfogat 3 g pulv. digitalisnak megfelelő infusum hatására feltűnően kicsiny lett. *Sahli* szerint mért 0.232 ccm-es érték 0.154-re, a sphygmoonkometerrel mért 0.076-ról 0.024-re csökkent. A betegen azonban már a digitalis-mérgezés tünetei is mutatkoztak.

A pulsustérfogat digitalis-hatás okozta megkisebbedésére vonatkozó ezen észlelések helyességét *Wollheim*[3] vizsgálatai is igazolják, aki trypanvörös módszerrel kimutatta, hogy az aorta-insufficientiás és bizonyos, egyéb vitiumos betegekben a keringő vér mennyisége megszaporodott, de digitalis hatására megkevesbbedik, azáltal, hogy a vérnek egy része a depot-szervekben felraktározódik. Vizsgálatai szerint a jelenség compensált és decompensált esetekben egyaránt bekövetkezik.

Kérdés, hogyan magyarázható ez a látszólagos paradox jelenség.

Elméletileg *háromféle feltevés volna lehetséges.* Feltételezhető volna az, hogy a systole időtartama hosszabbodik meg és a diastole megrövidül (esetleg eltűnik), ami által a regurgitatio foka csökkenne, e körülmény azután a systole- és a pulsustérfogat megkisebbedésére vezetne.

Másodszor okozhatná e jelenséget az erek szűkülése, esetleg csupán azok tonusának növekedése is. Végül az alább kifejtendő oknál fogva a vér áramlássebességének a fokozása révén is bekövetkezhetnék digitalis hatására a pulsustérfogat csökkenése.

Az első feltevés, vagyis a *systole időtartamának meghosszabbodását* mérlegelve *Dreser*[4] vizsgálatai veendők figyelembe. Ezek szerint mérgező digitalis adagra az ú. n. „sytolés plateau" áll be. Ennek folyamán pedig a diastole feltűnően megrövidül s mivel így regurgitatióra rövidebb idő áll rendelkezésre, fokozatosan eltűnhetik az a vértöbblet, ami a balkamrába minden diastole alatt visszafolyván a következő verőtérfogatot kórosan megnöveli. Ezt a kérdést harmadik betegünkön, akin kisebbfokú digitalis-mérgezés tüneteit észleltük, *elektrokardiographiás úton vizsgáltuk*. Kiderült, hogy ezen a betegen jelentéktelen viszonylagos systolemeghosszabbodás valóban észlelhető volt, melynek a mértéke azonban korántsem elegendő arra, hogy a pulsustérfogat-csökkenést ezzel megmagyarázhatnók.

1. táblázat.

Név	Digitalis szedés ideje	Mérés ideje	Pulsusszám	Spygmobolom. ért. (Sahli) Optimalis nyomás Hg mm	Spygmobolom. ért. (Sahli) Spec. pulsus térf.	Spygmoonkom. ért. (Mosonyi) Optimalis nyomás Hg mm	Spygmoonkom. ért. (Mosonyi) Spec. pulsus térf.
I. Cs. J.		dec. 15. 78	90	0.304	13		0.107
64 é n.	1935	jan. 5. 78	90	0.304	17		0.107
56.5 kg	I. 5—22-ig	jan. 23. 60	110	0.214	7		0.098
	II. 20-tól	febr. 20. 66	100	0.304	4—7		0.181
	III. 2-ig	márc. 5. 72	110	0.260	4—7		0.098
		ápr. 3. 72	100	0.178	4—13		0.089
	IV. 10. 22-ig	ápr. 24. 60	90	0.214	4—13		0.100
II. H. L.	1934						
54 é. f.		jún. 30. 96	100	0.270	36		0.073
74 kg.	VII. 3-8-ig	júl. 9. 98	100	0.176	49		0.060
	VIII. 4-8-ig	aug. 4. 80	100	0.270	41		0.073
1934	XII. 22-től	aug. 9. 90	100	0.297	41		0.059
1935	jan. 2-ig	dec. 21. 78	100	0.270	36		0.097
	1935	jan. 3. 84	100	0.135	40—47		0.093
		márc. 6. 72	90	0.270	36		0.107
	V. 10- 22-ig	máj. 23. 72	90	0.168	20		0.084
III. M. S.	1935						
60 é.f.		ápr. 9. 72	90	0.232	0—79		0.076
64 kg	IV. 10-22-ig	ápr. 24. 66	90	0.154	0—79		0.024

A digitalisnak az érrendszerre gyakorolt hatását számos vizsgálattal tisztázták. *C. Fahrenkampf*[5] macska és házinyúl isolált szervein végzett kísérleteiben megállapította, hogy 1.8 mg digitoxin 100 ccm folyadékban a végtag ereit szűkíti. Azonban már hatszor nagyobb higításban (0.3 mg:100 ccm) a szív tonikus összehúzódására, a szív megállására vezet. Tehát gyógyító adagra a végtagok ereinek szűkülete nem következhetik be. *Naegeli* továbbá az arteria radialis pulsusgörbéjén a digitalis adagolása után reflexiós hullámokat észlelt a leszálló száron, ami szerinte annak a következménye, hogy az érnek a fala keményebbé, tehát a merev csőhöz hasonlóvá lesz, lumene azonban nem változik. A tonusfokozódás, amely *Naegeli* vizsgálataiból következtethető, ha a jelenség létrejöttében némi szerepet is játszhatik, mégsem lehet olyan nagyfokú, hogy a peripheriás keringés intensitásának általunk mért kisebbedésére elegendő magyarázatul szolgálhatna.

Véleményünk szerint a kérdés kielégítő módon csak az áramlássebességnek növekedésével magyarázható. *O. Vagt*[6] egészséges emberen intravenásan adott strophantinra mérsékelt vérnyomásemelkedést észlelt érszűkület nélkül (plethysmographiásan) fokozódó áramlási sebesség mellett (tachographfal). *Pick*[7] közvetlen módszerrel mérte kutyának venájában és arteriájában az áramlássebességet digitalis adagolásra és azt észlelte, hogy az arteriában az áramlássebesség kezdetben nő anélkül, hogy a vérnyomás jelentékenyen emelkednék. Emelkedő vérnyomáskor azután az áramlássebesség csökken. *C. Tigerstedt*[8] áramórával mért másodperc-térfogatot curarisált házinyúlon aethernarkosisban. Strophantin és digitalis nem túlnagy adagai után gyorsulást észlelt, ha az áramlássebesség előzőleg kórosan alacsony volt. Végül *Hochrein* és *Meier*[9] emberen végzett vizsgálataiból is ismeretes, hogy a digitalis és a strophantin adagolására a véráramlássebesség tényleg nő. A véráramlássebesség fokozódása következtében már most a digitalis-hatás kezdetén a pulsustérfogat minden bizonnyal átmenetileg növekedni fog, *míg a billentyűhiba folytán előálló kóros vértöbblet az arteriás rendszerből el nem tűnik;* még a diastole bekövetkezése előtt ugyanis az arteriás rendszerben foglalt s sebesebben áramló vérnek nagyobb hányada folyik a a capillarisokon át, tehát nem reguálhat a bal gyomorba olyan mértékben, mint digitalis adagolása nélkül. Ha azonban az előbb említett kóros vértöbblet az arteriás rendszerből már eltűnt, ezen átmeneti állapotot a peripheriás keringés intensitásának csökkenése, a physiologiás érték felé közeledése fogja felváltani.

Összefoglalás: Vizsgálataink szerint, a systolés pulsustérfogat aorta insufficientia esetében, *Sahli* feltevésével ellentétben, a physiologiás értéknél jóval nagyobb. Digitalis adagolására ez a kóros pulsustérfogat megkisebbedik.

Irodalom: 1. Klinische Untersuchungsmethoden. 1928. — 2. Z. F. d. ges. exper. Med. 85. 307. 1932. — 3. Klin. Wschr. 1261. 1928. — 4. A. e. Phk. 24. 237. 1888. — 5. A. e. Phk. 65. 367. 1911. — 6. Zbl. f. Herz. u. Gefässkrankh. 8. sz. 1911. — 7. Med. Klin. 1909. — 8. A. e. Phk. 42. 424. 1899. — 9. Archiv. f.Physiol.20, 1897. — Münch Med. Wschr. 1927. 47, sz. 1995.

A Pázmány Péter Tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye. (Igazgató: Hainiss Elemér ny. r. tanár.)

A meningitis purulenta asepticáról.*

Irta: *Wirth József dr.*

Az első asepticusnak mondott meningitist *Quincke* írta le meningitis aseptica serosa néven, melynek főtünete az intracranialis nyomásfokozódása volt, míg maga a liquor nagyon kevés kóros elváltozást mutatott. Ez a meningitis bakteriummentes. 1910—11-ben Párisban keletkezett egy ilyen asepticus meningitis-járvány. 1922-ig csökkent a megbetegedések száma, de azóta ismét szaporodott. Főleg az északi államokból érkeztek ilyen közlemények. Az utóbbi időben *Wallgren* és tanítványa *Gunther* közölt nagyszámú ilyen esetet, melyekben jellegzetes meningitises tünetek közt a liquor víztiszta volt s üledékében nagyszámú lymphocytát lehetett kimutatni.

Wallgren szerint hasonló betegségektől az elkülönítés a következő pontozatokban foglaltak alapján lehetséges: 1. hirtelen megjelenés, határozott meningitises tünetek, 2. meningitises liquor-elváltozás, ingadozó számú egymagvú sejtszaporodás, melyet a leukocyták polynuclearis formái kissé megzavarosíthatnak, 3. steril liquor mind a közvetlen, mint a biologiai és kulturális vizsgálatokkal, 4. aránylag rövid és jóindulatú lefolyás, szövődmények nélkül, 5. kimutatható ok hiánya, mely lehetne

* A Magyar Gyermekorvosok Társasága 1935. évi nagygyülésén tartott előadás nyomán.

helyi (otitis, sinusitis, trauma stb.) vagy általános (heveny vagy idült fertőző betegség), 6. epidemiologiás vonatkozásban egy olyan fertőző baj hiánya, mely meningitist okozhatna.

E hat pont egy mondatba foglalva: heveny, jóindulatú betegség, melynek okát bakteriologiai és biologiai vizsgálatainkkal felderíteni nem tudjuk.

A *Quincke*-től eredő serosus meningitis kifejezést különféleképpen értelmezik, ebből aztán az idők folyamán fogalomzavar támadt. Serosus asepticus meningitisről csak abban az esetben beszélhetünk, ha a savós exsudatio kifejezéseképpen a folyadék fehérjetartalma megszaporodott. Sokan azonban nem a fehérjeszaporulatot, hanem a fokozott liquornyomást tartják jellegzetesnek és azokat az eseteket is egy kalap alá foglalják, ahol fehérjeszaporulat nincsen. A gerincvelői folyadék diagnostikai értékelését megnehezíti az a körülmény is, hogy a határozottan gyulladásos, sőt genyes meningitisben is a gerincvelői folyadék víztiszta, fehérje-, sőt bakteriummentes és sejtszegény lehet. Ez akkor lehetséges, ha a meninxek gyulladásos részei az összetapadás folytán a lumbalis zsák alsó részétől el vannak zárva, ami pl. otogen meningitisekben nagyon gyakran előfordul. Ilyen esetben ennek eldöntésére nagyon célszerű cysterna csapolást végezni. A Quincke-féle serosus asepticus meningitisek esetében a kórbonctani leletek sem egységesek. Az első — *Schultze* és tanítványa által leírt esetekben az agyhártyákon a gyulladásos elváltozások teljesen hiányoztak, azonban a legkisebb vérerek környékén és az agykéreg legfelsőbb rétegeiben mégis kimutathatók voltak. Éppen ezért *Schultze* e képet meningitis sine meningitide-nek nevezte el. *Kirchheim* és *Schröder*, továbbá *Jores* kórbonctani intézetéből közölt esetek *Schultze* észlelését megerősítik. Néha még valóságos meningitisben sincs szoros arány az acut elváltozás és a klinikai kép között. A bakteriologiai vizsgálatok eredményére ugyanez áll. *Fränkel* is kiemeli, hogy a mikroorganismusok behatolása és befészkelődése az agyhártyákba korántsem fedi a meningitis klinikai képét. A lumbalis folyadék csirátlan maradhat a bakterialis invasio ellenére is. Amint *Schottmüller* írja, az arachnoidea bakteriummentes lehet és az illető mégis fertőzéses pachymeningitisben szenved. A klinikai kép és a bakteriologiai vizsgálat eredménye, valamint az anatomiai lelet között levő aránytalanság miatt a meningitises tüneteket joggal, — főleg mérgezéses tüneteknek, azaz functionalisnak minősíti.

A *Quincke, Wallgren, Gunther* és mások leírta serosus asepticus meningitis ikertestvéreként leírtak egy kórképet, mely keletkezésére és lefolyására sokban hasonlit az előbbihez és ez a meningitis aseptica purulenta. Míg általában a genyes meningitisek kórjóslata nagyon rossz, addig ez a betegség a súlyos klinikai kép ellenére, aránylag rövid idő alatt teljesen meggyógyul, mégpedig úgy, hogy az idegrendszerben nyoma sem marad. A meningitiseknek ezt a fajtáját éppen azért, mert kórokozót nem tudtak a liquorban kimutatni — aseptica jelzővel illették, ami nem a legszerencsésebb jelző, hiszen eredete még tisztázatlan és így a jelző már eleve elveti a bakterialis eredet lehetőségét és csak a toxicus-functionalis aetiologiának hagyja nyitva a kaput, anélkül, hogy erre bármily nyomósabb ok feljogosithatna. Nagyon helyesnek tartjuk tehát *Widal* és *Krogsgaard* állásfoglalását, akik minden tisztázatlan okú meningitist kryptogenetikus jelzővel illetnek anélkül, hogy valamilyen irányban lekötelezné magukat. Ilyen értelemben az asepticus jelzőnek létjogosultsága nem állhatja meg a helyét. Az a körülmény, hogy a liquor bakteriumokat nem tartalmaz, még nem zárja ki az epidemiás meningitist, ha meggondoljuk, hogy mily nehéz néha a meningococcusokat kimutatni. A kórkép jelentőségéhez kétség nem fér, mindazonáltal sem a régi, sem pedig az újabb gyermekgyógyászati, vagy idegtani könyvekben nem ismertetik.

Nem gyakori betegség. Az első német közlemény 1907-ből származik *Baginski* tollából. További esetekről *Zabel* 1912, *Schmiegelow* 1925, *Gautier* és *Chausse-Klink* 1927, *Szemic, Kaulbersz-Marynowska* 1929, és *Schiff* 1930. számolnak be. Mi magunk a budapesti gyermekklinikán öt esetet észleltünk, mind az öt esetben csecsemőn. Az öt eset közül — helyszűke miatt — csupán egynek az ismertetésére szorítkozhatunk. A többi négy eset teljesen analog módon fejlődött ki és zajlott le.

P. J. 8 hónapos fiucsecsemő, 1932. IV. 2-án hozzák felvételre. Előzmény: az anya családjában két gümőkóros haláleset, az anya maga is tüdőcsúcshurutos, vérbaj, és vetélés a bemondás szerint nem fordult elő. Farfekvéses elhúzódó szülés. 4 hónapig szopott. Születése óta ideges viselkedésű, álmában is gyakran rángatódznak a végtagjai, néha fel-felsikolt. 7 héttel ezelőtt influenzája volt, 1 hétig tartó magas lázzal. Fejlődése zavart nem szenvedett. 1932. III. 15-én láza ismét felszökött 41° C-ra és azóta állandóan lázas. Füléhez, fejéhez kapkod, éjjel felkiabál, fejlődésében megállt. Gyakran hány, székszorulásos. Jelen állapot: jól fejlett és táplált csecsemő, tonusa, turgora jó, arca kipirult, torka enyhén belövelt, dobhártyái épek, reflexei élénkek, tarkóját mereven tartja. Positiv Kernig, Hainiss, Brudzinsky és Trousseau tünet. Kutacs 2 ujjbegynyi, kissé feszül. Tüdő, szív, hasi és az urogenitalis szervek épek. Az előzményben szereplő gümős betegségek a gyanut rögtön ez irányba terelik. Az 1 : 1000 higitású intracutan tuberkulin-próba negativ, a Wassermankémlés negativ. Vérkép: fehérvérsejtszám 20.000, Segm.: 26%, Lymph 68%, Mo: 4%, Pálca: 2%.

A gerinc-csapolás tisztázza az esetet. Nagy nyomással 10 ccm zavaros liquor ürül. Pándy: positiv, sejtszám mm³-ként 1000 felett, liquorcukor Hagedorn-Jensen szerint 25 mgr%. Az üledékben nagyon sok polymorph magvú leukocyta.

A bakteriologiai vizsgálat közvetlen és tenyésztési eljárásokkal egyaránt negativ eredményű.

A felvétel második napján intermittáló láz, súlyban áll, meningealis tünetek változatlanok. A megismételt csapolás 10 ccm közepes nyomással ürülő liquort ad. Pándy: positiv. Sejtszám 450, cukor 30.5 mgr%. Az üledékben leukocyták, bakteriumokat kimutatni most sem sikerült.

Az ötödik napon az intermittáló láz, még fennáll, agyhártya tünetek positivak.

A hatodik napon jókedvű, láztalan, mosolyog, magától felül, nem hány, tarkója kevésbé merev, néha strabismus convergens észlelhető a jobb szemen.

Nyolcadik napon: jókedvű, játékos, meningeális tünetek még jelzettek.

Kilencedik nap: újabb láz, ami közérzetét nem nagyon befolyásolja, nem hány, széke rendes.

Tizedik nap: újabb lumbalis punctio, mely alkalommal alig pár ccm kissé zavaros liquort kapunk. A bakteriologiai vizsgálat ismét negativ.

Tizenkettedik nap: 2 napos láztalanság után újabb néhány óráig tartó magas láz, mely nagyon elbágyasztja. Az intermittáló hőmenet hosszú fennállása maláriára is gondoltat, a többszöri plasmodium-vizsgálat azonban negativ.

Tizennyolcadik nap: újabb lázroham, a roham alatti plasmodium-vizsgálat ismét negativ.

Huszonharmadik nap: lázas, torka belövelt, meningeális tünetei már nincsenek.

Huszonötödik nap: a a jobboldali dobhártyája belövelt. Paracentesis.

Huszonhatodik nap: Füle nem folyik, jól érzi magát, jól eszik, az újra megejtett Mantoux-reactio 1 : 1000 negativ. Folyton javuló közérzet, csökkenő, ellaposodó hőemelkedések.

A felvétel után 36 nap mulva teljesen gyógyultan hazaadjuk. 2 év mulva teljesen egészségesnek találjuk.

Tüneteiben a heveny meningitis minden jegyét megtaláljuk. Jellemző kezdet: láz, hányás, székszorulás, elesettség, tarkómerevség, positiv Kernig-Hainiss-, Brudzinsky és Trousseau tünet és csak nagyon ritkán eszméletzavar. Reflexek élénkek, pupillazavar és strabismus nem szokott előfordulni, ez utóbbit mi csak egy ízben észleltük átmenetileg.

A gerinc-csapolás minden esetben súlyos elváltozást mutat; nagy nyomással ürülő, igen zavaros liquor, tete-

mes fehérje-szaporulat, gyakran kis cukorérték, az üledékben pedig főleg polynuclearis sejtek találhatók és csak a gyógyulási szakban kezdenek túlsúlyra jutni a lymphocyták, mint kifejezői a szervezet győzelmének. A liquor minden esetben negativ bacillaris leletű, mind a közvetlen, mind a biologiai és kulturalis eljárásokkal. Az üledékben található polynuclearisok ép körvonalú, ép magvú, jól festődő sejtek, ellentétben a többi genyes meningitisekben észlelhető polynuclearisokkal, melyek morphologiailag súlyos destructiot szenvednek, szétesésre hajlamosak és festődésük is tökéletlen. Erre a különös sajátságra *Widal* hívta fel először a figyelmet 1906-ban. Néhány nap mulva a viharos syndroma erejét veszti; a zavaros liquor feltisztul, a segmentáltak száma csökken és helyükbe az egymagvú lymphocyták kerülnek. A szervezet küzdelmi szaka befejeződött. A liquor elveszti gyulladásos sajátságait.

Eredetére vonatkozólag feltevésekre vagyunk utalva, *Widal* feltevése, hogy itt lueses tényezővel kell számolnunk, nem fedi a tényeket, mert a külföldiek is, magunk is az esetek legnagyobb részében sem az előzményben, sem a kivizsgáláskor positiv Wa. reactiót nem találtunk. E feltevésre az adta az okot, hogy ezt a bajt többizben észlelték lueses felnőtteken *(Belin* és *Bauer), Widal-Philibert* 17 éves fiun észlelt meningitis asepticát egy grippe epidemia alkalmával. *Abel-Brenas* 7 esztendős helminthiasisban szenvedő gyermeken, *Chauffard* uraemiás cománál, *Gautier* és *Chausse-Klink* egy 12 éves fiun és egy 8 éves kisleányon észlelte a kórképet, az utóbbi egy nappal előbb napszurást kapott és azonkivül helminthiasisa is volt. *Szemic* Posenben észlelt egy esetet 4 éves fiun, szintén grippe kapcsán. *Widal* és *Gougerot* ugyancsak közöltek asepticus eseteket, ahol a segmentáltak megtartották formáikat és a betegség nagyon jóindulatú volt. *Schiff* 3 eset kapcsán számol be asepticus meningitisről. Mind a három esetben csecsemőn észlelte a kórképet, az egyikben genyes egyoldalú fülfolyás volt, a másikban gyógyult pyodermia nyomait észlelte; *Kaulbersz-Marynowska* szintén beszámol egy eset kapcsán, melyet csecsemőn észlelt.

Gyakran észleltek genyes steril meningitiseket pharmakák bevitele vagy fajidegen fehérjék intranspinális adagolása után. *Ravaut-Aubourg* cocain, *Pautrier-Simon* stovain, *Sicard* és *Salin* lósavó, *Roch* és *Katzenelbögen* pedig caseinoldat befecskendezése után. Mint érdekességet megemlíthetjük *Kaulbersz-Marynowska* kisérletét, aki 1.5 ccm lósavót fecskendett be egy nyulnak intraspinalisan, de semmi következményt sem észlelt. Az irodalomban közölt serosus asepticus meningitisek egészen hasonló módon zajlanak le: viharos kezdet, jelentékeny meningealis tünetek, rövid kórlefolyás, de a liquor kizárólagosan lymphocytákat tartalmaz. Bakteriumok kimutatása nem sikerült. *Schlesinger* 1924-ben Bécsből közöl epidemiás eseteket. Sok, francia szerző által leírt meningitis aseptica serosában a punctio a betegség 4—6 napján történt csak meg és így *Kaulbersz-Marynowska* arra gondol, hogy ezeknek az eseteknek egy jórésze genyes volt és a csapolás egybeesett a Schilling-féle győzelmi szakkal, vagyis a betegség utoljával. Tetszetős feltevés, de ha meggondoljuk, hogy minden infectiosus állapot a végén — ha a szervezet győzedelméskedik — cytologiailag lymphocytás irányba fordul, akkor nem igen értékelhetjük. *Widal* a hatalmas polynucleosist az ereken általi diapedesissel magyarázza, amikoris a meninxek nagyon vérbővek. Mások, — így *Chauffard* — méreghatásra létrejövő positiv chemotaxist igyekszik érvényrejuttatni uraemiás esetében észlelt miningitis aseptica purulentában. A franciák és a skandináv szerzők a meningitis aseptica serosát a poliomyelitis abortiv formájával hozzák vonatkozásba. E nézet sok ellenzőre is talált és joggal, mivel bénulásokat sohasem észleltek a betegség lezajlása után. Mások az enkephalitis epidemica abortiv megjelenési formájának tartják. E két nézet közös nevezőre való hozásával *Wallgren* foglalkozott.

Kaulbersz-Marynowska és *de Toni* által leírt esetek varicella átvészelése után manifestálódtak. Mindenesetre figyelemreméltó észlelés, mert bárányhimlő szövődményeként néha észleltek enkephalitiseket. A betegség kórszármazásában a leukocyták diapedesise az agyhártyák bővérűségével nem magyarázható tökéletesen. Fel kell tennünk, hogy még egyéb ok is szerepel. Igy valószinüleg a Chauffard-féle positiv chemotaxis. Hogy azután ezeket bakteriumtoxinok, vagy mérgek okozzák-e, az még sokáig vita tárgya marad.

Kórbonctani elváltozásait a kórképnek még nem ismerjük, hisz alapjában véve jóindulatú betegség. *Grossmann* az egyedüli, aki egy 8 éves fiugyermek boncleletéről számol be. A gyermeken tüdőgyulladás után genyes otitis keletkezett. A bal fül mögött duzzanat jelentkezett, mely később magától áttört. Rövid idő mulva lázas rohamok kínozzák, meningealis tünetekkel párosulva, aluszékony állapotba kerül. A megismételt lumbalis punctiók igen genyes steril liquort eredményeztek. Septikus tünetek között rövid idő mulva meghalt.A boncolás meningitisnek nyomát sem mutatta. A pia mindenütt vékony és fénylő volt. seholsem vizenvős. A kamrák üresek voltak, az agy maga gyengén bővérű. A dura és a sinus épek, úgyhogy *Grossmann* a meningitises tüneteket és a liquorelváltozást bakteriumtoxinok művének tartja. Ez az adat úgy látszik megerősiti *Chauffard* felfogását, aki coma uraemicumos betegén észlelt meningitis purulenta asepticát toxinhatásnak fogja fel. Arra a megállapításra kell jutnunk, hogy steril genyes liquor vegyi és bakteriális okok folytán egyaránt létrejöhet. Steril lehet a liquor akkor is, ha egy letokolt tályog van a koponyaürön belül, vagy más intracranialis gyulladásos folyamat, melynek előidézői a meninxek kisérő gyulladását hozhatják létre. A kórképet azonban mi fertőzéses eredetűnek tartjuk, mindenesetre fertőzőképessége csekély, mert eseteinkben sohasem észleltük azt, hogy más csecsemő is megkapta volna a bajt, jóllehet meningitiseseink közös kórtermekben, a többi csecsemővel együtt feküdtek.

Orvoslásul minden esetben többszöri gerinc-csapolást végeztünk, hogy a fokozott agyüri nyomást csökkentsük, ugyanekkor intralumbalisan — minden eshetőségre gondolva — polyvalens meningococcus savót fecskendeztünk be, egyes esetekben, ha szükségét láttuk, azonos csoportbeli vérrel transfusiót végeztünk. A néha nagyon nagy lázat megfelelő antipyretikus beavatkozással csökkentettük. A nyugtalanság ellen sevenalt adtunk.

Kiadványainkat olcsón kapják meg előfizetőink az összeg előzetes beküldése után. *Soós Aladár:* Étrendi előírások III. kiadás, 5 P helyett 4 P; *Horváth Büdizsár:* A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra 5 P ; *Kunsz János:* A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal, 6.50 P helyett 5.50 P. Vászonba kötve 8 P helyett 7 P; *Issekutz Béla:* Gyógyszerrendelés 8 P helyett 6 P; *Rigler Gusztáv:* Közegészségtan és járványtan tankönyve 25 P helyett 5.70 P; *Orsós Ferenc:* Kórboncolás vezérfonala 86 oldal 2.50 helyett 2.— P.; *Krepuska István:* A füleredetű agytályogok kór. és gyógytana 4 P. — A befizetési lap hátulján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni.

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

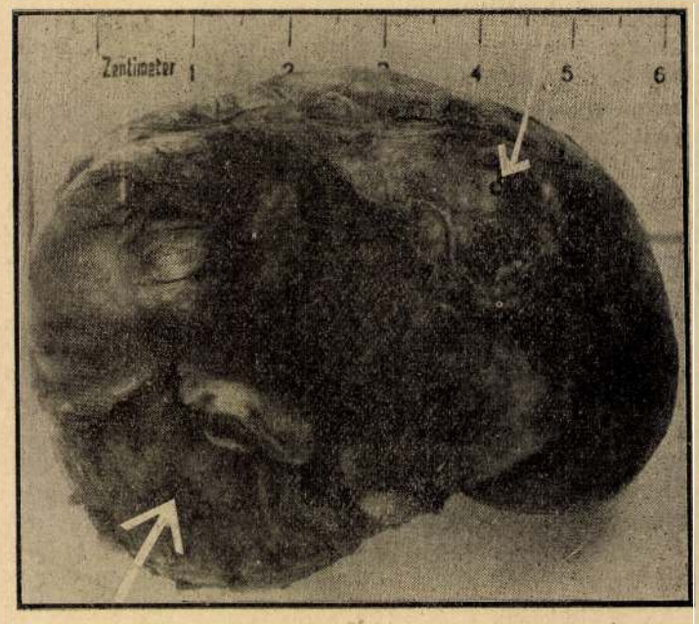
A méh izomdaganatának elhalása a terhesség alatt.

Irta: *Hollósi Károly dr.*

A terhesség és méhizomdaganat elkülönítő kórisméje néha nagyon nehéz. A myoma utánozhatja a terhes méh alakját, más esetben pedig bizonyos terhességi elváltozás: a Piskaczek-féle jel téveszthető össze izomdaganattal. A tévedést elősegítheti még az is, ha a daganatban elváltozások: vérzés, kocsánycsavarodás, tokrepedés, stb keletkezik.

A méh izomdaganatai a terhesség alatt növekedésnek indulnak. Irtak le viszont olyan eseteket, ahol a daganatok éppen a terhes méh nyomása miatt eltűntek. A nyomás hatása azonban más irányban is érvényesülhet, így a vérellátás zavara folytán a daganatban elhalások jöhetnek létre. Ismeretes, hogy az ilyen hirtelen bekövetkezett daganatelhalás heveny tüneteket vált ki, ami bizonyos körülmények között más, szomszédos szerv heveny megbetegedésre adhat alapos gyanút. Az alábbiakban idevonatkozó tanulságos esetünket ismertetem:

26 éves. Első havibaja 11 éves korában, azóta 4 hetenkint, 5—6 napig tart, bő vérzéssel és görcsökkel. 5 hó óta van férjnél. Utolsó havibaja négy és fél hónappal ezelőtt. Terhesnek érzi magát. Magzatmozgásokat még nem érzett. Felvétele előtt 3 nappal jobb alhasában szúró fájdalmak lepték meg, amelyek annyira fokozódtak, hogy le kellett feküdnie. Hányingere egyizben volt. Betegsége második napján délben 37.4, este 38, a harmadik nap reggel 37.6 C° hőmérséklete volt. Orvosa féregnyulványgyulladás kórisméjével küldte a klinikára. A beteg hasa kissé elődomborodó, a köldöktől lefelé nyomásra érzékeny. Az érzékenység a vakbéltájon a legkifejezettebb, ugyanitt igen heves izomvédekezést találunk. A Mac Burney-pont és az elülső felső csípőtövis között női ökölnyi, az elülső hasfalhoz rögzített, tömött, igen fájdalmas tapintatú tömörület van. A Douglas-ür érzékeny, a méh hüvelyi részének megemelése fájdalmas. Méhfenék a köldök alatt 2 haránt ujjal, magzati szívhangokat nem hallunk. Hőmérsék: 37.4 C°, érlökés: 92. Fehérvérsejtszám: 13,400; minőleges vérkép: eosinophyl: 5%, pálcika magvú: 14%, karélyos magvú: 54%, lymphocyta: 24%, monocyta: 3%. Vizeletben semmi kóros. Kórisméink: progrediáló infiltratum periappendiculare, esetleg tályog. A beteg bemondása alapján és amennyire az érzékeny, feszes hasfalon át betapintanunk sikerült, a méh a IV—V. terhességi hónapnak megfelelő nagyságú volt. Ismeretes, hogy az ilyen előrehaladottabb terhességi állapotban keletkező féregnyulványgyulladás nagy veszélyeket rejt magában; egyrészt a méh folytonos növekedése a letokolt gyulladásos folyamat megrepedését okozhatja, másrészt a méhvel szomszédos gyulladásos folyamat elvetélésre vagy koraszülésre vezethet. Különösen gyakori a vetélés súlyos féregnyulványgyulladás műtéte után. Mindezek tudatában, tekintettel a heves tünetekre azonnali műtétre kellett határozni magunkat, számolva a műtét utáni esetleges vetéléssel. A műtét aetheraltatásban történt. A hasüreg megnyitását a féregnyulványkörüli genyedések esetén szokásos vigyázattal végeztük. Meglepetésünkre a hasfalon át tapintott fájdalmas tömörületet nem féregnyulványkörüli lobos összenövés, illetve tályog alkotta, hanem ehelyett egy az elülső hasfalhoz kevés rostonya lepedékkel odatapadó, jókora ökölnyi, a méhtesttel széles alapon összefüggő daganatot találtunk, amely a hashártya megnyitásakor a hasfal sebébe előnyomult. A daganat a jókora gyermekfönyi terhes méh fundusán, a jobb elülső felszínen a kerek méhszalag előtt volt. A vakbél és a féregnyulvány teljesen ép. A daganat feltünően puha, a hasfalhoz nyomódott részlet alatt pedig hullámzást mutatott. Ugyanitt a daganat hashártyaborítéka 20 filléresnél nagyobb terjedelemben hiányzik, helyét kevés rostonya-lepedék foglalja el, melyet leválasztva elpuhult daganatszövet tünik elő (1. ábra.). A daganatot borító savós hártya lobossága, felpuhult volta, a legnagyobb domborulatú rész hashártyájának részleges elhalása arra engedett következtetni, hogy elhaló félben lévő méhizomdaganatról van szó. Az elhalás úgy jött létre, hogy a növekvő terhes méh a daganatot az elülső hasfalhoz nyomta és benne keringési zavart okozott. Mivel a daganat a méh testéről kismértékben elmozgatható, annak eltávolítása a tapadás helyének körülmetszése után könnyen sikerült. A méhfelületen igy támadt sebet csomós catgut-varratokkal egyesítettük, s a hasat zártuk. A daganat metszéslapja a széleken szürkés-fehér rostos szerkezetü, vérzésekkel tarkított; belső része sötét barnás-vörösen elszíneződött, puha, mállékony. (2. ábra.) Zavartalan kórlefolyás, és a joggal várható vetélés nem következett be. A daganat szöüveti vizsgálata *(Orsós* prof.): a daganat lényegében simaizomszövetből áll, mely hol kevesebb, hol bövebb interstitialis szövettel van ellátva. Egyes területekben a perimysiumok nagyfokban megvastagodtak és hyalinosan elfajultak. Az izomsejtek több helyen el is sorvadtak, sőt nagyobb területekben csak a hyalinosan elfajult sejtmagvakat alig tartalmazó alapszövet maradt meg. Malignitas nem állapitható meg.



1. ábra.
Az eltávolított izomdaganat. a) a daganat elhalt hashártyaborítéka. b) a daganat alapja.

2. ábra.
A daganat metszlapja. A sötét rész a bevérzett, mállékony terület.

A terhesség és myoma együttes előfordulása aránylag ritka. *Schauta* 10,000 terhességből csak 7-ben talált izomdaganatot. *Büben* összeállításában 497 terhességre jut 1 myoma. A nagy gyüjtőadatok az együttes előfordulást 1%-ra teszik. Valószínű azonban, hogy a daganat

sokkal gyakrabban fordul elő, de hogy ritkán kórismézzük, annak oka, hogy a méhfalban, a nyálkahártya alatt és a méh hátsó falában fekvő gócok felismerése nehéz, s rendszerint csak a bennük létrejött elváltozások: elhalás, növekedés terelik rájuk a figyelmet. Amíg a gyermekágyban a szétesés összefüggésbe hozható a méh vissszafejlődésével, addig terhesség alatt a gyors növekedés miatt megnehezített vérkeringéssel, — mint esetünkben is a nyomás folytán előálló keringési zavarral — magyarázható. A hashártyaalatti göböknek szétesését eredményezheti a nyél csavarodása is. Az elhalás létrejöttét *Campbell* terhességben 75.8%-ra becsüli. *Guggisberg* 16 terhesség alatt operált esetben 7-ben látott szétesést. A méhizomdaganat szétesésének kórisméje nehéz. Hirtelen alhasi fájdalmak esetén mindig gondolni kell elhaló méhizomdaganatra. *Laurentie* írt le egy esetet, amikor 28 éves asszonyon a terhesség III. és VIII. hónapjában féregnyulványgyulladásra utaló görcsöket látott. Műtétkor mandarinnagyságú hashártyaalatti méhizomdaganatot távolított el, ami a méh hátsó falában jobb oldalt a féregnyulványtájnak megfelelően ült. Koraszülés következett be.

Kis myoma-göbök vékony, laza hasfalú egyénekben, ha azok a méhfenéken vagy mellső felszínen vannak, s nem cervicalisak, tapinthatók. Ha azonban bennük szétesés támad, megváltozik a helyzet. Ilyenkor ugyanis a szomszédos hasüri szervek, főképen a belek hozzátapadnak a myomához s conglomeratumot alkotnak, amelyek féregnyulványkörüli tályog, epehólyaggyulladás képét, a baloldaliak a lehágó vastagbélben, a sygma-bélben elhelyezkedő daganatot utánozhatnak. Ha ezeket ki tudjuk zárni, s izomdaganat a kórisménk, akkor szétesés mellett szól: 1. a hirtelen görcsös alhasi fájdalom, 2. a láz, ami *Franque* szerint a fehérjetermékek felszívódásával kapcsolatos, 3. a daganat nyomásérzékenysége, 4. a fehérvérsejtek szaporulata, 5. a minőleges vérkép balratolódása.

A terhesség alatti elhalt méhizomdaganatok eseteiben régen úgy jártak el, hogy mint minden myomás esetben, művi vetélést végeztek. Ezen eljárásnak azonban éppen terhesség esetében nincs meg a létjogosultsága, mert a terhességet ugyan megszünteti, de az izomdaganatot nem gyógyítja meg s emellett még a halálozási százaléka is nagy; *Süsserott* 37.5, *Troell* 41.2%-os halálozásról számolnak be. *Dudley* felfogása az, hogy minden izomdaganatos terhes méhet kiirthatunk. Ma terhesség esetén csak akkor operálunk, ha az izomdaganat panaszokat okoz. A műtéti megoldás a lehető legszükségesebbre szorítkozzon. A műtét veszélyessége: a terhesség megszakadása, a későbbi szülésekben a hegszétválás. A terhesség gyakran megszakad, ezért feltétlenül arra kell törekednünk, hogy műtét után opiátokkal a méhet megnyugtassuk. A hegszétválás ritkább szövődmény. *Kosmak*nak az a véleménye, hogy elsőlegesen gyógyult hegek nem repednek meg. Mindenesetre irányelvünk legyen, hogy az az asszony, akin a terhesség alatt izomdaganatkihámozást végeztünk, intézetben szüljön, az esetleges szövődmények miatt.

Esetünkben minden jel féregnyulványkörüli tályogra utalt. Tévedésünket a műtét mutatta ki. E téves kórismét magyarázza az, hogy a méh jobboldalán elhelyezkedő izomdaganatok elváltozásai a szomszédos szervek betegségeitől alig, vagy egyáltalában nem különíthetők el, s amíg teljesen megbízható vizsgálati eljárás nem lesz a kezünkben, tévedések lehetségesek. A műtétre azonban mindkét esetben, akár féregnyulványkörüli tályog, akár elhaló méhizomdaganat a kórisménk, szükség van.

A Szt. István-kórház I. belosztályának közleménye.

A Takata-reactióról.

Irta: *Torday Árpád dr.*, egyet. c. rk. tanár, kórházi főorvos.

A Takata-reactiót eredetileg a lebenyes (kruppos) és hurutos tüdőlob megkülönböztetésére használták, majd a liquordiagnostikában jutott szerephez, újabban pedig a májműködés zavarának megállapítására szolgál. Ez a folyamat lényegéből következik; a fehérje egyes fractióinak eltolódása a májbántalmakban szokott gyakran előfordulni, amit diagnostikai célra próbáltak felhasználni. A reactio colloidchemiai folyamaton alapszik. Bizonyos mennyiségű natriumcarbonat jelenlétében megfelelő OH-iontöménység mellett a sublimatból higanyoxydsol keletkezik. melynek kristályosodási gyorsasága fuchsinoldat jelenlétében megnövekszik. Az adsorbtiós összeköttetések további megnövekedése szemmel is látható csapadék képződésével jár, amelynek kifejlődését az eddigi megállapítások szerint az albuminok gátolják, a globulinok pedig elősegítik. A reactio leolvasása a csapadékképződés erőssége alapján történik és positivnek tekintik azt a savót, amely legalább három csőben ad csapadékot. Vizsgálataimban a határértéket a negyedik csőnél vettem. Természetesen mennél nagyobb higításban kapunk csapadékot, annál erősebb a reactio, amellett tekintettel vagyunk arra is, hány csőben kaptunk üledéket. A leolvasás 3 óra mulva történik, mert 24 óra mulva a csapadékképződésben nem szokott már változás bekövetkezni.

Az eddigi klinikai megfigyelések szerint a reactio kötőszövetes májlobban (májzsugorban) elég jelentékeny százalékban positiv és ezért ezen eljárás megbízhatóságát elsősorban e bántalomban vizsgáltam meg. Májzsugorodás 21 esete közül (közülük 4-et a boncolás is megerősített) 16-ban positiv reactiót kaptam, ami 76.3%-nak felel meg; 7 ízben a reactio erőssége + (33.3%), 6-ban ++ (28.5%); 2-ben +++ (9.5%) és egyízben ++++ volt. Azonfelül két lueses májmegnagyobbodásban is erősen positiv eredményt kaptam. E lelet megegyezik a külföldi szerzőkével is, akik 83—90-, sőt egyesek 100%-os eredményt kaptak. Az eljárás gyakorlati jelentősége májcirrhosisban kétségtelen. A reactio e bántalomban irreversibilis, ami a kórjóslat tekintetében is felhasználható.

A TR kórjelző értékét némileg csökkenti az, hogy a cirrhosison kívül a máj egyéb elváltozásaiban is positiv lehet. Ilyen bántalmak: a heveny májsorvadás, zsírmáj, amyloidosis, epekő, epehólyaglob, pangásos máj, súlyos vérszegénységet kísérő májelváltozások, pangásos máj, stb. Csakhogy ezen betegségekben a reactio sokkal kisebb százalékban positiv és többszöri vizsgálat folyamán a reactio az állapot javulásával némely bántalomban negatívvá is válhat. Ezen betegségekben a TR viselkedése a reversibilitás tekintetében is különbözik a kötőszövetes szaporulattal járó májlobtól.

24 szervi szívbajos vérét vizsgálva 9-ben (37.5%) a próba positiv volt: még pedig 6-ban +, kettőben ++ (37.5%) és egyben ++++ volt (4.2.%). Minthogy a pangásos máj idővel cirrhosisba mehet át, csupán a többszörös vizsgálat döntheti el azt, hogy nincs-e a szívbajjal kapcsolatosan kardialis cirrhosis kialakulóban. A próba bármely szövetnedvvel, így a hasvízzel is elvégezhető. Az eljárásnak különösebb előnye a vérsavóé felett nincs, mert pl. ezen az alapon a pangásos, a cirrhotikus,

* Bemutatta a Királyi Orvosegyesület 1935. november 30-iki ülésén.

vagy a vesegyulladással kapcsolatos hasvíz egymástól nem különíthető el. Ezért nem is szokás végezni.

Érdekes annak a megfigyelése is, hogy a TR menynyiben positiv a sárgasággal járó betegségekben. E tekintetben úgylátszik, hogy az epefesteny és az epesav a reactiót alig befolyásolja, mert pl. a daganat nyomása okozta nagyfokú sárgaságban (hasnyálmirigyrák) a kémlés teljesen negativ volt, valamint hurutos és salvarsanos sárgaságban is. Epehólyaglobban a kémlés múlólag positiv; így a cholecystitis, illetve cholecystopathiák csoportjában 13 beteg közül 2-nek (15.3%) a reactiója positiv volt. A reactio csekély erősségű volt és a folyamat javultával el is tűnt. Májrákban — hacsak a máj állománya nincs nagy fokban tönkretéve, a próba negativ; így egy hepatikuskő okozta nagyfokú májrákban a reactio mégis negativ volt. Positiv lehet gyomorrákban is, ami valószínűleg a májáttételekkel lehet összefüggésben, továbbá, ha a nagyfokú általános legyengülés, sorvadás miatt zsírmáj fejlődik ki. 9 gyomorrákos betegem közül kettő adta gyengén a TR-t.

5 cukorbajos vérsavója negativ eredményt adott, holott az irodalmi adatok szerint cukros húgyárban elég gyakori a positiv reactio, ami talán a máj glykogentartalmával függhet össze, súlyos esetekben pedig a β oxyvajsavtól is eredhet. E tekintetben felemlítem, hogy egy éhségi acetonaemiás beteg vérsavója múlólag is positiv eredményt adott

A gümőkóros betegek vérsavóját is megvizsgáltam, tekintettel arra, hogy az alapbántalommal kapcsolatban másodlagosan májelváltozások keletkezhetnek, ami a kémlés positivitását megmagyarázhatja (zsírmáj, amyloidosis, perikarditises pseudocirrhosis). 23 súlyos exsudativ folyamatban szenvedő, positiv köpetleletű tüdőbajos közül 4-nek (17.4%) a TR-ja positiv volt. Eredményeim összhangban vannak azon német szerzők eredményeivel, akik nem kaptak oly nagy százalékban positiv eredményt, mint *Pongor,* aki a próbát vizsgálatai alapján a folyamat activitására akarja felhasználni.

A reactio létrejöttében a fehérjehányados eltolódásának nagy fontosságot tulajdonítanak és a kicsapódás létrejöttét a globulinok szaporulatával magyarázzák. Ezért néhány cirrhosisos beteg vérsavójának fractióit is meghatároztam. Négy esetben a hányados nem szállott egy alá, bár elég alacsony volt (1.2—1.3). A fehérjefractiók szerepét a reactióban az is bizonyítja, hogy azon állatok vérsavója ad csapadékot, amelyekben a hányados egy alá csökken. Ha a colloidokat ultrafiltratióval vagy lassú felmelegítéssel eltávoltották, akkor a serum e reactiót nem adta. A további vizsgálatok a glykogen, lecithin, a globin és a heparin befolyását tették vizsgálat tárgyává. Feltették, hogy a fehérjecsökkenés is közreműködik a reactio mechanismusában (*Hugonot*) és a fehérje fogyásával függ össze a reactio létrejötte. Eseteimben a fehérjemennyiség a vérsavóban egy esetben sem volt kórosan csökkent, bár inkább a normalis érték alsó határán mozgott.

A globulinszaporulat a vérsejtsüllyedés gyorsulásával szokott járni, amit gümőkórban a folyamat activitásának kimutatására használnak. Ezért megfigyeltem azt, hogy a positiv TR-esetek és a vérsejtsüllyedés gyorsulása között van-e párhuzam. Ezt nem sikerült megállapítanom, mert pl. cirrhosisban 5 eset közül a süllyedés 1 óra alatt négyben csak néhány mm volt s csak egyben volt 21 mm. Ezek szerint a kémlés positivitása és a vérsejtsüllyedés gyorsulása között nincs párhuzam.

Minthogy a TR lényegében egy májműködési próba, azért annak eredményeit a galaktose által adott eredményekkel hasonlítottam össze. 4 betegnek galaktose-megterhelés után megvizsgáltuk a vizeletét: háromé a megkivánt 3 g-nál többet ürített. Ezen eredmény azt mutatja, hogy elég jelentékeny %-ban ürítenek a cirrhosisban szenvedők galaktosét. E reactio azonban a TR-ral mégsem hasonlítható össze, mert a galaktose inkább a hurutos sárgaságban ad jelentékenyebb %-ban positiv eredményt, holott a TR itt majdnem mindig negativ szokott lenni. A májműködési próbák egy részének az a hátránya, hogy a könnyebb természetű májbántalmakban eredményesek: e tekintetben a TR felettük áll, mert inkább a súlyos, irreversibilis folyamatokat mutatja ki, minő a cirrhosis. Galaktose megterhelésre a vércukor rendesen 40—50%-ot emelkedik, ugyancsak ezen felüli értékek tekinthetők kórosnak. 6 cirrhosis közül csak kettőben mutatott 50%-on felüli emelkedést, a másik kettőben pedig alig emelkedett valamicskét. A vércukor megszaporodása súlyos májműködési zavar, illetve májelváltozás megállapítására egymagában azért sem alkalmas, mert számos más, múló májműködési zavarokban, minők a hurutos sárgaság és a vérkeringési bántalmakkal járó májmegnagyobbodás is, 50%-on felüli emelkedések fordulhatnak elő. A galaktose-próba eredményei a májzsugor kórismézése szempontjából a TR mögött maradnak, mert a számottevő glykosuria elmaradhat, amikor a TR már erősen positiv. Viszont a vércukor 50%-oson felüli növekedése a reactio nem szigorú specificitása mellett a cirrhosis kórismézésére egymagában nem alkalmas, holott a TR-ról ez nagyobb valószínűséggel állítható.

A TR mint májműködési próba a májcirrhosis megállapítására egyszerű és megbízható eljárásnak bizonyult. Segélyével a máj megbetegedése a galaktose-próbánál biztosabban megállapitható. A reactióval azonkivül a máj egyéb reversibilis folyamatai ezen egyszerű eljárással kimutathatók. A próba a kórjóslásban is felhasználható.

A Ferenc József Tudományegyetem belgyógyászati-diagnostikai klinikájának közleménye. (igazgató: Purjesz Béla ny. r. tanár.)

Klinikai tapasztalatok Tofamiddal.

Irta: *Lajos Sándor dr.*

Az orvosi szaklapok áttekintésekor feltűnik, hogy ha valamely új gyógyszer a forgalomba kerül, azt rövidesen, néha a gyógyszer megjelenésével egyidejűleg az ismertető cikkek egész sorozata követi, melyekben beszámolás történik a gyógyszer tulajdonságairól, indicatiós területeiről, hatásáról, stb. Véleményünk szerint az egyes gyógyszerkészítményekről, azok hatásáról, megbízhatóságáról sokkal kedvezőbb és áttekintőbb képet nyerünk akkor, hogyha a gyógyszer kellő kritikai értékelésére bőséges idő áll rendelkezésünkre. Ez a meggondolás vezetett bennünket akkor, amikor a tofamidról, a *Richter*-gyár antirheumatikus, antipyretikus, analgetikus és antiseptikusnak mondott készítményéről, illetve annak hatásáról a gyógyszernek forgalomba kerülése óta eltelt három év alatt a szegedi belgyógyászati diagnostikai klinikán nyert tapasztalatainkról röviden beszámolni óhajtunk.

Az izületi gyulladások, rheumás megbetegedések gyógyításában, valamint lázas állapotok befolyásolásában mint ismeretes, hosszú idő óta a salicylnak és phenylchinolin-származékoknak volt vezető szerepük. Alkalmazásuk azonban sok esetben, főleg nagy adagokban, gyakran nehézségekbe ütközik a gyomor, idegrendszer, szív és vesék részéről észlelt kellemetlen, sokszor mérgező

hatásuk következtében, mely tünetek miatt gyakran kénytelenek vagyunk a gyógykezelést abbahagyni. Igy érthető az a törekvés, olyan antirheumatikus, analgatikus hatású gyógyszereket előállítani, melyek a vázolt ártalmas mellékhatások nélkül magukban egyesítik a legkedvezőbb gyógyulási feltételeket. Az említett követelményeknek teljes mértékben megfelel a *Richter*-gyár által előállított tofamid.

A tofamidról röviden csak annyit, hogy az egy cyclohexatrien- phenylpyridin- carbonsavas phenyl- dimethylaminopyrazolon, vagyis atophan + antypirin vegyület. A forgalomba kissé kesernyés ízű, sárgás-fehér-színű tabletták vagy sárgás-barna por alakjában került. Vízben alig, lúgos közegben jobban oldódik. A gyomorból nem, hanem a bélből szívódik fel, hatása ezért inkább elhúzódó. Állatkísérletekben 1 kg testsúlyra számítva még 1 g-os adagokban sem mérgező hatású. Indicatiós területe a gyár ismertetője, valamint *Greguss* és *Deutsch* közleményei szerint influenza és annak szövődményei, rheumatikus megbetegedések, neuralgiák, lázas fertőző megbetegedések.

Klinikánkon az elmult 3 év alatt közel 150 esetben volt alkalmunk a tofamid gyógyhatásáról meggyőződnünk. Eseteink legnagyobb részét a rheumatikus bántalmakban szenvedők képezték, másik részét különféle neuralgiák, ischias és lumbago, kisebb csoportját pedig különböző lázas megbetegedések, influenza, bronchopneumonia, tonsillitis.

Rheumás betegink a megbetegedés különféle stadiumában és megjelenési formájában állottak megfigyelésünk alatt a tofamid gyógykezeléssel kapcsolatban éspedig összesen 47 esetben. Acut és subacut polyarthritisben szenvedőknek az első két napon 2 óránkint 1—2 tablettát, majd napi 3x2 tablettát adtunk. A hatás már az első pár tabletta bevétele után a fájdalmak enyhülésében vagy teljes megszűnésében és erős izzadásban, láz esetén annak lytikus csökkenésében nyilvánult meg. Igen feltűnő az euphoria, ami a tofamid szedését kíséri s ezzel együtt az általános közérzet javulása. Az izzadás és euphoria nem elszórtan és egyedülállóan, hanem a gyógyszer szedésével kapcsolatosan minden esetben jelentkezik, függetlenül a megbetegedés természetétől. Igen jó eredményeket észleltünk az ú. n. salicylfracter esetekben, főként az izületi gyulladások sejtikus formájában, melyeken mint ismeretes a salicyl vagy phenylchinolin származékok csak igen kicsiny vagy egyáltalában semmiféle hatást nem váltanak ki. Ilyen betegeinknek, összesen három esetben a szokásos antiseptikus gyógyszerek (trypaflavin, argochrom, elektrocollargol, urotropin stb.) mellett tofamidot is alkalmaztunk salicyl helyett. Mind a három betegünk meggyógyult aránylag rövid idő alatt s bár nem tételezzük fel, hogy a tofamid gyógyította meg betegeinket, mindenesetre a gyors leláztalanodás, a fájdalmak megszűnése, a közérzet feltűnő javulása mind amellett szólnak, hogy a tofamid előttünk még ismeretlen hatásmechanismusával az említett antiseptikus gyógyszerek combinált alkalmazása mellett nagyban hozzájárult a gyógyulási folyamathoz. Megemlítendő, hogy a tofamid szedése alatt a salicyl szedésekor oly gyakran észlelt recidivákat sohasem észleltük. Objective izületi gyulladásokban a láztalanná válással párhuzamosan az izületi duzzanatok csökkenése és leukocytosis esetén a fehérvérsejtszámnak a normalisra esését észlelhettük.

55 esetben chronikus polyarthritis, acut és chronikus ischias, lumbago, rheumatikus musculorum, neuralgiákban alkalmaztuk a tofamidot. A hatás egybehangzóan minden esetben a már ismertetett mellékhatások mellet a fájdalmak gyors elmúlásában és a közérzet javulásában jelentkezett. Különösen kedvező benyomást nyertünk a tofamidról ischias, lumbago és izomrheumatismus gyógykezelésénél. A gyógyhatás olyan meglepő volt, s kombinált diathermiás vagy iszap kezeléssel a gyógyulási idő annyira megrövidült, hogy az említett megbetegedések gyógykezelésében a tofamidot mint egyik legkomolyabb és leghatásosabb gyógytényezőt kell megemlítenünk.

39 esetben különböző lázas megbetegedéseknél, influenza esetén, annak szövődményei alkalmával, bronchopneumonia, tonsillis eseteiben próbáltuk ki a tofamid részben antipyretikus, részben antiseptikus hatását. Az említett megbetegedések alkalmával minden esetben megállapítható volt a láz lytikus leesése, a fájdalmak elmulása és a közérzet javulása, magára a folyamatra vagy a gyógyulás gyorsulására egyedül a tofamid hatással nem volt.

Mint igen fontos körülményt meg kell említenünk, hogy tofamid szedéssel kapcsolatosan a gyomor-bélhuzam, sziv, idegrendszer vagy vesék részéről kellmetlen toxikus melléktüneteket (hányás, fülzúgás, szívdobogás, exanthema, fehérjevizelés stb.) egyetlen egy esetben sem észleltünk, kellő adagban adva collapsusos hőingadozásokat nem tapasztaltunk.

Általános sémát a tofamid adagolására vonatkozólag nem adhatunk és ez az esetek szerint változik. Tapasztalataink alapján acut polyarthritis, ischias, lumbago esetén 2 óránként 1—2 tablettát, subacut vagy chronikus esetekben pedig 3×1—2 tablettát tartunk a legcélszerűbbnek s a megbetegedés természete szerint s a beteg állapotától függően az adagolás 1—2 héten keresztül vagy még tovább folytatható. Tekintettel arra, hogy a tofamid még nagy adagban (15—20 gr) sem mérgező, minden aggodalom nélkül hosszú időn át adagolható.

Ha mármost összegezzük a tofamidról elmondottakat, akkor az elmult három év alatt összesen 141 eset kapcsán nyert tapasztalataink alapján mondhatjuk, hogy az izületi gyulladások minden stadiumában, neuralgiák, myalgiák neuritisek kezelésében a tofamid a salicyl vagy phenylchinolin készítményekkel egyenértékű sőt hatásában sok tekintetben felül is mulja azokat. Előnye az említett készítményekkel szemben még az is, hogy még nagy adagban sem mérgező, hosszú hdőn át alkalmazható ártalmas toxikus melléktünetek megjelenése nélkül. Analgetikus és az általános közérzet javító hatása mellett figyelemre méltó antipyretikus hatása is van. Különösen nélkülözhetetlennek mondható salicylrefrakter rheumás megbetegedések gyógyítása alkalmával.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A pajzsmirigyhyperfunctio kezelése vogannal. *Ditrich.* (Münch. med. Wschr. 1936. 8.)

Wendt közlése alapján hat esetben alkalmazta ezen gyógymódot. Három betegen teljes mértékben beigazolódott észlelése, amennyiben heteken keresztül naponta 3-szor adott 30 csepp vogan hatására a betegek alapanyagforgalma csökkent, testsúlyuk nött és panaszaik csökkentek, illetve megszüntek. Két betegen, akiknek hypophysis- és ovarium-dysfunctiója is volt, a vogan úgyszólván hatástalan volt. Egy esetben a beteg nem tudta a gyógyszert szedni. A szerző úgy gondolja, hogy a vogan alkalmazása tiszta hyperthyreosis eseteiben teljes eredménnyel jár.

ifj. Szlávik Ferenc dr.

A gyomor- és nyombélfekély histidinkezelése. *Forró Endre.* (Gyógyászat 1936. 17. sz.)

22 ulcus ventriculi, duodeni és jejuni esetében alkalmazva a gerulkin (Chinoin) histidinkészítményt 68%-ban értek el teljes tünetmentességet és további 9%-ban javulást. Legjobban reagáltak a friss esetek, még pedig gyomor-

fekély jobban volt befolyásolható, mint a duodenalis. Nem mutatkozott eredmény 3 régi jejunalis fekély (gastroenteroanastomosis) esetében, ahol nagyfokú organikus stenosis volt jelen, a fájdalmak azonban itt is enyhültek. A gerulkin hatása nagyrészt már a 3., 5. injectio után beállt. A szer kétségtelenül jól hatott azon esetekben is, ahol a kezelést már eleve atropinnal és alkaliákkal végezték, nevezetesen az étrendet hamarabb lehetett bővíteni és hamarabb lehetett testsúlyemelkedést elérni, mint tiszta atropin-alkali kezeléssel. A hízás teljesen tünetmentessé vált esetekben középértékben heti 1.2 kg-t, javult esetekben 0.5 kg-t tett ki. A kórházi kezelés időtartamát gerulkin határozottan megrövidítette. Röntgenfelvétel 18 esetben történt kezelés után, 2 friss gyomorfekély tünt el teljesen. Többizben mutatkozott hatás az occult vérzésre. A gyomor savisága 14 közül 8 esetben csökkent (ezek közül 4 normacid lett), 4 esetben nem változott, kettőben emelkedett. Felülvizsgálatra hónapok mulva 17 beteg jelentkezett; recidiva csak 2 esetben volt. Gerulkin ezek alapján a gyomor- és nyombélfekély kezelésében határozottan ajánlható.

Sebészet.

Vizeletretentio és bélatonia, mint a gyomorvérzés kellemetlen kisérő tünetei. *Eduard Melchior.* (Zbl. f. Chir. 1936. 8.)

A gyomor és duodenum vérzései esetén, mikor a vérzés fokozódó jellegű, természetesek a peritoneális tünetek. A beteg sápadt lesz, nehéz esetekben hirtelen hányhat is anélkül, hogy valamely fájdalmas kisérő tünet kisérné, illetve megelőzné azt. A bél-peristaltica szenved, gyakran fokozott működésü peristaltica hirtelen székingert, majd szurokszerü, vagy véres székürülést okoz, mely biztosan mutatja a collapsus okát. Két esetet közöl a szerző, mely alkalommal a peritonealis tünetek egy esetben vizeletretentióban, a másik esetben ileus-szerü bélatonia alakjában jelentkeztek. Mindkettőnél a pontos kivizsgálás reávezetett a különböző tünetek peritonealis eredetére. Két tanulságos esetre hivja fel a figyelmet a szerző.

Bujda Zoltán dr.

A duodenum-csonk süllyesztése Billroth—II. szerinti gyomorresectionál a Donati eszközzel. *Alfred Wald.* (Zbl. f. Chirurgie 1936. 8. sz.)

Gyomorresectio esetében a duodenum-csonk süllyesztésére és a vékonybél elzárására szerkesztette Donáti eszközét, melyet mint bélelzáró és varróeszközt ír le. Az eszköz viszonylagosan kicsi és könnyen kezelhető. A szerző szerint igen jól alkalmazható gyomorresectiónál a duodenumcsonk elzárásához. — Az eszközt a szerző 25 esetben használta és a használatra vonatkozólag közli észrevételeit. Az eszközt reáfogja az elvezető (aboralis) duodenum végre. Az oralis részre egy erös hajlított végü csipőt alkalmaz. Az eszközt a tü számára készitett barázdával felfelé fogja rá a duodenumra, úgy, hogy a barázda iránya a medence felé mutasson. Ezután az eszközhöz készült, hosszú tüt, — az eszközbe befogott bélen — a tünek készült barázdán átvezetjük. Két hibaforrás lehetséges: I. a tü nem halad a barázdában. E hibán az assistens bal kéz mutatóujjával adott támogatása útján könnyen segithet. II. A tü nagyon lágy és könnyen görbül. Ezért lehetőleg rugalmas tü használatát ajánlja. Ezután az eszközhöz adott késsel átvágja a duodenumot és az erös bélcsipővel elzárt oralis véget vastag törlőbe téve balra hajtja. Ezután az eszközt, bezárva a bél metszlapja felé emeli le. Igy a metszlap és az eszköz között levő, esetleges béltartalmat kinyomja és könnyen, szétkenés nélkül — letörülheti. A varrat biztos behelyezése céljából két tartó fonalat helyez el. Egyik gyomor nagy, — a másik a kisgörbülete magasságában, mely utóbbi tovafutó catgutszál. Serosát serosához öltve buktatja a csonkot, mely magától, — anélkül, hogy lenyomni kellene, — befordul. Azon esetben, mikor a fekély magasságában akarunk resecálni, nem használható az eszköz. Az eszköz használatát ajánlja a szerző.

Bujda Zoltán dr.

Szülészet.

Spontan aorta repedés a terhesség VIII.-ik hónapjában degenerativ media elváltozás folytán. *Göbel.* (Zbl. 1936. I.)

30 é. III. P. VIII. hónapos terhes nő, akinek már 22 éves korában hypertoniája volt, de anamnaesisében lues, tbc., rheumatizmus nem szerepel, hirtelen rosszul lett, elkékült, szapora pulsus és alacsony vérnyomás kiséretében belső vérzés jeleivel került a kórházba. A belső vérzés oka nem volt tisztázható és rövidesen meghalt. Boncoláskor kiderült, hogy az aorta descedens falában az intima és media átszakadt, aneurysma dissecans fejlödött ki, majd később az adventitia is átszakadt úgy, hogy a szivburokba jutott a vér. Ennek hatására megszünt a szív müködése és beállt a halál. — A repedés helyén az intima apró szigetenként elzsirosodott, de egyebütt az érfal ép. A szövettani vizsgálat azt mutatta, hogy a media elemei szigetenként nekrotisáltak és rugalmas rostok mucoid degeneratio folytán tönkre mentek, de a luesre jellemző gyulladásos jelek nélkül. Ezért toxikus hatásnak tulajdonitja az elváltozásokat és mint edénymegbetegedések sajátos formáját fogja fel az arteriosklerosis és lues mellett.

Aranyi Sándor dr.

Klimakterikus vérzések radiumkezelése. *K. J. Anselmio.* (Zbl. f. Gyn. 1936. 10.)

Több szerző e tárgyra vonatkozó statistikáját közli, melyeknek összehasonlításából kiderül, hogy sem az indicatióra, sem az adagolásra még nincs egységes megállapodás. Általában két csoport áll egymással szemben: az egyik 1000—1200 mgr órát, a másik 1200 mgr órán felül ad. Gyógyultnak veszik a vérzés megszünésén kivül azon eseteket is, hol a kezelés után jelentkező vérzés a normalis cyklust megközeliti. Klinikájukon 7 év alatt 128 klimakterikus vérzésben szenvedő beteget volt alkalmuk radiummal kezelni, kik közül 89 ellenörző vizsgálaton is jelentkezett. Kezelésük eredménye átlag 1000—1200 mgr órával 40—42 év között 75%, 43 éven felül 100%-os gyógyulás. Csak más eljárásokkal nem befolyásolható, 42 éven felüli betegek klimakterikus vérzését kezelik radiummal. A radium intrauterin behelyezése közvetlenül a méhüri vizsgálat után történt. Lehetőleg 1200 mgr óránál többet nem adnak azon tapasztalatok alapján, hogy e mennyiségre bekövetkezett kiesési jelenségek nem mulják felül a normalis klimax tüneteit.

Kollár Sándor dr.

Terhes vizelet hatása a túlélő házinyúlméhre. *Fukushima* és *Kameda.* (Zbl. f. Gyn. 1936. 7.)

Fájást előidéző anyagok után kutattak terhes, szülő és gyermekágyas nök vizeletében azon feltevéssel, hogy a szülés a terhesség folyamán növekvő s a vizelettek kiválasztott bizonyos hormontól indul meg. Tyrode oldatban túlélő házinyúlméhet vizsgáltak. 1800—2000 gr-os dioestrusban levő állatból. A terhesség III—IV.-ik hónapjából származó vizelet jelentéktelen tonusemelkedést idézett elő. Az V. és VIII. hónapban a terhes vizelet az izomtonus emelkedését, méhcontractio fokozódást idézett elö. IX. hónapban csekély tonusemelkedés erősebb méhcontractiók nélkül. A X. hónapból származó vizelet igen erös méhcontractiót idézett elő, sokkal crösebbet, mint bármely előző.Gyermekágyasok vizelete kissé fokozta a contractiókat, tonusemelkedés nélkül. Nem terhes nök és férfiak vizelete hatástalan. Folliculus készítmények: ovahormon, ovoglandol, luteoglandol a méhizomzatra semmi hatással nincs. Kipróbálták hypophysis elülső lebeny hormont, ez gátló hatást gyakorolt a méhizomzatra, míg egy atonin nevü hypophysis hátulsó lebeny hormon fokozta a méhizomzat összehuzódását épp úgy, mint a terhesség végén nyert terhes vizelet.

T.-né, Fekete Ilona dr.

Szemészet.

A retinaleválás gyógyitása. *Joss.* (Középnémet Szemorvostársaság, üléstudósítás.)

A giesseni, majd a lipcsei klinikán folytatott módszerekről számol be. A Vogt-féle katholysis 2 esetben kiterjedt subretinalis vérzést okozott. A magasfrequentiájú diathermiás coagulatiót tartja a legjobbnak, finom tükkel. 103 esetből 65% jó eredményt adott; csak a jó prognosisú eseteket véve tekintetbe a 80%-ot is elérhető. Az esetek nagyobb felében a szakadás a külső felső negyedben található; ez a felső ferde húzó hatásával magyarázható. *(Bartels).* Fontos, hogy a szakadás szélei teljesen a coagulatiós területbe essenek; oraszakadás esetén kiterjedt „baragge"-t végez. Két esetben rövidlátó fivéreknél ugyanazon évben bekövetkező leválása a bántalom családi jellege mellett szól. Néhány eset ismertetése után a Weve-féle cysta retinae két esetéről számol be; egyszer symmetrikusan mindkét szemben felül-kivül nagy feszes cysta volt látható jó központi látásélesség mellett. Másik esetében egyodali volt a cysta. Velesziilött anomaliának tartja.

A hozzászólók közül *Seidel* is üvegtesti vérzést látott 2 esetben katholysis után, noha az előirt 2 mA intensitást használta. *Clausen* szerint az alacsony intensitású áram hatástalan, erösebb áram vérzést okoz. Ezért ő is elhagyta

a katholysist. *Handmann* felül-kivül látott nagy, átlátszó cystát; ezeket régen ablatio pellucida névvel illették.

Grósz István dr.

Faszeszmérgezés therapiája. *Hesse.* (Ztschr. für Aug. 1936. ápr.)

A legkisebb mennyiség, mely megvakulásra vezet 7—ccm methylalkohol. 30 ccm halálos. Szerző esetében 24 éves férfi öngyilkossági szándékból 100 ccm methylalkoholt ivott ugyananyi vizzel felhígítva. A beteg előzőleg 3 napja éhezett és hányás csak a mérgezés másnapján jelentkezett. Tehát jó felszívódási lehetőségek. A többször megismételt gerinccsapolás eredményeként a látás majdnem teljesen visszatért scotoma visszahagyása mellett (visus: 0.9, illetőleg 0.8). Emellett decholin-injectiók és izzasztás.

Valószinüleg hangyasav-mérgezés okozza a szemideg bántalmazottságát (excavatio + atrophia, centralis scotoma). *Zethelius* és *Wersen* ajánlották először a lumbálpunctiót, azóta többen sikerrel alkalmazták. A csapolás sietteti a méregtelenítést, jobb keringési viszonyokat teremt. A decholin a máj méregtelenítésére szolgál. Szerző a régebbi eljárások mellett (gyomormosás, izzasztás, alkaliák, stb.) a korai és gyakori lumbalpunctiót látja a legfontosabb látástmentő beavatkozásnak.

Grósz István dr.

Gyermekgyógyászat.

A hormon- és vitamintherapia kérdése. *V. Bergmann.* (D. M. W. 1936. 8. és 9. sz.)

Összefoglaló cikk, mely a hormonok és vitaminok chemiai és biologiai sajátságairól, illetve chemiai és biologiai rokonságáról nyujt rövid áttekintést. Hormonok és vitaminok közeli rokonságban állanak egymással. (Vitaminok a növények hormonjai; *Stepp.)* Az utóbbi időben sikerült a hím és női ivarhormon chemiai szerkezetét megállapitani, chemiai szerkezetük meglepően közelálló; végeredményben a cholesterinből származtathatók, épenúgy, mint a D-vitamin. Kóresetek illusztrálják e hormonok hatását testi és lelki jelenségek szempontjából, férfiakon és nőkön. A hypophysis hátsó-lebeny hatásait (diuresis, vérnyomás, uterus, simaelemek) csak érinti, részletesebben tárgyalja az elülső lebeny hatásait. Az elülső lebeny az anyagcserén kivül (kövérség, soványság) a nemi mirigyekre, a thyreoideára és a mellékvesekéregre is hat. A mellékvesekéreg kivonat hatását *v. Bergmann* klinikáján *Thaddea* vizsgálta.

Addison-kóroson grippe után az állapot rendkivül súlyosbodott, mellékvesekéreg + C-vitamin életmentő volt, „akár insulin a diabeteses komában." A kéreg hatása a vércukorra, a máj és izmok glykogenképzésére és raktározására igen jelentős. Infectiók esetén gyakori a kéreg súlyos bántalmazottsága (typhus, grippe, pneumonia, de különösen scarlat és diphtheria után) a kéregnek valósággal affinitása van a toxinokhoz. Állatok diphtheriamérgezésekor egyedül kéreg + C-vitamin életmentő. Infectiók alkalmával a cholesterin-tükör csökken, kéregkivonat + C-vitamin emeli a tükröt, a csökkenés valószinüleg mellékveseártalom jele. Addisonosok nem választják ki a C-vitamint, javuláskor ismét megindul a kiválasztás. Hormon-vitamin összehatás szép példája a kéregkivonat és C-vitamin jelzett synergismusa. A C-vitamin védi a könnyen oxydálódó hormonokat (adrenalin, kéreghormon), ezért főképen ezek termelőhelyén a mellékvesében raktározódik fel. Fémek és vitaminok is synergisálnak. (A-vitamin és vas, B_1 és réz, B_2 és vas, C és vas, E és mangan); manifest avitaminosisos tünetek csak nagy hiánynál (pl. A-vitamin esetében: ha a bevitel az optimalis adag ⅛ alá csökken) jelentkeznek. Infectio, növés esetén nő a vitaminszükséglet. Foghúsfellazulás, vérzés a hypovitaminosis korai klinikai tünete. A-vitamin carotin formájában jut a szervezetbe, ha nincs carotin, mely 2 mol. A-vitaminra hasítja, sárgás-vörös lesz a bőr (kis gyermekek, diabetikusok). Ha zavart a zsírresorptio, szenved az A, D. és E-vitamin felszivódása is. Ha a carotinase nem működik, endogen avitaminosis jöhet létre. (Hemeralopia a látóbibor regeneratiohiánya folytán.) Az A-vitamin fertőzést gátló hatást vált ki, fokozza az epithel ellenállását, a B_2 antianaemiásan, a B_3 a szív rhythmuszavaraiban, a B_1 antineuretikusan hat, az utóbbi hatást szép kórtörténetek illustrálják. Az E-vitamin a sexualis sphaera hormonjaival synergisál, sőt valószinüleg a nyersanyaga a prolannak. Méheknél csak az E-vitaminnal táplált lárvákból lesz nemi lény, királynő. Idővel talán, serdüléses zavarok esetében, a pubertáskor tápszere lesz. A D-vitamin hatásai, összefüggései a cholesterinnel, fényenergiával, közismertek.

König dr.

A glossoptosis kérdéséhez. *Aino Wagner.* (Archiv f. Kh. Bd. 106. H. 2.

A glossoptosis elnevezéssel *Robin* egyben aetiologiai megjelölését adta a mikrognathiás csecsemőkön aránylag ritkán észlelhető tünetcsoportnak, melyre klinikailag a gyakori elkékülések, sőt fulladási rohamok s olykor csak sondatáplálással legyőzhető nyelési képtelenségek a jellemzők. — Szerző a göttingai gyemekklinikán tett hasonló észleléseiről számol be. A már cyanosissal született csecsemőt tracheotomiával s sondatáplálással 7 hónapos koráig sikerült felnevelni, amikor is pneumonia következtében meghalt. Boncoláskor a normalisnál kisebb mandibulán kivül az epiglottis és gége feltünő fejlettségét találták. A nyelven kóros elváltozás nem volt. A kevés irodalmi közlés felhasználásával, valamint saját észlelésük alapján szerző nem tartja a tüneteket egyedül a nyelv rendellenes elhelyezésével megmagyarázottnak, hanem szerepet tulajdonit a bronchiogen szervek részéről rendszerint jelenlevő egyéb fejlődési rendellenességeknek is. A megbetegedés aetiologiájában az öröklődési tényezőkön kivül lues, tbc., alkoholismus jöhetnek szóba. Prognosis bizonytalan. Absolut rossz prognostikai jel Robin szerint, ha a mandibula retractiója 1 cm-nél nagyobb. Már jobbak a kilátások, ha a csecsemő eléri az egy éves kort. Kezelésében gyakorlatilag a hasonfektetés és a sondatáplálás és a sokszor életmentő tracheotomia jönnek szóba.

Flesch István dr.

Bőrgyógyászat.

Pseudo-aktinomycosisszerű spinocellularis arcepithelioma. *M. Albéric Marin.* (Bulletin de dermat. et de syphilidologie. 1936. 1. sz.)

A szerző 75 éves betegén a kezdeti elváltozás a klinikára felvétel előtt 6 hónappal jelentkezett. A jobb nasolabialis redőben keletkező, kicsiny fekély fokozatosan szétterjedt az arcon, állon és felsőajkon. Ezeken a területeken indurált, alapjával összekapaszkodó, szabálytalan conturú tumor keletkezett, melyből sok sipolyon keresztül sárga geny ürült. Kifejezett állati adenopathia. Beteg általános erőbeli állapota gyenge. Wa. R.: negativ. Gombatenyészet negativ. Direct vizsgálattal tőkét kimutatni nem sikerült. Szövettani vizsgálat spinocellularis epitheliomát derit ki. Felületes röntgenbesugárzásra a tumor mérsékelten visszafejlődött, a genyedés csökkent ugyan, de a betegség kimenetele halálos volt.

Árokháty Vilmos dr.

Vikariáló purpura egy esete és annak gyógyulása seismotherapia által. *Selmanowitsch* és *A. Stawnin.* (W. Klin. Wschr. 52. sz. 1936.).

Ami az ilyen vérzések pathologiáját illeti, elsősorban a nemiszervek kóros elváltozásai (gyulladás, degeneratiós folyamatok, vagy infantilismus) jönnek számításba. Ugy magyarázzák a vikariáló vérzések létrejöttét, hogy a menstruatióval kapcsolatos vértolulás nemcsak a genitaliákat illeti, hanem az egész érrendszerben ilyen folyamat megy végbe. Ha valami akadályozza a méh vérzését, a congestio következtében a vérzés másutt jön létre. Szerzők 21 éves leány kórtörténetét közlik, aki azzal a panasszal kereste fel klinikájukat, hogy három—három és fél hetenként ismétlődő, 6—7 napig tartó bőrvérzései vannak. Első havibaja 14 éves korában jelentkezett, rendes időközökben ismétlődő, de mindig fájdalmas volt. 17 éves korában 3 hónapra kimaradt és most már 8-ik hónapja ismét nem jelentkezett. Az első bőrvérzések a menstruatio elmaradása után 4 hónapra jelentkeztek. A vizsgálat kisfokú anaemián kivül a nemiszervek hypoplasiáját állapitotta meg. Bőrgyógyászati lelet: A combok elülső felszinén, a lábszárak belső és hátsó felszinén pontszerű bőrvérzések láthatók, amelyek részben frissek, részben felszívódás tüneteit mutatják. Szinük piros-sárga. A betegnek először forró hüvelyöblítéseket rendeltek, azonban eredmény nem mutatkozott. Ezután ovariumkészitményekkel próbálkoztak (ovariin és ovariolysatin injectiók). Erre a gyógymódra a bőrvérzések erősödtek. Miután ezt is abbanhagyták, alkalmazták a *Snow* által ajánlott vibratiós massage-t, a 11 Th—2 L. csigolyákra 17 ülésben három—öt percig. Az eredmény meglepő volt, többé bőrvérzés nem jelentkezett, rendes menstruatio visszatért. Ami a vibratiós massage-hatásmódját illeti, valószinű, hogy közvetlenül a vegetativ idegrendszert befolyásolja, s ennek a révén a belső nemiszervek (főleg ovarium és uterus) anyagcseréjét és vérellátását javítja. Kisérletileg kimutatható az uterus vérellátásának a fokozódása.

Nagy Imre dr.

Peripheriás érmegbetegedések rövidhullámkezelése. *H. Scholz.* (Wiener Klin. Wschr. 1935. 51. sz.).

A rövid hullámnak erekre gyakorolt hatását *Pflomm* vizsgálta és rájött, hogy előzőleg rövidhullámmal kezelt ér adrenalinra nem húzódik össze, viszont az adrenalin hatására összehúzódott ér rövidhullámú besugárzásra kitágul. E jelenség oka a symphaticus tonus megszünése, illetve vagotonia. E hatás 14 napig tart. Értágítás mellett antibaktericid és gyulladástgátló hatás is jelentkezik. Eredményes besugárzásokat végzett endarteriitis obliterans, lues, fagyás utáni gangraena, Raynaud gangraena eseteiben, mig diabeteses gangraena esetében az eredmények nem kielégitőek. A besugárzást naponkint végzi, 15 m hullámhosszal, 15—20 percig. Ha 10—20 besugárzás után eredmény nincs, abbanhagyandó.

Nyáry Lenke dr.

Urologia.

A vesék decapsulatiójáról és enervatiójáról állandó magas vérnyomás eseteiben. *H. Chabanier, C. Lobo-Onell* és *P. Gaume.* (Presse Médicale. 1936. 16. 307.)

Az állandó magas vérnyomás eseteiben alkalmazott mütéti eljárások közül a mellékvesekiirtás és a splanchektomia nem váltották be a hozzájuk füzött reményeket. Három esetben, melyekben a vérnyomásemelkedést chronikus diffus glomerulonephritis hozta létre, decapsulatiót végeztek. A decapsulatiót először az egyik, azután a másik vesén végezték 2—3 hónapi időközben. A beavatkozást minden esetben a vérnyomásnak majdnem a normalis értékig történt csökkenése követte. Ez a vérnyomássüllyedés kb. 4—5 hónapig tartott és azután ismét emelkedni kezdett. Ezután végezték el a vesék enervatióját. Az enervatio alkalmából feltár veséken kiderült, hogy a decapsulatio a glomerulonephritis által előidézett kórbonctani elváltozásokra nem birt befolyással és hogy a vesék tokja nem regenerálódott. A mütétet ismét a vérnyomásnak a normalis értékekig csökkenése követte. A mütétek óta eltelt idő rövidsége nem engedi meg, hogy ez utóbbi mütétet követő vérnyomáscsökkenés tartósságára lehessen következtetéseket vonni. Azt ajánlják, hogy a decapsulatiót mindig el kell végezni az enervatio előtt, mert az utóbbi beavatkozást kisérő vérnyomásesés olyan nagyfokú lehet, hogy súlyos esetben halálhoz vezető collapsust okozhat. Ha előbb decapsulatióval a vérnyomás már csökkentve lett, ez a veszély nem fenyeget. Ajánlatosnak tartják ezenkívül, hogy közvetlenül a mütétet követöleg 500 ccm cukrozott serum infusiót, mely ½ ccm 1 pro mill. adrenalint tartalmaz, 3 órán keresztül adjanak a betegnek.

Bodon György dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Methodik der medizinischen Erbforschung unter besonderer Berücksichtigung der Psychiatrie. *Bruno Schulz:* (Leipzig, Georg Thieme Verlag, 1936. 189 l. Ára füzve 10.50, kötve 12 márka.)

Az öröklés biologiai törvényeit sokszor nem lehet egyszerüen átvinni az emberre, különösen ha betegségekről van szó, de kisérletezni sem lehet az emberrel, miért is gyakran csak megközelitő, valószinüségi eredményről van szó. Ennek biztositására szolgálnak a matematikai-statistikai számitások, amiknek mikénti elvégzésére akar ez a könyv megtanitani. Tehát nem örökléstani tankönyv akar lenni, hanem azoknak, akik már jártasak az örökléstanban, a módszereket, az utat akarja mutatni, hogyan jutunk az ismert eredményekhez. És ezt a legegyszerübb módon, behatóbb matematikai ismeretek nélkül igyekszik elérni. Természetes, hogy a vizsgálandó anyag gyüjtésével és megrostálásával kezdi *(Weinberg, Lenz, Dahlberg* módszerei), figyelembe kell venni még a kort, a halálozási és megbetegedési számokat, a halálokokat, a születési sorrendet, a termékenységet a családban. Fontos az ikrek vizsgálata. A kapott eredményeket azután geneologiai-statistikai módszerekkel és bizonyossági módszerekkel ellenőrizni kell (Sheppard-féle javitás, correlatiós és regressiós számitások stb.). Rámutat a hibaforrásokra és a lehető hibák elkerülésére tanit. Aki az örökléskutatással gyakorlatilag foglalkozik, nem nélkülözheti ezt a kitünő kis könyvecskét.

Reuter prof.

A szem sérülései. Utmutató gyakorló orvosok és orvostanhallgatók számára. Irta: *Pelláthy Béla dr.* egyet. magántanár. Ajánlást irt hozzá: *Blaskovics László dr.* egyet. ny. r. tanár. (1936. Egyetemi Nyomda 102 o.)

Okos gondolat volt könyvalakban is kiadni az e cimen 3 év előtt az O. H.-ban folytatásokban megjelent értékes munkát, amely igy könnyebben lesz hozzáférhető. E könyv útmutató elsősorban a gyakorló orvos számára, de szivesen fogja használni a szemészetben jobban elmélyedő medicus is. Megtanulják belőle, hogy minden szemsérülést komolyan kell venni. A gyakorló orvos, akihez a sérült első segélyért fordul, e könyvből jól megtanulhatja, hogy mit, hogyan és mikor kell tennie. A könyvet a jó beosztása könnyen áttekinthetövé teszi. A látószerv anatomiájának, valamint néhány mindennapi vizsgáló mód vázlatos ismertetése után két nagy fejezetben tárgyalja a szerző a mechanikai hatás, majd a chemiai, illetve höhatás okozta szemsérüléseket és pedig nagy alapossággal és részletességgel. Helyesen felismerve az idegentestekkel történő sérülések különös fontosságát, ezeket jobban kiemeli. A könyv végén a keresőképesség véleményezésére és a baleseti kártalanitásra vonatkozólag kapunk tanácsokat. A gyakorló orvosnak sok ilyen könyvet kivánunk. Szép kiállitása az egyetemi nyomdát dicséri.

Horay Gusztáv dr.

Krankheiten der Kindheit u. Ernährungslehre des Kindes (ohne Infektionskrankheiten). Von Prof. *Kurt Scheer,* leitender Arzt. d. Städt Kinderheims und Krankenhauses Frankfurt a. M. (Medizinische Praxis 1935. XIX. 150 oldal, 19 ábra. Verlag Theodor Steinkopff, Dresden. Ára. 10 márka.)

E kis könyv nem öleli és nem is ölelheti fel az egész gyermekgyógyászatot. Szerzőjének pusztán az a célja, hogy a gyakorló orvosnak részletekbe nem menően, a gyakorlati szempontok szem előtt tartásával, a gyermekgyógyászat azon fejezeteit ismertesse, amelykre a praxisban különösen nagy szükség van. A dolgoknak mélyebb részleteibe nem hatol be, a gyermekgyógyász gondolkozási módban nem eléggé járatos orvost nem akarja theoretikus jelentőségü részletkérdésekkel terhelni, mivel amint mondja, attól fél, hogy igy még gyakrabban fordulnának elő az igy is eléggé gyakori táplálkozási zavarok „e medico".

E füzetben az utóbbi évek kutatásainak eredménye közül főleg a therapiás vonatkozásúak vannak kiragadva. Részletesebben tárgyalja a csecsemő fejlödését, a táplálkozás physiologiáját, táplálkozási zavarokat s különösen nagy súlyt helyez az avitaminosisok tárgyalására. Az exsudativ allergiás diathesis, valamint a gyermek psychés fejlödése és nevelése fejezi be a füzetetet, amelyet az általános praxisban az orvos haszonnal forgathat.

Petrányi dr.

Die Persönlichkeit der Athletiker. *E. Kretschmer* und *W. Enke.* (Georg Thieme, Leipzig. 1936. 75 lap. Ára: 2.80 MK.)

Már a régi orvosok is tudták, hogy bizonyos testi alkotottsághoz bizonyos lelki alkotottság tartozik és aki a régebbi elmeorvosi irodalmat ismeri, tudja, hogy ennek nagy irodalma van. *Kretschmer* tehát újat nem alkotott, az ő typusaival, csak mai eszközökkel fogott a munkához, hisz egyedül a pyknikus cyklothyn csoport állta meg a helyét. Többi csoportjai még bizonytalanok és éppen ezért kell a munkát kitartással folytatni. Ez a kis könyvecske is az athletikai alkotottság személyiségével foglalkozik. Az athletára a „viszosus" vérmérsékletet találja a jellemzőnek, mozgása kimért, nyugodt, lassú, megfontolt, képzelődése egyszerü, nem élénk, érdekes a szinek iránti részvétlensége, érzelmi világuk nehézkesen ébreszthető, közömbösek, az indulatok közül a haragkitörés még a leggyakoribb. Jelleme nem a fürgeség, hanem inkább a szivósság, higgadtság. Ez is csak megerösíti a régen ismert tapasztalatot.

Reuter prof.

Das Ventrikulogramm. *von Erik Lysholm, Bertil Ebenius, Hans Sahlstedt.* (I. Teil, Röntgentechnik. Acta Radiologica, Supplement. XXIV. Stockholm. Ára 10 Svéd Kr.)

A 75 oldalas első rész 74 ábrájával, könnyen érthető, rövidre fogott szövegével kitünő laboratoriumi segédkönyv gyanánt használható. Az itt közölt röntgen-technika a stockholmi Serapiner Krankenhaus röntgen-osztályán (vezető: *Prof. Gösta Forssel*) 1925. óta több mint 2000 eset vizsgálatán finomodott ki. A levegővel töltött agykamrák különböző részeinek pontosabb vizsgálása céljából 12 féle vetületben fotografálják a koponyát. A beállítást az e célra szerkesztett Lysholm-féle készülékkel végzik. A kitünő ábrák azonban akkor is lehetövé teszik a helyes beállitást, ha a röntgenlaboratorium ilyen készülékkel nem rendelkezik. Szerzők külön fejezetben tárgyalják a liquor ürök anatomiáját, a normalis ventriculogrammot, a vizsgálat menetét. Végül a jódolajjal végezhető ventriculographia nagy óvatosságot igénylő technikáját is bőven illusztrált fejezetben ismertetik.

Koponyaröntgennel foglalkozó minden szakorvosnak melegen ajánlom a kitünő monographiát. Fokozott érdeklödéssel várjuk a munka II. és III. részét.

Erdélyi József dr.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület május 9-i ülése.

Előadás:

Horay G.: *A szem tuberculosisa.* A szem gümökórja a szemészeti pathologiában jelentős szerepet játszik. Különös fontossága van az uvea megbetegedéseiben. A referáló előadás részletesen foglalkozik a szemtuberculosis sokféle klinikai képével, az aetiologia tisztázása körüli nehézségekkel, a szerevezethez való viszonyával, immunbiologiai vonatkozásaival és a therapia problemáival. (Egész terjedelemben megjelenik az Orvosképzésben).

Hozzászólások a gümökór-cyklus előadásaihoz.

Valkányi R.: Miután a pneumothorax sok esetben nem vihető eredményesen keresztül, a thoracoplastica pedig túlnagy műtét, — megpróbált oly mütéti eljárást kidolgozni, mely nem oly torzító és megviselő. A módszer a beteg tüdőlebeny főviszerének extrapleuralis, transpericardialis lekötésében áll. 7 év óta végzett előtanulmányokat, első mütétét emberen 1 év előtt Az érlekötés transpleuralis módja, melyet maga is kipróbált 13 betegen, akik közül 3 meghalt, — gyakorlatilag nem vált be. Ezért további 4 esetben saját eredeti transpleuralis tüdőlebenyviszérlekötési módszerét alkalmazta, melyet reménytkeltőnek tart. A mütét j. o. a 3—4, b. o. a 3. és esetleg a 2. bordaporc eltávolításában áll harántmetszésből, extrapleuralis pericardiumfeltárás és megnyitásból és ezen belül a felső tüdőlebenyviszér lekötéséből helyi érzéstelenítésben.Ezen módszerrel operált 4 beteg közül 1 valószinüleg scabieses bőrkiütésből származó streptococcus-fertőzésben meghalt, a többi gyógyult, illetve lényegesen javult 3 beteget és röntgenképeiket bemutatja. A módszerről ily kevéseset kapcsán nyilatkozni nem lehet, csak mint reménytkeltő újabb gondolatot hozta az Orvosegyesület elé.

Zalka Ö.: Valkányi-féle vena ligatura esetek közül 5 halálesetről tud. Ebből 4 transpleuralis mütét. Ezek közül boncolás 3 esetben történt. Egy eset hónapokkal a mütét után tbc-ben halt meg. A másik 2 mütéti halálozás, pneumothorax ill. subcutan emphysema következtében. Az egyik esetben kétszakaszos mütét történt. Sem ezekben, sem később meghalt esetben a vena lekötve nem volt. A transpericardialis esetben sem sikerült a venát lekötni. Itt szívfülcse sérülés volt és genyes pericarditis, de ez nem scabiessel, hanem mütéti fertőzéssel hozandó összefüggésbe.

Ádám L.: Mikor Valkányi gondolatával évek előtt előállott, három feltétele volt. 1. gyakorolja Valkányi a mütétet hullákon és mikor jelentette, hogy több mint 100 hullán elvégezte a mütétet, maga is átment Zalka intézetébe, hogy előtte is végezze el a mütétet. 2. Feltétele volt, hogy élő kutyákon végezze a pulmonalis lekötését és a praeparatumokat mutassa be. Mikor meggyőződött, hogy a v. pulmonalis lekötése után elhalás nem volt, engedte meg a mütétet emberen oly feltétellel, hogy a mütétek alkalmával saját maga vagy Szabó Ince adjunctus segédkezik. Igy történt 10 esetben, ezek küzül egy sem halt meg. Egyes esetekben a control röntgenkép némi javulást is mutatott. Szabadsága alatt Valkányi még 3 esetet operált, mind a 3 meghalt, sőt Zalka felkeresett s közölte, hogy egyiken sem volt a pulmonalis lekötve. Ekkor a klinikán a mütétet betiltotta s azóta sem végeztek minthogy az első esetek sem jártak feltünő javulással. Valkányinak azonban megengedte kérésére, hogy mütéti elgondolását helyes világításban az Orvosegyesület elé hozza.

Bakaynak szép és tárgyilagos előadásával kapcsolatosan a III. sz. sebészeti klinika nagy csont tbc. anyagán szerzett tapasztalata folytán felhivja a figyelmet arra, hogy a pénztári betegek egy része a csont tbc. betegségét valamely elszenvedett traumára igyekszik visszavezetni. Felfogása szerint a trauma meglevő tbc. gócot fellobbanthat, de egy esetben se tudott a sérülés kapcsán fellépő csont tbc-t megállapitani. Maga is kiterjedten igénybe veszi a röntgensugarakat, a vérsüllyedés, a vérkép esetleg a tuberculin stb. segédeszközöket a kórisme erősítésére, de óva int, hogy kezdődő tbc.-t csak a röntgenkép alapján kórismézzenek; egyszerű heveny lágyrészgyulladás esetében sokkal nagyobb mészszegénységet láthatunk, mint kezdődő tbc. esetén. Sokszor a spondylitis klinikai képe is jellegzetesebb, mint a röntgenkép. Felhívja még a figyelmet a hidegtályog és tbc-és mellhártyagyulladásra, mindkettő esetén a könnyelmű megnyitás is másodlagos fertőzés helyrehozhatatlan következményekkel járhat.

Gróh E.: A tbc. epidemiologiájára vonatkozó irodalmi adatokat kiegészíti saját vizsgálataival, melyek szerint 160 esetben a 2. typust, a humant és bovint minden egyes esetben egymás mellett kimutatta. A bovin jelenlétét az esetek nagy részében állatkisérlettel, kulturában és készitményekben pedig minden esetben be is bizonyította. A két typus együttes előfordulásának oka számtalan kisérlete szerint, sem nem mutatio, sem nem pedig az, hogy a human savat, a bovin lugot termel és a két typus egymás anyagcsere termékeit közömbösítve tud fejlődni. Vizsgálatai szerint a bovin bacillusok a human bacillusok fejlődését bizonyos arányig elősegitik, azontúl pedig gátolják. Ezek után világos, hogy a tbc. létrejöttében két bacillus szükséges és hogy azok egymáshoz közel a szervezetben megtapadva, egymást anyagcseretermékeikkel a fejlődésben segitsék. Marhák gümös megbetegedése esetén 17 egymásután következő esetben a bovin typus mellett a human typust is megtalálta és jelenlétét állatkisérletekkel, kulturákkal be is bizonyította. Ezek után nyilvánvaló, hogy az ember és állat egymást kölcsönösen fertőzheti

Belák S.: *Darányi* előadásához és *Gróh* hozzászólásához szólva kiemeli, hogy a bovin-typus fellelése minden emberi tbc-ban és a human typusé minden szarvasmarha tbc-ban új nézőpontra késztet a tbc. fertőzés tanát illetőleg. El kell dönteni először, hogy a két typus biologiailag élesen különválasztott törzs-e, vagy pedig az egyik variatio, vagy mutatio alakjában átmenet-e a másikba. Másodszor kérdés, hogy a typusok aránylagos mennyisége a fertőző anyagban befolyásolja-e a lokalizációt, mert Gróh azt találta, hogy a human typus a tüdőtbc-ban, a bovin pedig a csont- és a vesetbc-ban van túlsúlyban. Kérdés tehát, hogy ez bizonyos organotropia, vagy a constitutióból folyó localis dispositio következménye-e. Megvizsgálandók ezen kivül a fertőzés útjai is. Gróh megvilágításában más szemmel kell néznünk a B. C. G. törzset is, amely Calmette szerint mitigált bovin törzs volna, de amelyről már Hutyra megállapitotta, hogy virulenssé is válhat. Gróh ebben is megtalálta a human typust. Ezen és egyéb adódó problemákra intézetében folytatandó kutatások lesznek hivatva fényt vetni, de feleletre várnak ezen problemák a klinikus részéről is.

Okolicsányi-Kuthy D.: *Buday* élesen világította meg előadásában a szervezet kétféle tuberculosis reactióját: az exsudatiót okozót és a gümőtermelőt. Előbbi az erősebb méreghatás eredménye. Hozzászóló két évtizeddel ezelőtt ajánlott egy tüdőgümökór-classificatiót, mely a toxicus tüneteket jobban számbavette. Ugyanö nemrég definiálta a perifocalis gyulladást, mint toxinhatás eredményét. E nézetét Buday előadása alátámasztotta. *Darányi* előadása az egész tbc.-epidemiologiára fontos új, nagyrészben saját kisérletein alapuló megállapitásokat tartalmazott. Ilyen a Koch-bacillus testének áttünősége, mely által az a szétszórt napfény bakteriocid hatásának is hozzáférhető, az alföld silicat-porának áratlmassága vegyi úton is; szembeszállás azzal a terjedő föltevéssel, hogy a gümöbacillus virulentiája általában csökkenöben lenne s kiemelése a fogékonyság, vagyis a megbetegedésre hajlamosság túlnyomó fontosságának. Ez utóbbit hozzászóló személyének esete is bizonyítja, aki gyermekkori expositiójából folyt enyhe tbc.-fertőződései (kisfokú adenitis, súlyos phlyktaena) révén maradt 3 évtizedes phthisiologus müködése alatt a gümökór manifestálódása nélkül. A therapiai részt illetőleg újból felhivja figyelmet a nép-empirián alapuló parenteralis diólevélkivonat (karyon) hasznosságára.

v. Dániel G.: A Ranke-elmélet mereven nem tartható fenn, különösen a II. és III. szak nem választható el jól, a kettő sokszor egymásmellett előfordul. Valószinü, hogy a gümökór lefolyásában a hörgi áttétképződés jelentősége eltörpül a vérpálya-terjedésével szemben. Érdekes különbség van a kétféle teljes generalisatio klinikájában: a tüdőben mindkettőben azonos, a miliarisra jellegzetes kép mellett haematogen esetekben igen gyakori a gégefolyamat s a cerebralis tünetek sokszor hiányoznak, lymphogen folyamatokban viszont csaknem törvényszerü a meningitis s gégeáttét ritka. Rövid ideig fenntartott nagyon is részleges pneumothorax is hatásos lehet s a légmellizzadmány is szövődmény. A plombakérdésben hasonló a helyzet a Jacobaeus-mütéthez: ritka a jó indicatio, — szabad környezetben, magasan fekvő, nem túl nagy, lehetőleg vékonyfalú caverna — ilyen esetekben sikeresen végezhető, de beszürődés vagy göbcsés folyamat nem alkalmas plombálásra. Thoracoplasticás betegek mütét utáni elhelyezésének gondolata a gyógyeredmény szempontjából is üdvös és a mütét iránt megnyilvánuló ellenszenv csökkenését segitheti elő. A sokirányú teendők koordinatiója végett tüdőszakorvosokra van szükség.

Fekete S.: A női nemzőszervek tbc.-t illetőleg *Frigyesi* álláspontját fogadja el. 15 év alatt 24 esetben észlelte a női nemzőszervek tbc-s megbetegedését. Ezek közül 20 adnexum tbc. volt, 4 pedig méhnyálkahártya s a portio tbc-je. Mütét-

tel kapcsolatban egy betege sem halt meg, mellékserülésük, sipolyképződésük nem volt. Tekintettel arra, hogy 2200 hasmetszés közül csak 20-at végzett genitalis tbc. miatt, azt lehetne gondolni, hogy ez a megbetegedés ritka. Pedig nem így van. A németek az utolsó években gyakran végzett sterilizáló mütétek kapcsán sokszor meglepetve látták, hogy az épnek vélt nemzőszervek tbc-s elváltozást mutattak. A mütétek egyebet is mutattak: 20 esetből 14-nél explorativ laparotomiával kellett megelégednie, mert a tbc. már nagy mértékben terjedt a belekre, hashártyára s csak 6 betegnél távolíttattak el a beteg petevezetők. Ez a körülmény mutatja, hogy a női nemzőszervek tbc-je rendesen csak olyan későn okoz komoly tüneteket, amikor az elváltozások már nagy kiterjedésüek. A betegek sorsa azonban még ilyen álapotban sem kedvezőtlen. Ugy az explorativ laparotomia, mint az adnexumok eltávolitása után is röntgenbesugárzást végeztetett, a 14 explorativ mütét után 8 beteget évek mulva gyógyultan látott s csak egynek a haláláról tud. Azon 6 beteg közül, akiken a beteg függellékek eltávolitását végezte, 5-ről tudja, hogy gyógyultak. 4 betegen a curette, ill. a portióból végzett próbakimetszés tette lehetővé a tbc. diagnosisát. A portió tbc-jét carcinoma mellett találta; a betegen radiumkezelés dacára a carcinoma kiújult s tovább fejlődik. Többi 3 betege meggyógyult s évek óta panaszmentes. Ezek közül egynél az endometrium s portio tbc-je miatt radiumkezelést, egynél röntgenbesugárzást végzett. A harmadik beteg csak napkurát folytatott a curette után s így is meggyógyult. A 24 beteg közül 18-nak a sorsáról tud, azok közül 1 meghalt, 17 jól van. Nem operált esetben egy fiatal lánynál, akinek csigolya caries és valószinüleg a többi szervek megbetegedésével társuló genitalis tbc. volt, a folyamat miliaris fertőzés forrása lett. A női nemzőszervek tbc-jének kezelésében ilyen eshetőségek miatt a mütéti kezelést indokoltnak tartja, de azt csak azokra az esetekre korlátozza, ahol az adnexumok mellékserülés nélkül eltávolithatók. Egyéb esetben beérte a próbalaparotomiával, amely biztositja a diagnosist, elősegíti a gyógyulást és lehetővé teszi a sugárkezelést.

Nádor-Nikitis I.: Mindenek előtt a diagnostikai kibővítését és rendszerbe foglalását véli fontosnak, részben a betegség jobb megismerése és beosztása, másrészt a prognosis, valamint a pathogenesis céljából. Ismerteti elgondolását, amelynek alapján a következő diagnostikai részletkérdéseknek kell megfelelni: 1. korai kimutatás. 2. aetiologiai és differentialdiagnostika. 3. typus diagnostika. 4. qualitativ-, 5. quantitativ, 6. localisaló, 7. idősségi, 8. pathogenesis, 9. functionalis, 10. immunbiologiai diagnostika. A fenti bővitett diagnosis alapján könnyebbnek bizonyult a prognosis felállitása, amelynél előbbin kivül természetesen figyelembe kell venni a constitutiót és az actuális szervezeti constellatiót, valamint az exogen tényezőket is. Egyszerű gyakorlati megjelölésre 1—10 számot használ, amikor is az 1 jelenti a legjobb, 5 a bizonytalan, 10 az absolut rossz kórjóslatot. A pathogenesis problemáját a korai infiltratum, azonkivül a hörgi és a haematogen szórással kapcsolatban vizsgálta. Az immunitás ismert fontossága mellett eseteiben határozott bizonyitékot vélt találni a fertőzés massivitása, azaz a qualitativ, valamint az activ és passiv mechanikai tényezők mellett. Hangsúlyozza a röntgenvizsgálat sokszor kimagasló szerepét és a klinikai, laboratoriumi, valamint a pathologanatomiai vizsgálatok rendszeres egybevetésének elengedhetetlenségét. A tüdőtbc. megoldatlan kérdéseinek kutatása a beteg emberrel kapcsolatban fokozott lehetőséget nyujt arra, hogy a gyakorlati célt szolgáló gyógyintézetek is bekapcsolódjanak a tudományos munkába. Ez a helyzet azonban nemcsak lehetőség, hanem kötelesség is egyben. Amikor a tüdőtbc. kutató munkája a laboratoriumokból visszaterelődött a betegágyhoz, egyszerű eszközökkel és felszereléssel is eredményes tudományos munka végezhető.

Luzsa E.: A röntgentherapia még nem foglalja el az őt megillető helyet a szemészeti tbc-s betegségek gyógyitásában. Ennek oka a cataractától való félelemben rejlik. A budapeti áll. szemkórházban igen jó eredményeket ért el besugárzásokkal, különösen a szem elülső részeinek tbc-s megbetegedéseiben gyakran az egyetlen eljárás, amivel a tbc-s iritist meg lehet gyógyitani.

Szüle D.: A poranyagok chemiai szempontból activ (pl. mész-, sziliciumvegyületek) és inactiv (szénpor) anyagok csoportjába oszthatók. Az előbbi azáltal, hogy a szövetnedvekben oldódó vegyületekké alakulhatnak, lényegesen kisebb tehertételt jelentenek, míg az utóbbiak a nyirokpályák eltömeszelése által bizonyos helyei dispositiót teremtenek. — Ezekhez a tapasztalatokhoz jutottunk szénbányákban, homok- és mészbányákban dolgozó tüdőbetegek átvizsgálása során. Az kétségtelen, hogy az utca porához kevert tbc bacillusok a napfény hatására hamar tönkremennek. Teljesen megfelel az élettapasztalatnak, de beható bakteriologiai vizsgálatunknak is az, hogy a szarvasmarhák felől jövő tbc. fertőzés az emberről emberre való fertőzéssel szemben alárendelt, de mégis figyelmet érdemlő tényező. Gróh megállapitásai meglepők és homlokegyenest ellenkeznek bizonyos fix tételekkel. Ujabb vizsgálók (angol, dán) más endemiás eloszlásról állapitják meg a bovin typus által előidézett tbc-s elváltozásokat. Ez a mi feltételünkkel is összhangban van, mely szerint a bovin fertőzéskor azt is tekintetbe kell venni, hogy az embertömegek tbc-s átfertőzésében a bovin vagy human typusnak jutott-e elsőbbség. Kétségtelen, hogy a bovin typus által előidézett tbc emberről emberre is továbbterjed (St. Griffith, Munza) de megfordította még nincs bizonyitva, a gyakorlatban nem is látszik valószinünek. Hogy a bovin és human typus egymás mellett szerepelhet az lehetséges, de a human typus, gyors szaporodása révén, előbb-utóbb háttérbe szoritja az előbbit. A tbc. bacillus biologiája és epidemiologiái tapasztalataink valószinüvé teszik, hogy a bovin typusu tbc. ott fordul elő a legritkábban, ahol a tbc. emberről emberre tovaterjedése a leggyorsabb tempóban lehetséges. Gróh megállapitásai és következtetései azért is valószinütlenek, mert elsősorban morphologiára alapitja azokat.

Vinternitz A.: *Valkányi* által szóbahozott vena pulmonalis lekötésre, — amely egy cseh szerző eszméje — nem tértem ki, mert ezen eljárás a tüdőtbc. sebészi kezelésének mai elveivel homlokegyenest ellenkezik. Az eljárás Rockitansky azon nézetére támaszkodik, amely szerint a tüdőpangással járó szívbajoknál tüdőtbc. nem fordul elő. Ezen felfogás régen meg van cáfolva. A Bier-féle pangásos kezeléssel tett tapasztalások beigazolták, hogy a localis gümőkórt, nemhogy előnyösen, de hátrányosan befolyásolja. A pulmonalis venák lekötése tehát minden physiologia és pathologiai alapot nélkülöz. Ugy a transpeuralis, mint a transpericardialis behatolási módok oly súlyos beavatkozást képviselnek, mint ahogy azt előadó és Zalka is kiemelte, hogy e mütéti eljárásnak semmi jövőt nem jósolhat. Egyébként sem tudja elképzelni, hogyan gondolja Valkányi, hogy a pulmonalis venák lekötése révén a bordák által kifeszitve tartott nagyobb cavernák összeeshessenek.

VEGYES HIREK

Személyi hirek. A Kormányzó Ur Ő főméltósága *Csapody István* egyet. magántanár, székesfővárosi közkórházi főorvosnak az egyetemi rendkivüli tanári címet adományozta. A vallás- és közoktatásügyi miniszter dr. *Szarvas* András közkórházi főorvos, tb. kórházigazgatónak és dr. *Ivánovics* György egyetemi tanársegédnek a szegedi m. kir. Ferenc József tudományegyetem orvostudományi karán egyetemi magántanárrá történt képesitését jóváhagyólag tudomásul vette és őket e minőségükben megerősitette. Ugyancsak dr. *Salamon* Henrik egyetemi rendkivüli tanári címmel felruházott budapesti m. kir. Pázmány Péter tudományegyetemi magántanár, megántanári képesitése tárgykörének kiterjesztését jóváhagyólag tudomásul vette s őt e minőségében megerősitette.

Halálozás: *Arató Pál* dr. örnagy orvos f. hó 7-én, 41 éves korában tragikus körülmények között elhunyt.

A Magyar Elmeorvosok Egyesülete május 17-én, d. e. 11 órakor, az elme- és idegkórtani klinikán rendkivüli közgyülés keretében nyujtja át *Donáth Gyulának*, az egyesület tiszteletbeli tagságáról szóló diszoklevelet. Az egyesület rendkivüli közgyülését május 31-én tartja Győrött, melyen *Jendrassik Ernő* emlékezetére *Zsakó István* elnök mond emlékbeszédet. Az emlékelőadást „Öröklődő ideg- és elmebetegségek" címmel *Miskolczy Dezső* professor fogja megtartani. Előadást tart még *Haitsch Emil* főorvos. Az egyesület tagjai június 1-én Pannonhalmára terveznek kirándulást. Jelentkezni május 20-ig lehet az egyesület titkáránál, vitéz *Szecsődy Imre* főorvosnál (Budapest V., Alkotmány utca 16., Telefon: 28—8—40.), vagy *Haitsch Emil* főorvosnál (Győr, Közkórház.).

Pályázat egyetemi tanszékre. A vallás- és közoktatásügyi miniszter pályázatot hirdet a szegedi Ferenc József tudományegyetem orvostudományi karán üresedésben lévő bőr- és nemikórtani, valamint a közegészségtani kórtani tanszékre. A pályázati kérvényeket legkésőbb június 6-ig kell beküldeni.

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 szívesen 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 Orvosszövetség évi közgyülése. Élénk érdeklődés és izgalmak között zajlott le f. hó 10-én a Vigadó nagytermében az Országos Orvosszövetségnek 38-ik évi közgyülése, melyen a belügyminisztert *Johan Béla* államtitkár, a fővárost *Sipőcz Jenő* főpolgármester képviselte.

Verebélyi Tibor elnök megnyitó beszédében foglalkozott a modern jelszavak káros hatásával.

„Jelszavaktól visszhangzik most az élet — mondotta — bárhova tekintünk, a világpolitikában, a tudományok terén, az orvosi kérdésekben egyaránt. A jelszavak pártokra szakitották az orvostársadalmat is. Szembekerült egymással iskolaorvoslás és „természetes gyógymód", gyógyítás és bajmegelőzés, pénztári és magángyakorlat, társadalmi és magánbiztosítás, hagyomány és reform, öregség és fiatalság. A jelszavak mellett ne feledkezzünk meg azonban az orvosi lélek legfontosabb kellékeiről: tudás, humanizmus, életbölcsesség és etikai érzésről.

Amennyire méltányolja szociális érzésem a betegbiztosítás áldásait, nemzetmentő feladatait, olyannyira félti hivatásom szeretete a biztosítás kinövéseitől pályám idealizmusát. A gyógyítás megfosztása egyéni jellegétől, az orvosi munka értékcsökkentése, a szabad verseny korlátozása, az orvosi rend bürokratizálása olyan veszedelmek, melyek túlemelkednek az érdekelt orvoscsoportok határain és közügyekké nőnek."

Bejelentette végül, hogy a belügyminiszter legközelebb rendezni akarja a különböző biztosítóintézetek ügyét és szeretné, ha a közgyülés ebben a sorsdöntő kérdésben egységesen foglalna állást.

Általános lelkesedés mellett választották meg azután *Sipőcz Jenő* főpolgármestert tiszteletbeli taggá a közegészségügy terén szerzett érdemeiért. Az ünnepelt meghatódva mondott köszönetet és kijelentette, hogy sikereit csak annak köszönheti, hogy egészségügyi kérdésekben mindig szakértőket hallgatott meg. —

A hivatalos jelentések felolvasása és elfogadása után *Keleti József* főtitkár határozati javaslatot terjesztett elő, amely szerint a kamara életbelépése után is fenn kell tartani az Orvosszövetséget, megváltozott hatáskörrel és leszállított tagdíj mellett. *Emöd Aladár* kiemelte, hogy akinek még a leszállított tagdíj is magas, annak szükség esetén további mérséklést is megszavaznak.

Gyertyámosy János mint az ellenzék vezérszónoka hangsúlyozta, hogy az elnök személye iránt általános a megbecsülés és köztisztelet. (*Verebélyi Tibor* nevének említésekor percekig zúgott a zsúfolt terem minden oldalán a taps), a jelenlegi tisztikar ellen azonban sok kifogást kell emelni. A vezetőség szerinte nem alkalmas az ügyek vezetésére, azt indítványozza tehát, hogy az Orvosszövetséget szüntessék meg, helyette lépjen életbe az érdekképviseleti rendszer alapján megalkotott új egyesülés. A beszédet zajos közbekiáltások kisérték. A zaj még fokozódott, amikor a következő szónok, *Schönfeld Ferenc* előadta, hogy a vezetőség maga sincs megelégedve az elért eredményekkel, ennek azonban főleg az orvosi kar magatartása az oka.

Ezután következtek a biztosítási ügykörről szóló előadások. *Bakács György* ismertette a különböző külföldi társadalombiztosítási rendszert. *Borbély Mihály* mutatott rá a hazai intézmények hibáira. *Keleti József* pedig a szabad orvosválasztás rendszere mellett szólalt fel. Végül *Verebélyi Tibor* elnök feltette a kérdést, hogy a kongresszus elfogadja-e az igazgatótanács javaslatát, mely szerint az OTI magatartása következtében a szövetség nyugdijintézete a díjtartalék pótlása tárgyában a belügyminiszterhez fordul.

A szenvedélyesnek igérkező vitára már nem kerülhetett sor, mert az idő előrehaladottsága miatt a közgyülést kétórakor be kellett rekeszteni.

A vita elmaradása miatt az Egészségpolitikai Társaság vasárnap délután sürgős tanácskozást tartott, amelyen az Epol orvoskamarai pártja az Orvosszövetség vasárnapi közgyülését alkotmányellenesnek nyilvánitotta és bejelentette, hogy fellebbezni fog a belügyminiszterhez.

A MONE közgyülése és Bársony János serlegvacsora. Május 7-én tartotta tizenhetedik közgyülését a Magyar Orvosok Nemzeti Egyesülete a Szent Gellért-szállóban, melyet *Kenyeres* Balázs professor elnök nyitotta meg üdvözölve a tagokat, majd részletesen kitért azokra a különböző megmozdulásokra, melyek a magyar nemzeti orvostársadalomban az utóbbi időben észlelhetők, melyek szerinte a keresztény nemzeti orvosi tömegek egységét a legnagyobb mértékben veszélyeztetik. A nagy tetszéssel fogadott beszéd után *Avarffy* Elek alelnök mondotta el beszédét, majd *Kádár* Mihály ügyvezető igazgató vázolta az egyesület legközelebbi célkitüzéseit.

A közgyülés berekesztése után este kilenc órakor tartották meg a hagyományos Bársony János serlegvacsorát, ugyancsak a Gellért-szállóban. A vacsorán megjelentek *Johan* Béla és *Tomcsányi* Kálmán államtitkárok, *Scholtz* Kornél ny. államtitkár, az egyetemek képviselői, a budapesti egyetem tanári kara., a honvédorvosi kar teljes számban, azonkivül a budapesti kórházaknak, klinikáknak, péntzári rendelőintézeteknek mintegy ezer orvosa. A vacsora után *Kenyeres* professor az első poharat a Kormányzó egészségére ürítette és bejelentette, hogy a közgyülés a Kormányzót táviratilag üdvözölte. Majd felkérésére *Kovács* Ferenc professzor a debreceni Tisza István Tudományegyetem nyilvános rendes tanára tartotta a hagyományos serlegbeszédet. Az egybegyültek lelkes ünneplésben részesitették *Kovács* Ferenc professzort, majd a legkitünőbb hangulatban maradtak együtt az éjféli órákig.

Továbbképző tanfolyamok orvosok számára. Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága a klinikákon és közkórházakban egész éven át tartott gyakorlatokon kívül — május hóban — orvosok számára specialis továbbképző tanfolyamot rendez és pedig május hó 25-től május hó 30-ig a rákbetegségről. Az elméleti előadások délelőtt 8-tól 10 óráig az egyetemi II. számú kórbonctani és kisérleti rákkutató intézetben (VIII., Üllői-út 26. sz.) lesznek, a bemutatások a klinikákon és kórházakban.

Ugyancsak május hó 25-től május hó 30-ig lesz továbbképző tanfolyam a trachomáról a m. kir állami szemkórházban (VIII., Romanelli-utca 15. szám.).

Felvilágositást irásbeli megkeresésre készségesen ad az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága irodája (VIII., Mária-utca 39.).

A Budapesti Orvosi Kaszinó Bőregészségügyi (dermatohygienie) kiállításának ünnepélyes megnyitása f. hó 20-án este 7 órakor lesz. A kiállítást a Kaszinó elnöke, *Kövesi Géza* főorvos, eü. főtanácsos nyitja meg, ünnepi be-

PANTAL A hashajtók ideálja az orvosok PANTAL-ja! CHINOIN

szédet mond *Török Lajos* egyet. rk. tanár „Dermatológia és kosmetika" címen. A következő napokon előadássorozat lesz a bőrhygienia köréből, melynek előadói: *Lehner Imre, Mandel Andor, Herz Lajos, Csillag Jakab, Kenedy Dezső* és *ifj. Linksz Arthur*. A kiállítás f. hó 30-án zárul és addig minden nap reggel 9-től este 7-ig úgy a Kartársak, mind a nagyközönség által díjtalanul megtekinthető. A kiállításon résztvesznek az összes nagy bel- és külföldi gyárak készítményeikkel és nagy tudományos anyaggal.

A Magyar Orvosok Rheuma Egyesülete f. évi június hó 14-én tartja ezévi nagygyülését Pécsett, az egyetemi belklinika, Sikonda-fürdő és Harkányfürdő megtekintésével.

Ugyancsak ott tartja ezévi díszgyülését is. A nagygyülés résztvevői szombaton, június 13-án indulnak Sikondafürdőre autóbuszon. Délután Pécsett, a megyeházán díszgyülés, amelynek célja a rheumás megbetegedések elleni küzdelem propagálása. A gyülésen résztvesznek a megye és a város notabilitásai, az egyetem rectora és tanári kara. Előadást tart *Bakay Lajos dr.* egyetemi tanár. A díszgyülés után társasvacsora, mely után a gyülés résztvevői meghallgatják a Dóm-téren a pécsi ünnepi hét keretében előadásra kerülő Missa Sollemnist.

A tudományos ülés után a nagygyülés résztvevői 14-én délben Harkányfürdőre rándulnak, ahol a fürdő vendégei. A nagygyülés résztvevői még vasárnap este hazatérnek.

A nagygyülés részvételének előreláthatő költségei: menettérti autóbuszjegy kb. 30, elszállásolás és ellátás kb. 10 P. A nagygyülés résztvevőinek egy része a klinikákon is elszállásolható, ebben az esetben a kiadások csökkennek 8 pengővel.

A congressusra előadások a rheumatologia köréből bejelenthetők az Egyesület főtitkáránál, bilkei *Pap Lajos*-nál, (Bp. XI., Gellértfürdő.). Ugyancsak nála jelentendő be a congressuson részvétel is a budapesti tagok és vendégek részéről.

Jelentkezési határidő az előadásokra: május 25., a részvételre: június 5.

A Magyar Élettani Társaság ezidei VI. vándorgyülését Tihanyban, — a Magyar Biológiai Kutatóintézetben — tartja, május 21—24-ig. Érkezés május 21-én, csütörtökön Balatonfüredre, ahonnan együttes érkezés esetén egy hajó áll a Társaság tagjainak rendelkezésére. Este 8 órakor megnyitó ülés a Biologiai Kutatóintézetben, 9 órakor vacsora ugyanott. 22-én és 23-án előadások és bemutatások.

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

Kimutatás 1936 május 3-tól 9-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) s halálesetekről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphteria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis.		Morbilli.	Influenza.	Malaria.	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mb.	Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.411	—	—	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	1	1	—	—	1	—	2	1	—	—	—	—	7	—	1	—	—
3. Baranya	251.620	3	—	1	—	2	—	8	—	—	—	—	—	10	5	8	—	—
4. Békés	335.874	1	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	24	—	3	—	—
5. Bihar	180.415	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	44	—	3	1	1
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	—	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	49	—	1	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	2	—	2	—	—	—	12	—	—	—	—	—	56	—	2	—	—
8. Csongrád	148.353	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	43	—	—	—	—
9. Fejér	231.165	3	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	113	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	149	—	—	—	—
11. Hajdu	182.047	2	—	3	—	3	—	5	—	1	—	—	—	52	—	—	—	—
12. Heves	322.207	3	2	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	8	—	1	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	420.142	2	—	2	1	8	—	9	—	—	—	—	—	117	—	1	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	1	—	—	—	1	—	11	—	—	—	—	—	20	—	—	—	—
15. Nográd és Hont	227.958	2	—	1	—	1	—	6	—	—	—	—	—	53	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,437.226	12	1	9	—	13	1	35	—	—	—	1	1	138	2	1	—	—
17. Somogy	389.792	1	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	124	1	14	—	—
18. Sopron	143.128	1	—	—	—	5	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	4	1	1	—	5	1	8	1	—	—	—	—	30	—	8	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	1	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	27	1	6	—	—
21. Tolna	267.133	2	—	—	—	4	—	11	—	—	—	—	—	69	2	—	—	—
22. Vas	273.776	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	17	—	2	—	—
23. Veszprém	246.551	6	—	—	—	7	—	7	—	—	—	—	—	28	—	—	—	—
24. Zala	368.371	3	1	—	—	2	—	5	—	—	—	—	—	42	—	11	—	—
25. Zemplén	149.043	4	—	—	—	2	—	7	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—
I. Baja	29.791	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1.035766	5	—	3	1	38	—	73	1	—	—	—	—	129	2	—	—	—
III. Debrecen	122.825	—	—	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	4	1	—	—	—
IV. Győr	50.828	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.659	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	38	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.399	—	—	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	1	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—
VIII. Pécs	67.527	—	—	1	—	4	—	5	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—
IX. Sopron	36.023	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.287	4	—	—	—	4	—	10	—	—	—	—	—	46	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen:	8,898.367	68	6	27	2	138	2	245	2	2	1	5	1	1456	15	68	1	1
Előző évben:		50	4	14	2	148	5	195	2	—	—	2	—	1016	13	76	—	—

PANTAL
A hashajtók ideálja
az orvosok PANTAL-ja!
CHINOIN

HETIREND

A Budapesti Kir. Orvosegyesület május 16-án délután tartja évzáró közgyülését. Napirend: 1. Elnöki megnyitó. 2. Főtitkár jelentése. 3. Fökönyvtáros jelentése. 4. Pénztáros jelentése. 5. Könyvtár- és pénztárvizsgáló bizottság jelentése. 6. *Wolff Károly* indítványa az ülésnapoknak péntekre áthelyezése tárgyában. 7. Uj tagok felvétele. 8. Tisztújítás.

A Közkórházi Orvostársulat május 20-án tartandó ülésének tárgysorozata. Bemutatások: I. *Pilter Sándor:* Sinus auricularis block esete. 2. *Voith László:* Uraemiás tünetek javulása a vesetájék diathermisálására chron. nephritis esetében. 3. *Habán György:* Sajátos lépelváltozás (Fibrosis circumscripta lienis). Előadások: 1. *Plenczner Sándor:* Allergias szervezetek megbetegedései graviditás kapcsán. 1. *Varga Péter:* Idegen test a gyomorbélhuzamban.

A Pesti Izr. Hitközség Kórházai Orvosi Kara május 28-án, este ½7 órakor a kórház könyvtártermében tartandó ülésének tárgysorozata: — Bemutatás: *Groszmann Ferenc:* Idiotia amaurotica familiaris Tay-Sachs. Occlusiós tüneteket okozó béltetania (?) Előadások: *Richter Hugó:* Psychosissal társuló encephalitis esetek halmozódása az 1935/36-os téli évszak folyamán. *Bársony Jenö:* Terhes nö vizeletével végzett kisérletes vizsgálatok és gyógyító törekvések. Bemutatás: *Berger Margit:* A hypophysis hátsó lebeny hormon petefészek szövetére gyakorolt hatása.

A KIADÁSÉRT FELELÖS VÁMOSSY ZOLTÁN

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

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** ½2—½3 között.

Szent Gellért Konviktus, Szeged. Kálvária-u. 10. Tisztán altruisztikus alapon működő tanulóotthon, melyet a Szt. Gellért Társaság tart fenn. A konviktus középiskolai tanulókat vesz fel. A havi ellátási díj 35 P. A növendékek gondos és szakszerü tanulmányi vezetésben részesülnek. Az intézet okleveles középiskolai tanárai a tanulókat tanulmányaikban ellenörzik és támogatják. A tanulók naponkénti négyszeres élelmezése bőséges és ízletes. Az intézet kertjében sport-, tennisz- és télen jégpálya áll az ifjúság rendelkezésére. A zenére hajlamos tanulók ingyenes hegedűoktatásban részesülnek. Zongoratanulás az intézetben mérsékelt díjazásért. Részletes tájékoztatót az érdeklődőknek díjtalanul küld az Igazgatóság.

Kurhaus Semmering

Főorvos: **Dr. Franz Hansy** e. ü főtanácsos

Ideális magaslati gyógyhely üdülők, lábbadozók részére

Diabetes, Basedow, Asthenia, Anaemia eseteiben — Diétás kezelések

Árak: 21 Schillingtől

„AGOBILIN"

Hatásos szer epe- és májbetegségek kezelésére.

Cholagogum Choleretic um

Epedesinficiens!

GEHE & CO., A.G. DRESDEN-N. 6

Képviselet: Dr. HAAS MIKLÓS „KERESZT" GYÓGYSZERTÁR, BUDAPEST, VII., RÁKÓCZI-ÚT 88.

CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN

ANARA-CHINOIN

gőzeinek beszívása azonnal enyhíti

a heveny nátha, szénaláz, vasomotoros rhinitis tüneteit!

A legegyszerűbben alkalmazható, biztos hatású szer a legfelső légutak hurutos bántalmainál.

CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN

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

80. évfolyam. 21. szám. Budapest, 1936. május 23.

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.

Az
epilepszia
kezelését reformálja
a

Pronal

N-methyl-aethylphenylmalonyl-carbamid

Typikus luminal-hatás kábító mellékhatás nélkül
A rohamokat minimumra csökkenti, illetve teljesen megszünteti
A betegek minden veszélyeztetés és gátlás nélkül folytathatják hivatásukat.

Eredeti csomagolások: Cső 10, üveg 50 tabl. à 0·2 g.

» Bayer «
LEVERKUSEN

Magyarországi vezérképviselet:

E. MERCK
DARMSTADT

Magyar Pharma Gyógyáru R.-T.
Budapest, V., Akadémia-utca 3. szám

Wirth Károly
Budapest, V., Báthory-utca 16. szám

Dr. PÁPAY-féle oltóintézet és szérumtermelő rt. Budapest, IX. ker. Lónyay-u. 12. Telefon: 85—5—63.

NEUROLYSIN

bacterium autolysatum.
Neuralgiák, neuritisek és ischias kezelésére.
Intramuscularis injectiok másodnaponta.
Engedélyezve: *valamennyi betegségbiztositó intézetnél.*

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

5×15 ccm . . . . P 5.80

Dr. EGGERLEÓ és EGGERI. BUDAPEST

80. évfolyam. 21. szám. Budapest, 1936. május 23.

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 REUTER KAMILLÓ JENEY ENDRE

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Faragó Ferenc: Serum antitoxin titrálások 2 évvel a diphtheria védőoltás után. (479—482. oldal.)
Herzog Ferenc: További megfigyelések a polycythaemia étrendi gyógyításáról. (482—483. oldal.)
Széky Antal: Parakinetikus mozgások tabes dorsalisban. (483—485. oldal.)
Zoltán László: A vitaminok haszna a sebészetben. (486—488. oldal.)
Zemplén Béla: Heveny myeloblast leukaemia képében kezdődő chloroma esete. (488—489. oldal.)
Ujsághy Pál: A gyermekkori liquor fehérjefractióiról. (489—492. oldal.)
Kup Gyula: Thyreotoxicosis folytán jelentkező symmetrikus allergiás bőrelváltozások. (492—493. oldal.)
Kerekes György: Az antrotomia utáni sebgyógyulás megrövidítése. (493—494. oldal.)
Dick Endre: Vérátömlesztés utáni haemolytikus shok esete. (494—495. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (91—94. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. — Bőrgyógyászat. — (496—498. oldal.)
Könyvismertetés: (498. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (498—500. oldal.)
Dollinger Gyula: Megjegyzés Jung G. „Cholecystectomia idealis" cikkére. (500. oldal.)
Vegyes hírek: (500—502. oldal. és a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A m. kir. Országos Közegészségügyi Intézet serologiai osztályának közleménye (igazgató: Tomcsik József egyet. ny. rk. tanár.)

Serum antitoxin titrálások 2 évvel a diphtheria védőoltás után.

Irta: *Faragó Ferenc dr.*, adjunctus.

Az az egyszerű gyakorlati eljárás, amelyet a diphtheria-fogékonyság, illetve védettség megítélésére a Schick-reactio képvisel, az utóbbi években jelentőségéből veszíteni látszott. A Schick-reactio értékelése különösen *Jensen* ama közleménye óta van sok kritikának kitéve, amelyben beszámol a Schick-reactio és a serum antitoxin titrálások között felmerülő ellentmondásokról. Magyarországon a már 1928-ban *Tomcsik* által otthonossá tett diphtheria anatoxin, valamint a közelmultban bevezetett anatoxin-csapadék immunizáló értékének a gyakorlatban való megítélésében a járványtani adatokon kivül főleg a Schick-reactióra támaszkodtunk. *Jensen-nek* említett munkája, továbbá a *Leach* és *Pöch* által végzett diphtheria-védőoltásoknak serumtitrálásokkal végzett ellenőrzése azonban mind több és több kétséget támasztott aziránt, hogy vajjon jogos-e a nagy keretek között folyó védőoltások eredményességénél a Schick-reactióra hivatkozni. A kételyeket fokozhatta az a körülmény, hogy hazánkban csekélyebb számban, külföldön azonban nagyobb számban találunk jelentéseket olyan esetekről, ahol Schick-negativ egyének biztosan diagnostizált diphtheriában megbetegszenek.

Hogy tehát számot tudjunk adni a praeventiv oltások eredményéről olyan módon is, amelyet újabban szivesebben elismernek a védettség és fogékonyság igazi tükre gyanánt, továbbá, hogy megfelelő támpontokat kapjunk a védőoltások után jelentkező védettség időtartamára vonatkozólag, serum-antitoxin titrálásokat végeztünk a 2 évvel eezlőtt immunizált egyéneken. E vizsgálatok alkalmasnak látszottak arra is, hogy a Schick-reactio és serum-antitoxin titer között fennálló összefüggésre vonatkozólag is némi adatokat nyerjünk. Vizsgálatunk anyagát *nem zárt intézetekből, hanem a vidéki lakosság köréből meritettük* azért, hogy lehetőleg csökkentsük azt az antigen-tényezőt, amelyet zárt intézetekben a gyakori latens fertőzések jelentenek.

A serum antitoxin titrálásokat négy különböző vidéken 1933 őszén védőoltott iskolás gyermekektől nyert serumon végeztük el. A mintegy 50—50 egyént kitevő négy csoport közül kettő a Ramon-féle anatoxin háromszori (csak kivételesen kétszeri) adagjával, a másik két csoport pedig az anatoxin csapadék egyszeri adagjával volt immunizálva. *Ámbár a két különböző antigen hatását vizsgáltuk, mégis szükséges hangsúlyozni, hogy a Ramon-féle anatoxin és az anatoxin csapadéknak a gyakorlatban való immunizáló értékét e munka során nem volna célszerű összehasonlítani.* Fő célunk ugyanis az volt, hogy ne csak azonos, hanem más viszonyok között is ellenőrizzük az immunitás mértékét és tartósságát, abból a tapasztalatból kiindulva, hogy a védőoltásban még nem részesültek „alapimmunitása" vidékenként változó mértékű. Viszont ez a körülmény, továbbá az egyes csoportok között fennálló egyéb különbségek folytán (lásd alább) nélkülözzük azt az alapot, amely a szigorú összehasonlításhoz szükséges.

I. csoport. 1933. októberében Derecskén *anatoxin 3 adagjával* immunizált 49, jelenleg 8 éves gyermek. A védőoltásokat az elemi iskola I. osztályában *Aszalós János dr.* tiszti orvos végezte úgy, hogy az első 0.5 ccm-es adag után 9 nappal adta a második 1 ccm-es adagot, majd 7 nap mulva az 1.5 ccm-t kitevő harmadik adagot. A felhasznált anatoxin *Tomcsik* szerint módosított Martin-bouillonból készült és 1 ccm-ként 15 Lf. egységet tartalmazott. *A védőoltás előtt a gyermekek Schik-próbának nem voltak alávetve* és ilyenformán ebben a csoportban válogatás nélkül úgy az eredetileg Schick-immun, mint a Schick-fogékony gyermekeknek az antitoxin titerét vizsgáltuk meg. A vérvételt és a parallel Schick-oltá-

sokat, valamint a Schick-reactiók leolvasását 1935. novemberében magam végeztem.

II. csoport. Hódmezővásárhelyt az *anatoxin három adagjával* védőoltott, jelenleg 8 éves korú, 50 gyermek. Az immunizálást *Ormos Pál dr.* főorvos végezte, még pedig úgy, hogy az 1933. november 5—10-én 0.5 ccm anatoxint adott, majd ez után 2—3 hét mulva 1.0 ccm-t adagolt, amelyet a vidéki lehetőségek szerint 2—5 hét mulva követett a harmadik oltás 1.5 ccm-es adagja. A védőoltások egyéb körülményei — amint a jelentésekből megállapítható — ugyanazok voltak, mint az I. csoportban, azonban a jelenlegi vizsgálathoz szükséges vérvételt és az ellenőrző Schick-oltásokat, valamint a Schick-reactiók leolvasását 1935 novemberében nem szerző, hanem *Ormos dr.* végezte el.

III. csoport. 47 gyermek, akik Mezőkövesden 1933 november hó folyamán az *anatoxin praecipitatum egyszeri adagjával* immunizáltattak. A gyermekek a vérvétel és a Schick-oltás idejében (1935. november) 8—10 évesek voltak. *A védőoltást megelőzőleg az immunizálandó gyermekek Schick-próbával voltak kiválogatva és így ebben a csoportban csak azok szerepelnek, akik eredetileg Schick-positiv reactiót mutattak.* A beoltott 1 ccm anatoxin csapadék 28.8 Lf. egységet és 2.5% timsót (12 H_2O) tartalmazott. A praecipitatum ugyancsak a fentemlített módon termelt anatoxinból készült. Lényeges, hogy az ebbe a csoportba tartozók két hónappal és egy évvel az immunizálás után a védettség ellenőrzése céljából Schick-próbával vizsgáltattak meg. Ugy a védőoltásokat, mint a Schick-próbákat, valamint annak leolvasását a szerző végezte. A vérvételért, továbbá a munka megszervezéséért *Bielek Tibor dr.* vm. tiszti orvos úrnak tartozunk köszönettel.

IV. csoportba soroztuk a Solymáron az elemi iskola első osztályában 1933. november hó folyamán *anatoxin csapadék egyszeri adagjával* (1 ccm) immunizált 55 gyermeket, akik a jelenlegi vizsgálat idején tehát átlag 8 évesek. A felhasznált oltóanyag 21.4 Lf/ccm egységet és 1.8 % timsót (12 H_2O) tartalmazott. Egyébként a csoportba tartozó gyermekek ugyanolyan módon voltak kiválogatva, mint Mezőkövesden és ugyanolyan vizsgálatoknak voltak időközben alávetve. A Schick-próbákat, azok leolvasását, valamint a vérvételeket *Tarpay Miklós dr.* községi orvos segitségével a szerző hajtotta végre.

Mezőkövesd kivételével, ahol a vérvétel néhány nappal a Schick-próba oltás után történt, a vizsgálatokhoz szükséges vér vétele a Schick-oltásokat egy néhány órával mindenütt megelőzte. A felhasznált Schick-toxin intézetünkben készült és a Biologiai Értékmérések Állandó Bizottsága által felállitott követelményeknek megfelel. A serum antitoxin titrálásokat *Jensen* módszere szerint végeztük házi standardok felhasználásával. Megemlítjük, hogy a titrálásoknál a serumok csak sorszámmal voltak megjelölve, másszóval *a serum eredetére vonatkozólag jelzéseket nem használtunk* azért, hogy a vizsgálatot a Schick-reactiók által okozott esetleges subjectiv befolyásoknak a feltételezésétől is mentesitsük. A titrálások eredményét, valamint a Schick-reactiókat az I. sz. táblázat mutatja.

A táblázatban összefoglalt eredmények szerint *a védőoltások után 2 esztendővel a védettséghez elegendő magas antitoxin mennyiség volt,* túlnyomó részben *kimutatható* mind a négy csoportban. A megvizsgált egyének Schick-reactiója és antitoxin titere az I, III. és IV. csoportban egy kivétellel (l. I. csoport 15. sz.) megfelel egymásnak, míg a II. csoportban a Schick-reactio és antitoxin titer között alig találunk logikus összefüggést. Nehezebbé teszi az összehasonlítást az a körülmény, hogy szemben a másik három csoporttal épen ez a csoport volt az, ahol a vérvételt és a Schick-oltásokat, valamint a Schick-reactiók leolvasását nem személyesen végeztük és így az adatokat, valamint a vizsgálati anyagot csak közvetve kaptuk. Az egyes csoportoknak antitoxin tükrét jobban áttekinthető módon a II. táblázatban közöljük.

Összegezve az I. és II. táblázatban foglaltakat: az átlag legmagasabb titerű savókat az I. csoportban, a legalacsonyabbakat a II. csoportban találjuk. A III. és IV. csoport értékei a kettő között foglalnak helyet és nagyjából azonosak. Érdekes, hogy a Schick-positiv reactiók százalékos aránya ezt a sorrendet nem követi, hanem a közepes antitoxin titerű csoportokban a legalacsonyabbak. Ezzel áll összhangban az a tény, hogy a III. és IV. csoportban a közepes titerű savók túlsúlyban vannak. Ismét megjegyezzük azonban, hogy épen a III. és IV. csoportban csak az eredetileg Schick-positiv reactiót mutatók, az I. és II. csoportban pedig előzetes Schick-oltás hijján úgy positivak, mint negativak szerepelnek.

A védőoltottak serumának antitoxin meghatározása a jelen adatok szerint igazolni látszik azokat a vizsgálatokat, amelyek során a védettség mértékének ellenőrzésére a Schick-reactiókat használtuk fel. Hogy a Schick-reactio és serum antitoxin titer között eltérések vannak, azt többen (*Young* és munkatársai, valamint a fentebb már említett szerzők) kimutatták. A vizsgált egyének antitoxin titerének viszonylag magas volta nem teszi alkalmassá az előttünk fekvő anyagot arra, hogy általa a kérdésre vonatkozólag mi döntő megállapitásokat tehessünk. A fentiekben azonban látható az, hogy három olyan csoportban (I., III., IV.), ahol az ellenőrzés ugyanolyan feltételek mellett történt, a Schick-reactiók és a serum-antitoxin titrálás közötti eltérés nem olyan nagymértékű, hogy annak alapján jogos volna a Schick-reactio gyakorlati használhatóságát kétségbe vonni. Egyik csoportban (II.) viszont, a Schick-reactiók és a serumantitoxin titrálások között lényeges eltéréseket láttunk. E csoport és az előző három csoport ellentétes eredményére magyarázatot talán a vidékek közti különbségekben vagy méginkább a különböző technikában lehetne keresni.

A Schick-reactio és a serumantitoxin meghatározás összehasonlítása alkalmával fontos elsősorban annak a tisztázása, hogy melyik az az antitoxin-sík, amely felett negativ és amely alatt positiv Schick-reactiót várhatunk. *Schick* eredeti megállapitása szerint 0.033 egység/ccm serum volt ez az antitoxinmennyiség, ő azonban később (1924) ezt a határértéket 0.005-re szállította le. *Glenny* és *Waddington* antigen stimulus után a Schick-határt 0.004 AE/ccm serum körül találta. *Weichsel* tengerimalacokon 0.01 AE/ccm serum fölött mindig negativ, alatta pedig mindig positiv reactiót látott. *Dudley* szerint „a positiv Schick-reactio megbizható jele annak, hogy a vérben a Schick-toxin befecskendezése pillanatában kevesebb mint 0.01 AE van". A jelen körülmények között, tehát 2 évvel antigen stimulus után történt vizsgálat alapján, eltekintve a II. csoport említett eltéréseitől mi *a Schick-határt szintén 0.01 AE/ccm serum, illetőleg valamivel talán ez alatt vonnánk meg.* 0.01 AE fölött ugyanis mindig negativ reactiót kaptunk, míg 0.009 AE mellett négy esetben negativ, egy esetben pedig positiv reactiót láttunk. Ha tehát ezt az értéket átmenetinek vennénk és a fogékonyakat a három csoportban *Schick* szerint és a serumtiter szerint parallel mutatjuk ki, akkor a következő eredményt kapjuk. (III. táblázat.)

1. táblázat.

Serum antitoxin titere és a Schick-reactiók 2 évvel a védőoltás után.

Sorszám	I. csoport. AE/ccm serum	Schick	II. csoport. AE/ccm serum	Schick	III. csoport. AE/ccm serum	Schick	IV. csoport. AE/ccm serum	Schick
1.	0.016	neg.	0.023	neg.	0.112	neg.	0.400	neg.
2.	2.800	„	0.006	„	0.200	„	0.121	„
3.	0.238	„	0.002	+10/12	0.125	„	0.140	„
4.	0.027	„	0.078	neg.	0.062	„	0.140	„
5.	0.125	„	1.250	„	0.009	„	0.132	„
6.	0.175	„	0.0001	„	0.156	„	0.011	„
7.	0.126	„	0.005	„	0.125	„	0.0003	+20/20
8.	5.500	„	0.0006	„	0.137	„	3.750	neg.
9.	1.750	„	0.018	„	0.250	„	0.044	„
10.	0.001	+22/18	0.175	„	0.730	„	0.313	„
11.	0.040	neg.	0.030	„	1.000	„	0.138	„
12.	0.110	„	0.175	+8/12	9.125	„	0.003	+15/15
13.	0.050	„	0.112	neg.	1.875	„	0.063	neg.
14.	3.125	„	0.009	+8/14	0.250	„	5.000	„
15.	0.001	„	1.563	neg.	0.130	„	0.050	„
16.	0.013	„	0.200	„	0.913	„	2.000	„
17.	0.056	„	0.196	„	0.028	„	1.250	„
18.	0.110	„	0.013	„	0.156	„	0.023	„
19.	0.001	+20/24	0.006	„	0.063	„	0.089	„
20.	1.246	neg.	0.070	„	0.250	„	0.113	„
21.	0.095	„	0.200	„	0.250	„	0.100	„
22.	0.616	„	1.563	„	0.0001	+kb. 15/20	8.750	„
23.	0.154	„	1.113	+10/15	0.113	neg.	0.045	„
24.	0.110	„	0.112	neg.	0.110	„	0.016	„
25.	0.896	„	0.025	„	0.220	„	0.420	„
26.	0.00006	+22/21	0.011	+6/8	0.048	„	0.013	„
27.	0.055	neg.	0.550	neg.	0.099	„	0.028	„
28.	0.110	„	0.625	„	2.000	„	0.009	„
29.	1.400	„	0.013	„	0.875	„	1.400	„
30.	0.500	„	0.020	„	1.375	„	0.224	„
31.	0.088	„	0.001	„	0.238	„	0.089	„
32.	8.985	„	0.056	„	0.238	„	0.020	„
33.	0.0006	+17/20	0.013	+8/8	0.798	„	0.420	„
34.	0.099	neg.	0.018	+10/15	0.040	„	0.252	„
35.	2.200	„	0.238	neg.	1.375	„	0.100	„
36.	0.137	„	0.014	„	0.020	„	0.001	+15/20
37.	0.011	„	0.0001	„	0.550	„	0.001	+16/18
38.	0.088	„	0.005	„	0.121	„	0.006	neg.
39.	0.0003	+18/21	0.003	„	0.220	„	0.070	„
40.	0.013	neg.	0.009	„	0.003	+kb. 15/20	0.125	„
41.	1.375	„	2.750	„	1.250	neg.	0.010	„
42.	0.011	„	0.200	„	0.001	„	0.113	„
43.	0.099	„	0.003	„	0.0006	„	1.022	„
44.	0.132	„	1.250	„	0.090	„	0.100	„
45.	0.011	„	0.001	„	0.010	„	0.024	„
46.	0.300	„	0.0006	„	0.001	„	0.500	„
47.	0.100	„	0.090	„	0.013	„	0.089	„
48.	0.132	„	0.010	„	ϕ		0.089	„
49.	0.088	„	0.001	„	ϕ		0.089	„
50.	ϕ		0.013		ϕ		0.100	„
51.	ϕ		ϕ		ϕ		0.200	„
52.	ϕ		ϕ		ϕ		0.009	+10/15
53.	ϕ		ϕ		ϕ		0.090	neg.
54.	ϕ		ϕ		ϕ		2.000	„
55.	ϕ		ϕ		ϕ		0.896	„
Átlag AE ill. +Sch.%	0.563	10.20%	0.257	14.00%	0.680	4.26%	0.567	10.90%

2. táblázat.

Az antitoxin titer fokozatos megoszlása.

Csoport	Vizsgáltak száma	<0.005 AE/ccm abs.	<0.005 serum %	0.005—0.009 AE/ccm abs.	0.005—0.009 serum %	0.01—0.09 AE/ccm abs.	0.01—0.09 serum %	0.1—0.9 AE/ccm abs.	0.1—0.9 serum %	>1 AE/ccm abs.	>1 serum %
I.	49	6	12.25	—	—	17	34.69	17	34.69	9	18.37
II.	50	10	20.00	6	12.00	17	24.00	11	22.00	6	12.00
III.	47	2	4.25	1	2.13	8	17.02	30	63.83	6	12.77
IV.	55	4	7.27	3	5.45	19	34.55	21	38.18	8	14.55
Összesen:	201	22	10.95	10	4.97	61	30.35	79	39.30	29	14.43

3. táblázat.

A fogékonyak száma a Schick-reactio és antitoxin titer alapján megítélve.

Csoport	Vizsgáltak száma	Schicht szerint abs.	Schicht szerint %	AT szerint abs.	AT szerint %
I.	49	5	10.20	6	12.24
III.	47	2	4.25	2	4.25
IV.	55	6	10.90	6	10.90
Összesen:	151	13	8.60	14	9.27

A 0.009 AE/ccm vér-antitoxintitert átmeneti értéknek véve, az összefoglalt adatok szerint *a vizsgálatok tárgyát képező három csoportban a Schick-reactio és a serumantitoxin meghatározások szerint kimutatott fogékonyak száma között nem vagy csak alig találunk* (l. I. csoport) *különbséget.* A védőoltás után két évvel a fogékonyak száma százalékban kifejezve *Schick* szerint 4.25 és 10.90% között, illetőleg antitoxintiter szerint 4.25 és 12.24% között váltakozik, átlagban véve pedig 8.60%, illetőleg 9.27%. Más szóval kifejezve *három különböző vidékről származó három csoport, amely 151, 8—10 éves gyermeket foglal magában, két évvel a védőoltás után a Schick-reactio szerint átlag 91.4%-ban, az antitoxin meghatározások szerint átlag 90.73%-ban védett a diphtheriával szemben.* Rontja ezt az eredményt az a körülmény, hogy az 50 gyermeket kitevő II. csoportban Schick szerint 86%-ban, a serumtitrálás szerint pedig 76%-ban mutatkozik védettség.

Végül szükségesnek látszik azokra az esetekre kitérni, amikor Schick-negativ egyének, vagy olyanok, akiknek seruma viszonylag magas antitoxinértéket mutatott, diphtheriában megbetegednek. Ilyen eseteknek magyarázatát más egyéb lehetőségek mellett egyrészt a serum antitoxin tartalmának időről időre történt esetleges ingadozásában, másrészt pedig abban találjuk meg, hogy a viszonylag magas serum antitoxin tartalom mellett sem lehet a diphtheria megbetegedést kizárni. Itt azokra az állatkísérletekre kell hivatkozni, amikor védett tengerimalacokon massiv fertőzéssel előidéztek diphtheriát *(Weichsel,* valamint *Teveli* személyes közlése), továbbá meg kell említeni azokat a vizsgálatokat, amelyek folyamán főleg gyermekeken a diphtheria megbetegedés első napjaiban — a gyógysavó adagolása előtt — relative magas serumantitoxinértékeket találtak *(Zoelch, Opitz,* továbbá saját észlelésünk). Úgy a kisérleti, mint a természetes megbetegedések ilyen esetben igen könnyű és gyors lefolyásúak voltak és valószínűleg a védőanyagoknak a massiv fertőzéssel szemben való elégtelenségére vezethetők vissza.

Összefoglalás: 1. Magyarország négy különböző vidékéről 2 évvel az anatoxinnal vagy anatoxin praecipitatummal történt védőoltás után vett vérpróbák átlagos antitoxin titere: I. csoport (49 egyén) 0.680 AE/ccm, II. csoport (50 egyén) 0.257 AE/ccm, III. csoport (47 egyén) 0.563 AE/ccm, IV. csoport (55 egyén) 0.567 AE/ccm serum.

2. A megvizsgált négy csoport közül három csoportban a serum antitoxin tartalma és a Schick-oltások eredménye megegyezik egymással, egy csoportban a két eljárás között nincsen szoros kapcsolat.

3. A Schick-positiv-negativ reactiók határa a vizsgálat adatai szerint három csoportban 0.009 AE/ccm serum. A 0.01 AE/ccm titer fölött minden esetben negativ, 0.009 AE/ccm titer alatt 1 kivételével minden esetben positiv reactiót találtunk. Egy csoportban ilyen határ nem volt megállapitható.

4. Három csoportban 2 évvel az immunisálás után a védettség Schick szerint átlag 91.40%-ban, az antitoxin meghatározás szerint 90.73%-ban fennállt. Egy csoportban ugyanez 86.0% és 76.0%.

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

További megfigyelések a polycythaemia étrendi gyógyításáról.

Irta: *Herzog Ferenc dr.* egyet. ny. r. tanár.

E folyóirat idei 5. számában ismertettem az állati fehérjében nagyon szegény étrendnek kiváló hatását a polycythaemiára. Eseteim száma azóta még kettővel gyarapodott és ezekben az esetekben is éppen úgy, mint a már ismertetett 8 esetben bevált ez az étrend: a vörösvérsejtek száma rendessé vagy majdnem rendessé lett, a betegek panaszai elmultak és ez a javulás az étrendnek állandó megtartásakor tartósnak bizonyult (3 beteget 5 hónap óta észlelek).

Mint már első közleményemben említettem, a betegek testsúlya az étrend folyamán számottevő módon nem változott, erőbeli állapotuk ellenben javult. Jóllehet a betegek szivesen tartották az étrendet, mégis célszerűnek látszott azzal a kérdéssel is foglalkozni, *hogy vajjon szükséges-e hosszú időn keresztül alkalmazni ezt az étrendet,* másfelől pedig érdemes volt arról is tájékozódni, hogy *az állati fehérjében dús különféle tápszerek egyformán hatnak-e a polycythaemiás betegek vérképzésére?* Mert, ha különböző fokban hatnának arra, ha egyik vagy másik alig vagy nem is ingerelné a csontvelőt, akkor az étrend ezekkel a tápszerekkel kibővíthető lenne. Ezzel a kérdéssel az étrendi gyógyítás megkezdésekor azért nem foglalkoztam, mert ez túlságosan hosszúra nyujtotta volna a kisérleteket. Akkor ugyanis arra törekedtem, hogy az étrenddel minél rövidebb idő alatt minél nagyobb hatást érjek el, ezt pedig leginkább az biztosíthatta, hogyha lehetőleg minden állati fehérjét tartalmazó táplálékot elvontam a betegektől.

Mindkét kérdés tisztázása akkor kerülhetett sorra, amikor a betegek vörösvérsejtjeinek száma és vérüknek haemoglobintartalma az étrend hatására már állandósult a rendes vagy ennél alig nagyobb értékeken. Öt beteget több hónapon keresztül figyelhettem meg és ezeket használtam fel a következő kisérletekre. Miután vérképük 4—8 héten át már nem változott, a betegek különféle állati fehérjét tartalmazó ételeket kaptak.

Tejből mind az öt beteg 0.2—0.5 l-t kapott naponta 1—2 hétig, anélkül, hogy erre a vérkép számottevően változott volna, néha a vv.-szám és a hb. kissé emelkedett, máskor kissé csökkent.

Sajtra, amelyből egy beteg 50 g-t, három beteg 100 g-t fogyasztott naponta 2 héten át, egy beteg pedig 100 g-t egy hétig, a vérkép szintén majdnem változatlan maradt, sőt két esetben a vvs-szám kissé csökkent.

Tojásra, melyből egy beteg naponta hármat evett egy héten át, továbbá borjuhusra, melyből két beteg 150 g-t (nyersen mérve) kapott naponta egy hétig, az erythrocyták száma 0.40—0.50 millióval, egy betegen napi 200 g borjuhusra két hét alatt 1.2 millióval emelkedett, a haemoglobintartalom azonban alig változott. Elhagyva a tojást, illetőleg a hust, a vvs.-számok csak két hét mulva csökkentek megint az előző értékekre.

Két beteg naponta 200 g halat (nyers súly) fogyasztott két héten keresztül, amire vérképük nem romlott; majd e betegek a hal elhagyása után 2 hétig hetenként kétszer 150 gramm borjuhust kaptak és vérképük erre is változatlan

maradt.Ugyanez a két beteg később két hétig hetente kétszer 3 tojást fogyasztott és változás a vérképben erre sem jött létre. Egy beteg 200 g halat és 50 g sajtot fogyasztott naponta két héten át anélkül, hogy vérképe romlott volna; ugyanez a beteg ezután 2 hétig naponta 50 g sajtot, 200 g tejet és hetenként kétszer 150 g hust fogyasztott, miközben a vvs.-szám 0.5 millióval 4.1 millióra csökkent.

Megfigyeléseim eredménye a következő: *Ha a szigorú, állati fehérjét alig tartalmazó étrenddel sikerült a polycythaemiás betegek vérképét rendessé vagy majdnem rendessé alakítani, úgy ezután 1—2 hónappal étrendjük bővíthető tejjel, sajttal, hallal, sőt néhányszor hetenként adott hussal, illetőleg tojással is, anélkül, hogy ez a vérképre és állapotukra rossz hatással volna.* Ez talán azon alapul, hogy a szigorú étrend folyamán a csontvelő kimélése által annak kórosan fokozott működése, ingerlékenysége annyira csökkent, hogy a vérképzést serkentő anyagok kis mennyisége már nem fokozza a vörösvérsejtképzést. *Másfelől a különféle állati fehérjét tartalmazó táplálékok hatása nem azonos: a tej, a sajt és a hal nagyobb mennyiségben sem bizonyult károsnak, viszont más hussal és tojással szemben a betegek érzékenyek maradtak,* a vérkép csak akkor nem romlott, ha a betegek ezekből keveset és csak időnkint fogyasztottak. Lehetséges, hogy még tartósabb étrendi gyógyítás után egyre kevésbbé szigorú étrend sem lesz ártalmas hatással a betegek vérképére, állapotára.

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

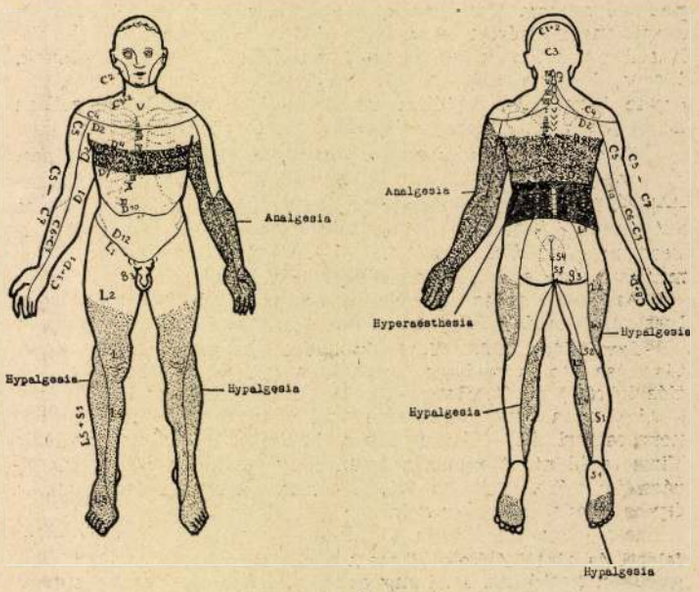
Parakinetikus mozgások tabes dorsalisban.

Irta: *Széky Antal dr.* klinikai tanársegéd.

Az eddigi klinikai észlelések azt mutatják, hogy az idegrendszer syphilises betegségeiben különféle mozgászavarok keletkeznek. Ezek túlnyomó részben a parkinsonismus képében játszódnak le. Ritkább esetekben, choreás és athetotikus mozgások is fordulnak elő. Ezen utóbbi mozgászavarok paralysis progressivában is észlelhetők. E betegségben végzett kórszövettani vizsgálatok azt mutatják, hogy a kórfolyamat reáterjed a kéregalatti ducokra, különösen pedig a striatumra, amelyben a részben gummás, részben lágyulásos gócok mellett plasmasejtes beszűrődés és a hajszálér hálózat megszaporodása is észlelhető. A striatumnak mind a kis, mind a nagy sejtjei is megbetegednek. Az extrapiramidalis mozgászavar tehát ezekben az esetekben kifejezetten a kéregalatti ducoknak szövettanilag is kimutatott lueses bántalmára vezethető vissza. *Jakob* leletei ezt még inkább megerősítik, aki paralysisben a striatum lágyulásos gócaiban spirochaetákat is talált.

Choreiform és athetoid mozgászavar lueses idegrendszeri betegségekben, különösen tabes dorsalisban akkor is előfordul, ha a striatum közvetlen bántalmát kimutatni nem sikerül. Már *Oppenheim* a mélyérzések zavaraiban és kisagyi bántalmakban is az athetosishoz hasonló, de egészen más alapon nyugvó mozgásokat ír le, amelyeket „spontan mozgásoknak" nevezett el.

Ezekre a pseudo-athetotikus mozgásokra jellemző, hogy mindig hasonló, gyakran stereotype egyforma módon zajlanak le és a mozgásoknak nincs meg az a túlhajtott és szabálytalan jellege, mint athetosisban. *Hermann* szerint ezek a spontan mozgások mindazon betegségekben előfordulhatnak, amelyekben a mélyérzések zavartak, nem tekintve azt, hogy az érzészavar periphaeriás vagy spinalis ártalom következménye (tabes, sklerosis, polineuritis, syringomyelia). *Lewandowszky* akkor látott tabesben spontan mozgásokat, ha az ataxia a karokon mutatkozott. A spontan mozgásokat részben az ataxiára, részben a mélyérzések zavarára vezették vissza.



1. ábra.

Stengel és más szerzők is a tabes dorsalis mozgászavarait megjelenési formáik szerint két nagy csoportba osztják:

1. Episodikus, görcsszerően lejátszódó mozgások, melyek fájdalmakkal vagy más sensibilis izgalmi tünetekkel járnak együtt. *(Foerster* szerint ezek a mozgások mint jellegzetes motoros izgalmi tünetek foghatók fel, melyek rendellenes sensibilis izgalmak következményei).

2. Spontan mozgások, melyek közül legismertebbek az u. n. pseudo-athetotikus spontan mozgások *(Pierre Marie, Hirschberg, Oppenheim, Foerster, Erben, Schilder, Stengel).*

Guillain, Allajouaine és *Girot* a tabes kapcsán mutatkozó spontan mozgásoknak három csoportját különböztetik meg:

1. Nem ütemes, az athetosisra emlékeztető végtagmozgások, amelyek gyakran akaratlagos mozgásoknak tetszenek. Nyugalmi helyzetben megszünnek, járáskor szembetünőbbé válnak.

2. Ütemes remegés, amely az intentiós tremorra emlékeztet és valószinűleg a középagy lueses betegségének következménye.

3. Tic vagy clonus-szerű mozgások, melyek főleg az arc és gége izomzatban jelentkeznek és így a beszéd és légzés rhythmusát befolyásolják.

A parakinetikus mozgászavar szemléltető példáját mutatja következő esetünk:

G. Ö., 34 éves. Nagybátyja elmebeteg volt, anyja él, egészséges. Születése, fejlődése rendes volt. Három-négy éves korában görcsei voltak, ilyenkor elkékült, teste kimeredt. 1915-ben tüdőcsúcshurut, ugyanez évben mindkét kezefeje és lábujjai megfagytak. 1916-ban a lágyéki mirigyek fájdalmasan megduzzadtak, 10 higany és 2 salvarsan ojtást kapott, nyolc hét alatt mirigyei lelohadtak, vérvizsgálat eredményét nem tudja. Öt-hat hónap mulva a végbél körül és a himvesszőjén keményalapú, nedvedző felületű fekély támadt. Ujból 10 higany és 2 salvarsan befecskendés. 1917-ben még két hasonló kurát végzett. 1929. januárjában mindkét lábán és kezében nyilaló fájdalmak keletkeztek, amelyek a bal testfélen zsibbadással jártak együtt. Orvoslásul phlogetan, neosalvarsan, bismuth és jodnatrium injectiókat kapott. A klinikát 1929-ben továbbkezelés végett kereste fel.

Jelen állapot: Hosszúkás mellkas; Krönig terek mindkét oldalt szükültek, csúcsok felett megnyúlt kilégzés. Szívtompulat rendes, szívhangok tiszták. Máj alsó széle mély belégzéskor tapintható. Vesetáj nyomásra kissé fájdalmas.

Idegrendszer: Mindkét pupilla, különösen a jobb, szabálytalan, a jobb fénymerev, a bal reactiója renyhébb, alkalmazkodási reactio van. Szemmozgások szabadok. Bal ajakredő elsimult. Kiöltött nyelv nem ferde. Uvula középen. Lágyszájpad jól mozog. Térd-sarok, ujj-orrhegy kisérlet jól sikerül; zászlólengés-kisérlet negativ. Alsó végtagokban hypotonia. Patellaris reflexek müfogással renyhék. Achilles reflexek, biceps, femoris reflexek nem válthatók ki. Csukott szemmel enyhe ingadozás; kötéltáncos helyzetben és oldalhelyzetben is jól jár. Egész testen mindenütt jól és pontosan jelez.

Vizeletben: geny gyengén positiv, egyébként eltérés nincs.

Vér: Wa.: ++++, Sachs-Georgi: ±, Meinicke III.: ++++. Liquor: Wa: negativ (normal antigennel), ++ (lueses antigennel). Sejtszám: 11⅓. Pándy-r.: +++, Nonne-Apelt-reactio: ++, Weichbrodt-r.: +++. Goldsol: Lueszacke. Bicol. mastix-r.: az első három csőben mély kiesés.

Antiluetikus és spirochaeta-vaccin kúrát kezdünk, amelyet mint bejáró folytat tovább és 1929. IX. 11-én távozik.

Ismételten 1933. X. 17-én kerül felvételre. A klinikáról távozása óta spirochaeta, myosalvarsan és jódnatrium injectiós kúrát kapott. Betegsége kb. 1 év óta súlyosbodott. Bal kezével nem érez, fogni nem tud, a kezébe adott tárgyakat nem ismeri fel. Végtagjaiban hasogató fájdalmai vannak. Vizelete időnkint nehezen indul meg, gyakran elcsepeg. Járása jó; néha kettősen lát; gyakran szédülésérzései vannak. Gyomorpanaszai nincsenek.

Jelen állapot: Habitus asthenicus. Besüppedt kulcscsont feletti és alatti árkok. Beesett arc. Szívcsúcson az első hang gyengén kettőzött, II. hang dobbantó. Gyenge kartünet. Vérnyomása 110/75 Hg.

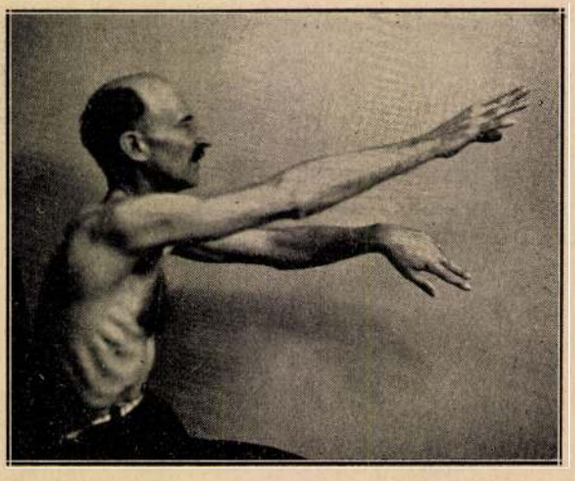
Idegrendszer: Myotikus, szabálytalan pupillák, a bal tágabb mint a jobb, mely fénymerev, míg a bal fényreactiója gyenge. Alkalmazkodási reactio van. Szemmozgások szabadok, nystagmus nincs. Állandó harántirányu homlokráncolás. A bal szájzug lejjebb áll, mint a jobb, fogmutatáskor kissé visszamarad. A b. arc, a felső ajak b. fele kissé petyhüdt. Cornealis, garatreflexek élénkek, egyformák. Weber végtelen, Rinné k. o. positiv. Nyelés, rágás, hangképzés jó. J. o. a supraorbitalis és occipitalis pont nyomásra érzékeny. Radiális-reflexek k. o. egyformák, triceps-reflex b. o. renyhébb. Scapulo-humeralis-reflexek k. o. egyformák. A bal kéz szorítóereje igen csökkent. A jobb kéz szorítóereje dynamometerrel mérve 62, 55, baloldalt 20, 19. Kézszorításkor baloldalt csak a két utolsó ujjat hajlítja erősen, a hüvelykujj opponálása, valamint a mutató- és középujj hajlítása nem érezhető, Behunyt szemmel a karokat előrenyujtva a b. kézfej rövid idő alatt lesüllyed és a kéz ujjaiban choreiform-athetoid mozgások mutatkoznak. A felkarok körfogatában eltérés nincs. Alkar körfogata 24.5 és 16 cm, b. o. 23 és 15.2 cm. Baloldalt a thenar, hypothenar kissé sorvadt. Baloldalt az ujjaknak egymáshoz való közelítése és távolítása csak hiányosan és állandó hyperextensióra való hajlással sikerül. Balkézzel végzett ujj-orrhegy kisérletkor bradytelekynesis és céltévesztés. A bal kézbe adott tárgyakat nem ismeri fel, bemondása szerint nem is érzi. Has- és cremaster-reflexek kétoldalt egyformák, élénkek. Patella- és Achilles-reflexek müfogással sem válthatók ki. A biceps femoris-reflex hiányzik. Térd-sarok kisérletkor bal lábbal enyhe ataxia. Az imitatiós próbáknál a b. felső végtaggal felfelé és kifelé tér el, a kéz ujjaiban athetoid minimalmozgások.

Érzési kör: A j. alkaron és kézfejen a vibratiós érzés csökkent, a b. alkaron és kézfejen hiányzik. *Discriminatiós érzésvizsgálat*: Felkar hajlító oldalán: j. o. 3.5, b. o. 7.5 cm. Feszítő oldalon: j. o. 3.5, b. o. 12 cm. *Vállon:* j. o. 3,5, b, o, 12 cm. *Fofa:* j. o. 3, b. o. .5 cm, *Homlok:* j. o. 3, b, o, 3 cm, *Lapockatájék:* j. o. 8.5, b. o. 5 cm. A tapintás és fájdalomérzés zavarai b. o. C V, VI, VII és D I-nek megfelelőleg jelentkeztek és a lumbalis II, III, IV, V-nek megfelelő területen (l. mellékelt ábra).

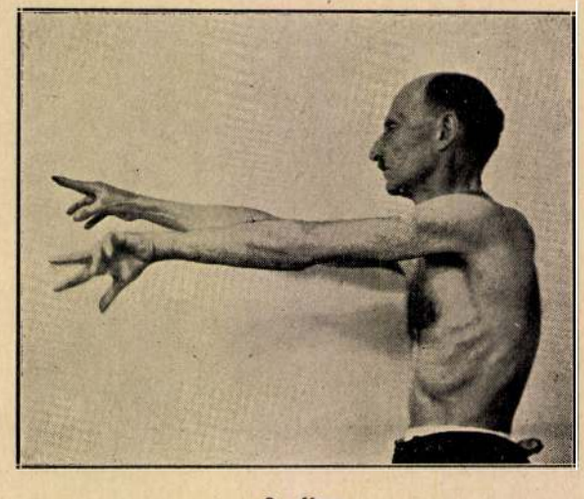
Vér: Wa.: ϕ. Liquor: Wa.: +++. Sejtszám: 2, Pándy-reactio +++, Nonne-Apelt-r.: ++, Weichbrodt-r.: . Cukor: 0.054%. Goldsol-r. és mastix-r.: az első négy csőben mély kiesés, schellack-r.: ++++.

Szemészeti lelet: Status post papillitidem.

Amint a kórleírásból kitünik, a kezelés ellenére a beteg állapota fokozatosan rosszabbodik, ami különösen a b. felső végtagon, illetve kézen mutatkozó érzészavarban, sorvadásban és mozgászavarban nyilvánul meg. Mozgászavar lógó kéztartásban vagy fekvő helyzetben nincs; amint azonban a beteg karjait nyujtott helyzetben lassan emeli, már a mozgás kezdetén a bal kéz ujjaiban 1—2 minimalis-mozgás figyelhető meg, ami a karok emelésekor mind kifejezettebb. A karok vizszintes tartásakor a b. kéz ujjaiban az athetosisra emlékeztető élénk, önkénytelen mozgásjáték indul meg. A bal kéz 4. és 5. ujja szorosan adducalt állásba kerül, míg ugyanakkor a többi három ujj erősen kifeszül és egymástól maximalisan távolodik. A b. kézfej lassan lefelé süllyed és hajlított állásba kerül. Ismételt beidegzésre az összes ujjakban lökésszerüleg egyenletes, feszítő, lassú, kúszó mozgások mutatkoznak. A kézujjakban fellépő spontan-mozgások erőteljesebbé válnak, ha a beteg szemeit behunyatjuk. Az ujjak kúszó, feszítő mozgása gyorsul, az ujjak majdnem állandóan terpesz állásban vannak. A fej activ oldalirányú forditásakor, előrenyujtott karok mellett, a lesüllyedt kézfej lökésszerüleg maximalis extendált állásba kerül, majd süllyed, úgy, hogy ez a mozgásjáték szárnycsapásszerüleg ismétlődik. Ezzel egyidőben a b. alkar lassan pronálódik és fokozatosan flectált és adducált állásba kerül, anélkül, hogy a betegnek erről tudomása lenne. Megszünik a pseudo-athetotikus mozgásjáték, ha a karját tovább a fej felé emeli vagy leengedi és függőleges helyzetben tartja. Amíg a b. kéz ujjaiban igen jelentékeny a pseudo-athetotikus mozgásjáték, addig a j. kézujjakban csak alig észlelhetők mozgások. A hüvelyk- és mutatóujjban ugyanazon testhelyzetben előbb durva remegés támad, majd néhány choreiform mozgás után, a hüvelyk és mutatóujj erősen kinyujtott helyzetben egymástól távolodik. Az alsó végtagokon spontan mozgásokat nem észleltünk (II., III. ábra).



2. ábra.



3. ábra.

Stengel nagy beteganyagon végzett megfigyelései is azt mutatják, hogy ugyanazon körülmények között, a felső végtagokon gyakrabban keletkeznek spontan mozgások, mint az alsókon; e körülmény talán a kedvezőbb vizsgálati lehetőségekben leli magyarázatát. Ugyanis a végtagokat innerváltatni és a környezet zavaró hatásaitól mentesíteni kell, hogy a spontan mozgások felszínre kerülhessenek. Ezzel magyarázható meg, hogy a spontan mozgások leggyakrabban előrenyujtott karok mellett mutatkoznak és nem a végtagok fekvő helyzetében, vagy ha

meg vannak támasztva. Ezenkivül egyesek megfigyelése szerint bizonyos mozgási-impulsusok a felső végtagokon könnyebben haladnak keresztül, mint az alsókon. *Stengel* 120 esete közül csak 5-ben észlelt az alsó végtagokon pseudo-athetotikus mozgásokat lassan lefolyó ujjmozgások alakjában és a mozgások csak akkor jelentkeztek, ha a lábakat a fekvő helyzetből kimozdította.

A spontan mozgások különböző lefolyásúak és függetlenek az érzési zavar fokától és eredetétől; lefolyásukban törvényszerűséget nem mutatnak. *Oppenheim* a spontan mozgások bizonyos stereotypiájáról, *Hoff* és *Schilder* pedig irányított mozgásokról beszél. Általában véve ezen mozgászavarokon azokat a lassú, főleg a felső végtagok distalis részén mutatkozó akaratlan mozgásokat foglaljuk össze, amelyek a hely- és mozgásérzés zavarai esetén keletkeznek és lefolyásukban a valódi athetotikus mozgásokra emlékeztetnek.

Láttuk azt, hogy a szemek behunyásakor a spontan mozgások élénkültek és nagyobb kiterjedésűvé lettek, e jelenséget *Foerster* és más szerzők is az optikai ellenőrzés megszünésére vezették vissza. Ezzel a feltevéssel ellentétben állanak *Stengel* megfigyelései, aki kisérleteiben a betegek szeme elé papirlapot helyezett, úgy, hogy a beteg előrenyujtott karjait nem látta. Ebben a helyzetben a spontan mozgások csak kis mértékben vagy egyáltalán nem fokozódtak, míg ellenben a szem behunyásakor a mozgások fokozódtak. Hasonló jelenséget tapasztalt *Schilder* amaurotikus, tabeses betegeken. Ezen megfigyelésekből azt következtették, hogy a spontan mozgások fokozódása nem annyira az opticai controll kiesésével magyarázható, hanem inkább az erőteljes szembehunyás folytán keletkező tonusváltozással.

A tabesban keletkezett spontan mozgások kórokára nézve megoszlanak a vélemények. Igy többek között *Erben* szintén irt le tabesben spontan mozgásokat és azokat mint az ataxia fontos componensét jelölte meg. Nemcsak *Erben,* hanem más szerzők is úgy vélték ugyanis, hogy ezek a spontan mozgások kifejezői annak, hogy a betegek elveszitették tájékozódásukat a végtagok helyzetéről és az izületek állásáról és igy, a tájékozódás keresésével jönnek létre a pseudo-athetotikus mozgások. Mások viszont a spontan mozgásokat túlhajtott mozgató impulsusoknak fogták fel, az érzési zavarok következményeiképpen. *Hoff* és *Schilder* ellenben úgy vélik, hogy a spontan mozgások létrejöttében a sensibilitás zavarán kivül a központi tonus-apparatus bántalmának is szerepe van.

Ezen megfigyelésekkel és következtetésekkel teljesen ellentétes *Taterka* észlelése: az ő esetében hiányoztak a végtagokon a mélyérzések zavarai. A spontan mozgásokat a striopallidum syndromás bántalmazottságára vagy ezek környéki toxikus folyamatokon alapuló ártalmára vezeti vissza. *Rosenbach* spontan mozgások esetében a lencsemagban talált gócot és szerinte az athetosis nem önálló tünetcsoport, hanem csak kisérőjelensége különféle kóros folyamatoknak. *Stengel* és *Schilder* eseteiben is a spontan mozgások létrejöttében az érzészavaron kivül feltétlenül szerepel a pallidum kórbonctanilag kimutatott sérülése.

Hogy a közölt eset milyen mértékben világit rá a tabesben előforduló pseudo-athetotikus mozgások kóroktanára; bizonyos elváltozásokra és az érzészavar formájára is vissza kell térnünk. Amint az ábrákból látható, az érzészavar gyöki jellegű, distalisan mind jobban fokozódó. Ezenkivül a felületes és mélyérzések súlyos zavarához a b. felső végtag nagyfokú gyengesége is csatlakozik. Bal kézzel fogni nem is tud, sőt már 1 év óta a jobb keze is gyengülni kezd. Egyes tárgyakat kiejt a kezéből. A bal kéz izomereje dynamometerrel mérve 20, 19. j. o. 62, 55. Ha felszólítjuk a beteget karjainak előrenyujtására, a vizszintesen előrenyujtott bal kézfej pár pillanat alatt lesüllyed és a radialisbénulásra emlékeztető tartásba kerül. Active a kézfej és az ujjak mozgása egyaránt elég jól sikerül, de a mozgások nem kiadósak és összrendezettek. Az izomerő nagyfokú csökkenését megokolja az a lassanként előrehaladó sorvadás, amely a bal arcfél, vállöv és az egész felső végtag izomzatára kiterjed. Különösen szembetünő a sorvadás a thenar és hypothenar izomzatában és az interosseusokban. A bal arcfél petyhüdt, beesett, a vállöv körvonalai élesen kiemelkednek. A villamos ingerlékenység csökkent. Már a motoros tünetek beállta előtt, a felső végtagban zsibbadás-érzés és fájdalmak jelentkeztek, e fájdalmak *Léry, Lerouge* szerint a meninxek bántalmával magyarázhatók. A féloldalra terjedő sorvadás azt mutatja, hogy esetünkben kezdődő amytrophiáról van szó, amely magyarázza a felső végtag nagyfokú erőtlenségét és használhatatlanságát. Az amyotrophiás sorvadás kisebb fokban a b. alsó végtag izomzatában is észlelhető és a pyramispálya sérülésének jeleként járás közben bal lábával időnként circumducál és húzza a lábát maga után. Az amyotrophiának lueses eredetére már 1796-ban reámutatott *Graves.* Később 1850-ben *Aran* és 1859-ben *Rodet* említik meg a progressiv izom atrophia okai között a syphilist. A tabes dorsalissal kapcsolatos izomsorvadásra *Gowers* irányította rá a figyelmet 1886-ban és azóta számos közlemény számolt be a tabessel kapcsolatos amyotrophiáról. Az amyotrophia okául az első időben a környéki idegek elfajulását tartották, de már *Charcot* és *Pierre Marie* felhivták a figyelmet az elülső szarv sorvadására.

Schaffer és *Lapinsky* szöveti vizsgálatai mutattak rá arra, hogy az izomsorvadás oka az elülső szarvak betegsége, de hasonló elváltozások vannak a Clarke-féle oszlopban és a hátulsó szarvak ganglionsejtjeiben is.

Betegünkön a pseudo-athetotikus spontan mozgások azon a végtagon jelentkeztek, amelyen az amyotrophia keletkezett. Az athetoid mozgások nem az érzészavar és az ataxia fokozódásával kacsolatban lettek nyilvánvalóvá, hanem akkor jelentkeztek, amikor a motoros gyengeség, izomsorvadás stb. már reámutattak az amyotrophiára. Voltaképpen tehát az amyotrophia lett mintegy megindítója a spontan mozgásoknak. Tudjuk azt, hogy a hátsó kötegek betegsége a cerebello-petalis és thalamopetalis impulsusok nagy tömegének a kiesésére vezet és ilymódon a centripetalis szabályozó mechanismusban, a subcorticalis tonus és mozgáskészülékben zavar támad. A thalamo-petalis és cerebello-petalis ingerek hiánya miatt a thalamus és cerebellum közvetve szenved, a subthalmikus és subcerebellaris mechanismusok szabaddá válnak. Esetünkben a baloldali végtagon jelentkező spontan pronatio és süllyedés, hasonlóképpen az athetoid mozgás játékot bevezető feszítő mozgások az ujjak részéről (Strecktendenz) *Hoff* és *Schilder* értelmében a kisagy közvetett bántalmára mutat.

Nem tekintve azon lehetőségeket, hogy spontan mozgások az érzészavar, az ataxia következményeképpen jelentkezhetnek, esetünkben fel kell tételeznünk, hogy az elülső szarvak mozgató sejtjeinek betegsége, és a környéki idegek bántalmazottsága miatt, tehát környéki sérülés következtében, a subcorticalis központok közvetett bántalma folytán jelentkeztek a pseudo-athetotikus spontan mozgások. Ezt a feltevésünket igazolja *Krambach* észlelése is, aki gerincvelői gyöknek sérülése után látott pseudo-athetotikus mozgásokat. Jelen esetünkben tehát a mozgászavar keletkezésében a felületes és mélyérzések súlyos zavarán és az ataxián kivül feltétlenül helyet kell adnunk az elülső szarvak mozgató sejtjei lues okozta bántalmazottságának.

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

A vitaminok haszna a sebészetben.*

Irta: *Zoltán László dr.* műtőorvos.

Ismeretes, hogy egyesek különféle vitaminokat alkalmaztak a helyi és általános fertőzések ellen. Céljukat a szervezet általános állapotának javításával gondolták elérni. Ezen törekvések kapcsán természetesen a vitaminokat a sebgyógyulás irányítására is igyekeztek felhasználni. Föltevéseik megerősítésére sokféle vizsgálatot, főleg állatkisérleteket végeztek. Az eredmények meglehetősen különbözőek voltak. Az előzetesen A-vitamindús táplálékon tartott állatok sebeinek gyógyulása nem változik, a mérsékelten adagolt A-vitamin kismértékben megrövidíti a sebgyógyulás idejét, a többi, előzetesen és közben adott vitaminféleség a sebgyógyulásra befolyással nincsen *(Lauber)*. *González* a csukamájolaj peroralis adagolásától némi javulást látott rosszul gyógyuló sebek, égések és lábszárfekélyek esetén.

D-vitaminnal, az angolkórosok csontrendszerére gyakorolt egészen fajlagos hatása miatt törésekben a callusképződés befolyásolását kisérelték meg. Az eredmények azonban a kisérleteket nem igazolták. *(Marx)*.

Hogy a szervezet ellenállóképességét fokozzák, műtéti előkészítés alatt is adagoltak vitamint, főleg basedowosoknak. Jódtartalmú anyagban lévő vitamint használtak; az előkészítés ezen módja éppúgy eredményes volt, mint a szokásos jódkezelés *(Cramer-Adamson-Fraser)*.

Állatkisérletek közben, melyek egyes avitaminosisoknak a szervezetre gyakorolt hatását célozták, derült ki, hogy főleg A-vitamin, de néha D-vitamin hiánya esetében a patkányok hugyútjaiban kőképződés figyelhető meg. Itt főleg a mész-phosphor-magnesium anyagcsere zavara szerepel; kiváltó okként pedig a húgyutak hámfelszínének megváltozását gondolják. Emberre vonatkozó adataink nincsenek.

Kerültek észlelés alá olyan betegek, kik vitaminszegénységben szenvedtek. *Harris* megfigyelte, hogy főleg D- és C-vitaminszegény táplálékkal élő betegek között nagyszámban találhatók a gyomor- és patkóbél fekélyei, illetőleg a gyomor-bélhuzam betegségei. Megállapítása szerint az ilyen betegek állapota javul, ha vitamindús táplálékot kapnak. A javulás meglehetős tartós. *González* tapasztalatai ezzel megegyező; ő gyomorfekélyben látott javulást csukamájolajtól.

A vitaminoknak a mész-assimilatióra és a szervezet ellenállóképességére való együttes jó hatását igyekeztek kihasználni, mikor súlyos csontgümőkóros betegeknek a D- (1 eset: *Plath)*, illetőleg A- és B-vitamint (7 eset: *Kwaskowsky)* jó eredménnyel adtak.

A scorbut ellen fajlagos C-vitamin gyógyhatásának egyik első megnyilvánulása a vérzékenység megszünése. Más úton különben nehezen csillapítható, kisfokú vérzések megállapítását is igyekeztek ily módon elérni *(Korányi-Bentsák* ascorbinsav 0.15 gr napi adagjának befecskendezésével heveny és idült vesegyulladás és vesekő esetén egynéhány esetben a vérvizelés csökkenését, illetőleg megszünését észlelte. Ugyanezen meggondolás alapján került a C-vitamin a colitis ulcerosa gyógyszerei közé *(Heténvi)*. Az eredmények igen jók; a hatásmód még nem tisztázott.

Bizonyos szempontokból vitaminhatásnak tartják a quarzfénnyel besugárzott steril és genyes sebfelszíneken történt elváltozásokat is. Az eredmények nem megegyezőek *(Lemariée, Pollaczek)* nehezen értelmezhetők, sőt egyes szerzők teljesen hatástalannak mondják *(Markuse, Winterstein)*.

Az irodalmi adatok ezen felsorolásából kitünik, hogy egyrészt egyes betegségek — melyeket sokan általános okokkal magyaráznak (kőképződés,, ulcuskérdés stb.) — kóroktanának kutatásában, másrészt a helybeli betegségek gyógyításában, illetőleg a szervezet teljes erejét fokozó törekvések kapcsán igyekeztek a szerzők a vitaminokban új segítőeszközökre szert tenni. Ha az irodalmi adatokat összevetjük a II. sz. sebészeti klinikán történt észleléseinkkel, akkor a fentebbi eredményeket csekélyértékünek kell tartanunk.

A súlyos, általános fertőzésekben kétségtelen a szervezet leromlása és kétségtelen az is, hogy a fertőzés leküzdésében az elsőrangú szerep a szervezet jó erőbeli állapotának jut. A különféle vegyiszerek, desinficiensek és antisepticumok csak kismértékű segítői a küzdelemnek és a szervezet rossz állapota esetén majdnem minden esetben csődöt mondanak. Természetes tehát, hogy minden eszközt, ami az erőbeli állapotot javitja, meg kell ragadnunk és így nem lehet hiba, ha bizonyos esetben vitamint is adunk a betegnek. Azonban ily súlyos állapotú betegeknek *nem a vitamin, hanem a kalória bevitele a lényeges.* A lázas, elesett beteg tápláléka ugyanis majdnem kizárólag folyadékból, gyümölcsszörpökből áll s ezek vitamintartalma az életfolyamatokhoz elegendő, hiszen ez a vitaminmennyiség a szokásos táplálék vitamintartalmát minden bizonnyal eléri, esetleg felül is mulja. A szervezet vitaminszükséglete ugyanis nem nagy. A számára elegendő mennyiséget felhasználja, a többit pedig kiválasztja. Ha a vitaminbevitelt a szükséges fölé fokozzuk, a szervezet a felesleget mint szükségtelent, eltávolítja *(Johnson-Zilva:* C-vitamin). A vitaminok ferment vagy katalysatorszerű mivoltában rejlik, hogy a szervezetben nem raktározódnak fel, hanem hivatásukhoz elegendően elhasználtatnak, illetőleg eltávolittatnak. Bizonyitják ezt a C-vitamin anyagcseréjével kapcsolatban történt vizsgálatok; ezekből tudjuk, hogy a C-vitamin kiválasztása *független a betegségtől, sőt független a máj és gyomor működésétől is,* ellenben függ a bevitt táplálék vitamintartalmától. Ha a beteg, állapotából kifolyólag csupán alig-alig táplálkozik, úgy lehetséges múló vitamin visszatartás. Ez azonban még nem bizonyitja, hogy a beteg szervezete nem jut kellő vitaminmennyiséghez, hogy vitaminszegénységben van. Ily értelemben magyarázható *Schroeder* azon megfigyelése, hogy sepsis reconvalescentiában a serum C-vitamintartalma lassan bár, de növekszik, ami, azt hisszük, megfelel és következménye a jobb állapotban levő beteg megjavult táplálkozásának. Tehát nem tudjuk fokozni a hasznosan felhasználandó vitamin mennyiségét fölösen bevitt vitaminnal és így sajnos, elesünk a szervezet ellenállóképeségét erősítő hatásától is. A táplálék az erőforrás és ennek jobb kihasználása nem függ a vitaminok mennyiségétől. A vitaminmentes táplálkozás — a kisebbfokú gyomorelválasztás ellenére — a táplálék szétesését és a bélfal részéről történő felszivódást nem befolyásolja *(Bickel)*. Azon kisérletek, melyek bizonyitják, hogy szövetkulturák A-vitamin hozzáadására jobban fejlődnek *(Nordmann-Höger, Bisceglie)*, illetőleg fertőzve tovább tarthatók életben *(Fischer)*, valamint, hogy inanitióban lévő kutya szervezetének reactióképessége (a fehérvérsejtek számának lymphocytosis és eosinophilia útján való emelkedése) A-vitamin hatására fokozódik *(Gonzalez)*, csupán azt bizonyítja, hogy *csak avitaminosisban szenvedő szövetek, illetőleg szervezetekre előnyös a vitaminok adagolása.* Ez az isolált avitaminosis azonban igen ritka, nálunk majdnem ismeretlen kórkép. Csakis ilyen esetekben várható eredmény sebészi megbetegedésekben a vi-

*) Az 1935. évi Sebész nagygyülésen tartott előadás.

taminok adagolásától. *Erben* adatai is csak felfogásunkat bizonyitják, ott t. i. *angolkóros gyermekek* fertőzésében észlelt D-vitamin hatására jó eredményt. Tehát a „factor antiinfectiosus" csak „in avitaminosi" hat. *Mellanby-Green* sepsis puerperalisban elért 5 (!) gyógyulását inkább a véletlennek, mint a vitaminnak tulajdonithatjuk. Az enyhe gyermekágyas fertőzések, kismedence-peritonitisek viszonylagos jóindulata pedig közismert.

Ugyanígy itélhetjük meg a sebgyógyulás peroralis vitamin-adagolással való befolyásolását is. Az állatkisérletekben magukban sem meggyőzőek az eredmények, emberben pedig nem lehet különválasztanunk ezt a gyógymódot a minden bizonnyal folytatott egyéb sebkezeléstől.

A II. sz. sebészeti klinika anyagában mi is végeztünk ily megfigyeléseket. Az adagolást peroralisan végeztük és 4—10.000 E. A-vitamint adtunk naponta. Anyagunk egyrészt a kis sebészet köréből: kelevény, fiaskelés, phlegmone, tályog, mastitis stb. (62 eset), illetve kisebb steril műtétekből: sérv, appendix, jóidulatú daganatok (34 eset) került ki. Anélkül, hogy eseteinket részleteznénk, megállapithatjuk, hogy a már eleve jól vagy rosszabbul táplált betegeinken, *sem a fertőzött, sem a steril-sebek nem mutattak a gyógyulásban különösebb változást:* a gyógyulás idejének és minőségének átlaga semmiben sem különbözött a vitaminnélküli esetekkel szemben. Másrészről az általános erőbeli állapot szemszögéből nézve vizsgáltunk 9 gyomorműtétet kiállt, 2 sepsisben szenvedő és 3 súlyos előzmények után operált epeköves beteget. A gyógyulás folyamán semminemű olyan előnyös mozzanat nem volt megfigyelhető, ami a vitaminadagolás előnyét támogatná. Angolkóros sebészi megbetegedésben szenvedő beteget nem észlelhettünk.

A testi állapot javitását célző törekvések közé sorolhatjuk a basedowos betegek előkészitésében szereplő vitamin gyógyszerelést. A jó hatást nem csupán a fentemlitettektől, hanem a részben vélt, részben bizonyított thyroxin-A-vitamin antagonismustól várták. Az eredmények — a készitmény jódtartalma miatt — nem értékesithetők és nem különböznek a szokott jódelőkészités eredményeitől.

Az A-avitaminosis befolyása a kőképződésre csak állatkisérletekből ismert, emberben sem kóroktanilag, sem therapiailag a feltevés nem igazolódott. A gyomor-bélhuzam betegségei és fekélyei esetén nem tudjuk mellőzni a minden bizonnyal alkalmazott étrendi kezelés már bizonyított hatását. A peroralis csukamájolajkezelésben pedig inkább mechanikus tényezők látszanak előtérben lenni.

A C-vitamin vérzéscsilllapitó hatását három kőeredetű vesevérzésben vizsgáltuk. A vérzés 2 esetben három, 1 esetben két nap alatt szünt meg. 9 esetben előzetesen három napig C-vitaminnal kezelt (naponta 0.15 gr) betegek (hernia, appendix) vérzés és alvadás-idejét határoztuk meg két napon keresztül. 6 esetben változást nem találtunk, 3 esetben a vérzésidő csökkenése, illetőleg az alvadásidő gyorsabbodása nem ért el 20%-ot sem. A fentebb észlelt jó hatást igy inkább a vese kiméletével magyarázhatjuk.

Az elmondottakból kitünik, hogy a vitaminok általános hatása nincs különösebb befolyással a rendszerint helybeli sebészi megbetegedésekre és peroralis használatát nem könyvelhetjük el a sebgyógyulásban nyereségként. Látunk azonban eredményeket akkor, ha a sebek kezelésében a vitaminokat, főleg az A-vitamint helybelileg használjuk fel. Az eljárás elmélete több megfigyelés alapján épült fel. Az A-vitamin az, amelynek hiánya minden más avitaminosisnál nagyobb ellenálláscsökkenést okoz *(Larsen)* az *epithel* sejtek feltünő *degeneratiója* mellett. Hatására a sejtek assimilatiós és oxydativ tevékenysége fokozódik; ez a növekedés és szaporodás gyorsabbodásában fejeződik ki *(Löhr)*. Ezek a jelenségek legnagyobbrészt a hámelemeken keresztül észlelhetők. Bizonyos immunhatást is tulajdonitanak az A-vitaminnak, ami a felhám határozott védelmében nyilvánul meg *(Drigalsky)*. Ezek alapján került sor főleg az A-, de részben a D-vitamin *(Kemmler)* helybeli alkalmazására. Eleinte csukamájolajat, majd standardisált A- és D-vitaminos olajat és kenőcsöt alkalmaztak. Az eredmények igen érdekesek voltak. Elsődlegesen zárt sebek, illetőleg sérülések gyógyulásában különösebb elváltozás nem volt észlelhető, a gyógyulás rendes mederben haladt. Feltünő azonban az úgynevezett másodlagosan gyógyuló sebek viselkedése. Itt két lényeges jelenséget figyelhetünk meg: a sarjadzás erőteljességét és a hámosodás gyorsaságát. Nagy és mély sebfelszinek gyorsan telődnek ki, renyhén hámosodó bőrterületeken pedig a hámosodás hamarosan megindul és majdnem szabályszerűen *túlsarjadzás nélkül* rövid idő alatt befejeződik. Égésekben, még másodfokúakban is, igen jó gyógyulást látunk, heg és keloidképződés nagyon ritka. A vitaminos kezelés fő kezdeményezője, *Löhr* érdeme az, hogy súlyos, roncsolt sérülésekben, renyhe fekélyek esetén, terjedelmes genyes folyamatok utáni állapotokban bevezette a rögzített vitaminos kötéseket (Lebertrangypsverband), melyek eredményeképen igen jó késői működésbeli állapotot ért el. Ilyenféle tapasztalatainkról már egy izben beszámoltunk. Ujabban a heveny és idült csontvelőlobok kezelésében is eredményesnek bizonyultak a rögzitett vitaminos kötések. Széles feltárás, illetőleg a holtcsont eltávolitása után a sebüreget bőven kitömjük vitaminos kenőccsel és ezt rögzitjük. Két-három hét multán levéve a kötést a sebüreg majdnem teljesen kitelődik és egy-kétszeri kötésváltásra egyszerű heggel gyógyul. Heveny alak után holtcsont a legritkábban képződik *(Löhr)*, az idült alakban kiújulás alig észlelhető. A sarjadzás erőteljessége mellett itt számba kell, hogy vegyük a vitaminok bizonyos mértékű bakteriumölő hatását is *(Zuelzer)*, ami klinikailag a lágyrészek kimélődésében, illetőleg a váladék gyors megkevesbbedésében nyilvánul meg. A bakteriumok életképességére gyakorolt gátló hatását igazolják in vitro és in corpore *Löhr, Löhr-Treutsch* és saját vizsgálataink is. Két idült osteomyelitist volt alkalmunk ily elvek szerint kezelni. Az egyik: kisebb terjedelmű osteomyelitis ulnae 4 hét alatt, a másik: súlyos osteomyelitis humeri 7 hét alatt gyógyult. Mindkét esetben a váladék gyors megkevesbbedése, a csaknem fájdalmatlan kezelés és végeredményben jó végtagműködés volt észlelhető. Természetesen két esetünkből merész következtetéseket nem vonhatunk le. Nagyobbszámú és későbben is ellenőrzött esetek tapasztalatai talán igazolni fogják *Löhr* eredményeit. Azt azonban mi is megállapithatjuk, hogy mindkét betegünk a vitaminos kezelést jól tűrte, a sebüregek gyorsan kitelődtek, behámosodtak és keskeny heggel gyógyultak. A gyógyulás befejeztével végzett ellenőrző röntgenfelvételeken a csontokon már kisfokú mészlerakódást is lehetett látni.

Összefoglalva, elmondhatjuk, hogy:

1. A vitaminok peroralis használata, illetőleg általános hatása sebészi betegségekben nem értékesithető.

2. Ilyen alkalmazása csakis *vitaminhiány* esetén okszerű.

3. Előnyösnek látszik azonban az A- és D-vitamin helybeli alkalmazása: *a)* olyan sebek esetén, hol a seb kiterjedése vagy roncsoltsága miatt a működés súlysabban veszélyeztetett; *b)* a hámosodás renyhe; *c)* égések esetén. Jó eredményről számolnak be ezzel a kezeléssel heveny és idült csontvelőlobokban is.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem II. belklinikájának közleménye (igazgató: báró Kétly László ny. r. tanár.).

Heveny myeloblast leukaemia képében kezdődő chloroma esete.

Irta: *Zemplén Béla dr.*, egyet. tanársegéd.

A chloroma, másnéven myeloid, illetve lymphoid chloroleukaemia *(Naegeli)*, chloromyelosarkomatosis *(Sternberg)*, chloromyelosis — mint a neve is mutatja — a myeloid, ill. lymphoid rendszer betegsége. A legtöbbben a heveny leukaemia egy különleges fajtájának tartják *(Hirschfeld, Naegeli, Boros)*, némelyek a daganatok közé sorozzák még ma is *(Bamford* és *Edwards)*, vagy a rendszerbetegség és a daganatok közötti átmenetnek tartják *(Morawitz)*. A lymphoid chloroma létezését legtöbben tagadják. A chloroma meglehetősen ritka betegség. *Lenhndorff* 1920-beli összefoglalása 100 esetet számlál, az azóta megjelent irásokban mindössze 35—40 biztos chloroma található.

A baj jellemző zöldszínű csomókban nyilvánul meg a koponya és egyéb csontok periosteumán, ezenkivül a vesékben, májban és más szervekben. A csontvelő és a nyirokcsomók szintén zöldes elszíneződésűek. A vérkép hasonló az acut myelosiséhoz, előfordulnak azonban aleukaemiás formák is. Egyre súlyosbbodó, nagyfokú vérszegénység egészíti ki a kórképet.

Esetünkben egy 32 éves gyári munkásnőről van szó, kinek betegsége appendektomia után kezdődött. 1935. jun. 8-án történt a műtét, hassebe per primam gyógyult. Nyolc nap mulva távozott a kórházból. Egy izomközé adott befecskendezés helye erősen megduzzadt, fájdalmas lett, ezért műtét után még tovább feküdt. Jun. 20-án látása gyengülni kezdett, majd erős fejfájások jelentkeztek. Fokozódó látásromlása miatt az I. szemklinikára vették fel, honnan jul. 19-én pangásos papilla és kérdéses agydaganat kórjelzéssel hozzánk került. Felvételkor homályos látásról, jobb bordaiv alatti és vakbéltáji fájdalmakról panaszkodott.

Részletes vizsgálat: Közepesen fejlett, jól táplált. Halvány bőr és nyálkahártyák. Megnagyobbodott mirigyek nem tapinthatók. Szív és tüdő ép. A hasban a jobb bordaiv alatt és a műtéti heg táján nyomásérzékenység. A máj 1 harántujjal haladja meg a bordaivet. A lép nem tapintható. Vizelete ép. Próbareggeliben szabad sósav nincsen. Vérkép: vörösvérsejt: 3 mill., fehérvérsejt: 6000, Hgb: 40%, festékmutató: 0.66, vérlemezkék: 300.000, vérsejtsüllyedés: 1 óra alatt 70 mm. A minőségi vérképben myelobl. 39%, promyeloc. 3%, myeloc. és fiatalm. ϕ, pálcikam. 7%, karélyos 20%, lymph. 31%, bas. és eos. ϕ (1. táblázat). A myeloid elemek positiv oxydase reactiót adtak. A vörösvérsejtképben normoblastokat, poikylo- és anysocytosist találtunk. Reticulocita 2%. Vérzési idő 4 perc, alvadási idő 9 perc.

Idegrendszer: A bal pupilla tágabb. Fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Szemfenék (I. szemklinika): mindkét papilla elmosódott, szürkés, az erek rendkivül teltek, a papilla körül koszorúalakú vérzések a retinán.— Liquornyomás ülő helyzetben 380 víz mm. Liquorreactiók (Pándi, Nonne-Appelt stb.) nemlegesek, rendes colloidgörbék. Fülészeti calorikus vizsgálatkor a baloldali reactio tetemesen visszamarad. Egyéb idegrendszeri eltérés nincsen. Koponyafelvételen az impressiones digitatae és az erek sulcusainak kimélyülésén kivül radiologiai eltérés nem található.

A beteg első alkalommal négy hónapig tartózkodott a klinikán, ezalatt állapota fokozatosan romlott. Egyre súlyosbbodó anaemiája miatt három ízben kapott 400 ccm vérátömlesztést, e beavatkozások azonban csak rövid időre voltak képesek a vörösvérsejtszámot emelni. A milyenségi fehérvérsejtképben a myeloblastok arányszáma 39-ről 60%-ra emelkedett, majd 12%-ra csökkent. A myelocyták 0-tól kiindulva 33%-ot értek el. A fehérvérsejtek 6000-ről 17.000-re szaporodtak.

A klinikai kép szintén fokozatos rosszabbodást mutatott. A beteg közérzete romlott, látása, hallása csökkent. Mindkétoldalt a szemöldöktájon fájdalmas,* tapintható és látható dudorok fejlődtek. A máj fokozatosan nagyobbodott, a vakbélműtét hege keloidosan kiszélesedett, helyén gyermeköklönyi daganat vált tapinthatóvá. A liquornyomás 470 mm-re növekedett. Változó erősségű tonsillitis, angina és nátha egészítette ki a kórképet. A megfigyelés 3. és 4. hónapjában 38.3—38.5-ig emelkedő temperaturákat észleltünk.

Chloroma-eset vérképe.

Dátum	Vörösvérsejt-szám (millió)	Fehérvérsejt-szám (ezer)	Hgb %	Qualitativ vérkép %.									
				Myeloblast	Promyelocyta	Myelocyta	Fiatalm.	Pálcikam.	Karélyosm.	Eosinophil	Basophil	Monocyta	Lymphocyta
VII. 9.	3.0	6	40	39	3	—	—	7	20	—	—	—	31
VII. 23.	2.5	8	36	52	6	—	—	4	13	—	—	—	25
VIII. 24.	1.8	12	30	60	3	—	—	4	10	—	—	4	19[1]
VIII. 30.	3.7	15	48	62	1	1	1	1	13	—	—	3	18[2]
IX. 6.	2.4	18	35	54	2	10	2	2	10	2	2	2	14
IX. 18.	1.8	18	30	36	—	20	2	4	14	—	—	2	22[1]
IX. 20.	2.3	18	34	26	—	29	1	4	15	—	—	2	23[2]
X. 14.	1.5	17	28	20	—	32	3	5	22	—	—	1	17[1]
X. 15.	2.0	17	32	12	—	33	1	4	25	—	—	2	23[2]
XI. 7.	1.2	49.8	20	2	—	40	5	6	20	—	—	—	27

[1] Transfusio előtt.

[2] Transfusio után.

A kezelés a vérátömlesztésen kivül máj és arsen injectiókból állott, egyébként tüneti volt.

A beteg ilyen állapotban tanácsunk ellenére elhagyta a klinikát, de két hét mulva eszméletlen állapotban szállították vissza (nov. 6-án). Hozzátartozói szerint látását és hallását már előbb teljesen elveszítette. Vizsgálat alkalmával baloldalt nagyfokú exophthalmust, subconjunctivalis vérzéseket, tágabb bal pupillát, fényre és

* Bemutatta a Kir. Orvosegyesület 1935. dec. 7-iki ülésén.

alkalmazkodásra igen renyhe reactiókat, baloldali peripheriás jellegű facialis-bénulást találtunk. A jobb alhasban a megnagyobbodott tumor kékesen tünt át. Az appendektomiás hegen 1—2 cm átmérőjű tömött göbök jelentek meg. A homloki dudorok szintén megnőttek. A lép nem volt tapintható. A vérkép a következő volt: Vörösvérsejt: 1,200.000, fehérvérsejt: 49.800, hgb.: 20%, qualitativ vérkép: myeloblast: 2%, myelocyta: 40%, fiatalm.: 5%, pálcikam: 6%, karélyosm: 20%, lymph: 27%.

Kétnapi eszméletlenség után, melyből csak percekre tért magához, meghalt (1935. nov. 8.).

A kórboncolási jegyzőkönyv (I. kórbonctani intézet, boncolta *Dudits Andor dr.)* kivonata a következő:

A has jobboldalán 13 cm hosszú műtéti heg, melynek mentén borsónyi, diónyi kékeszöld, tömött göbök, az alsó göbön vöröses elszíneződés, ezekbe bemetszve, mélyre terjedő diónyi göbök láthatók. A nagy cseplesz zsírszövete zöldesen elszíneződött. A csontos *mellkas* elülső felszínén a porc és csont határán, a bordacsontokon mogyorónyi-diónyi, tömött, zöldes csomók. A *bordák* zöld színűek, legnagyobb daganatszerű képlet a jobb III. bordán. A *sternumnak* főleg belső felszine emelkedik elő zöldes szinben. A *szívben* az alvadék zöldes. A tonsillák megnagyobbodottak, főleg a bal és szennyes zöldek. A lép kissé megnagyobbodott (260 gr). A *vesék* állományában és felületén borsónyi, mákszemnyi zöld göbök. A *máj* megnagyobbodott (1850 gr), felületén és a mélyben lencsényi-mákszemnyi zöld göbök találhatók, melyek legkifejezettebbek az erek mentén. Az *epehólyag* csúcsán egy-egy babnyi zöld göb. A *vékonybelek* felső részének nyálkahártyája zöld. A *colon ascendens* kezdetén, a mesenteriumban ökölnyi, puhatapintatú daganat, mely a bél külső fali rétegével összekapaszkodott, metszéslapja zöld, benne vöröses rajzolat. A húgyhólyagban és a jobb ovariumban borsónyi zöld göb. A *dura mater* domborulatán és az agyalapon, a scala media elülső felszinén több lencsényi-borsónyi zöld göb. A *csigolyák* teste, az os frontalenak az orbitát környező része, a vizsgálatra kivett jobb femur zöldesen elszíneződött, egynemű, a koponyatetőn számos babnyi-diónyi, laposan elemelkedő, tömött góc. A *bal Highmor-üreg* nyálkahártyája zöld, rajta több elemelkedő apró göböcske. A *combcsont* csontveleje helyenként vörös, másutt zöld. A *gerincoszlop* kétoldalán, különösen a felső háti csigolyák mentén babnyi-diónyi közepesen tömött, zöld terimenagyobbodások láthatók. A calvaria daganatai a csonthártya alatt vannak, azzal erősen összekapaszkodnak. *Szöveti lelet:* Az egyes gócokból készített metszetek nagyjából egyforma szöveti képet adnak. Nagyfokú polymorphysmust mutató sokszögletű sejtek, kerek vagy ovalis chromatinban szegény maggal. Oxydase positivek. Atypikus myeloblastoknak felelnek meg.

Bonctani kórjelzés: Chloroma multiplex.

Ha esetünket az irodalom adataival összevetjük, több szempontból érdekes következtetésekre juthatunk. Különleges a betegség kezdete, csatlakozása a vakbélműtéthez, az appendektomia után is megmaradó fájdalmasság és később kifejlődő daganat, mely a halál után zöldesen elszíneződött. Valószínű, hogy az appendicitis létrehozásában már chloromás burjánzások szerepet játszottak, sőt az is lehetséges, hogy a betegnek egyáltalában nem volt appendicitise s az ennek tekintett roham a chloroma első megnyilvánulása volt. A bélkacsokból, csepleszből és nyirokcsomókból álló, a bőrheggel összekapaszkodott daganat kétségtelenül chloromás növedékbe volt beágyazva. Ugy látszik a műtéti trauma alkalmas talajt készített elő a chloroma ily szokatlan helyű megnyilvánulása számára.

Külön méltányolást érdemel a fehérvérsejtkép. A fehérvérsejtek és myeloblastok szaporodása, myelocyták és fiatal alakok hiánya *(hiatus leukaemicus)* heveny myeloblast leukaemia gyanuját keltette, melyre azonban rácáfolt a betegség lefolyása és a vérkép későbbi viselkedése. Féloldali szemdülledtség kifejlődése, peripheriás facialis bénulás, teljes vakság és süketség, a homloki dudorok növekedése stb. helyes irányba terelte a kórhatározást, melyet azonban teljes biztonsággal csak a boncolás állapított meg. A minőségi vérkép a továbbiak folyamán eltérően viselkedett az irodalomban ismertetett chloromaesetektől. Leggyakrabban a myeloblastok fokozatos emelkedése található. Ezzel ellentétben a mi esetünkben már hat héttel a halál előtt csappanni kezdett a myeloblastok száma, úgy, hogy az utolsó napon csak 2%-ot találtunk. Az eosinophilek és basophilek hiánya megfelelt a leírt typusoknak.

A fentebbiek alapján esetünk a myeloid chloromák csoportjába tartozik. Lefolyása, klinikája, vérképe és bonctana a kórképnek a leukaemiákhoz való szoros kapcsolatát bizonyítja.

Az Erzsébet Tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye (igazgató: v. Duzár József ny. r. tanár).

A gyermekkori liquor fehérjefractióiról.

II. közlemény:

A liquor fehérjefractiói az idegrendszer heveny és idült betegségeiben.

Irta: *Ujsághy Pál dr.*

Míg az egészséges liquor* a 6. hónaptól 20 mgr% körüli összesfehérjét tartalmaz, melynek kb ¾ része albumin, ¼-e globulin, euglobulin és fibrinogen pedig mérhető mennyiségben ki sem mutatható benne, addig idegrendszeri bajokban a rendes fehérjeképtől sokszor lényeges eltérések mutathatók ki.

122 gyermekbetegünktől származó 180 liquor közül a legnagyobb eltéréseket kétségtelenül a meningitises esetekből eredők adták mind összesfehérje, mind az egyes fractiók tekintetében.

Genyes meningitisekben az összesfehérje értékek, mint a táblázat mutatja, a mérsékelt megszaporodástól a ½%-on felüli értékek között váltakoznak a betegség szaka, illetve a kórokozó szerint. (A strepto- ill. pneumococcusok okozzák ugyanis a legnagyobb fehérjeszaporulatot.) Az albumin, illetve globulin mennyisége attól függ, hogy a liquor a betegség korábbi, vagy későbbi szakából származott-e. Korai szakban, mint azt *Demme*** is megállapította, inkább az albuminok szaporodnak erősebben, míg későbbi szakban a globulinok szaporodása gyorsultabb. A fibrinogen úgyszólván minden esetben megszaporodott, sőt nem egyszer tekintélyes mennyiségben. A fibrinogennek az a különleges tulajdonsága, hogy a liquor állása közben finom háló alakjában kiválik, érdekes körülményre hivja fel figyelmünket. Megpróbáltuk ugyanis a fibrinogen kiválása után elvégezni a liquorban a részletes fractionálást és mint két esetünkben látható, sikerült ezekben is bizonyos mennyiségű fehérjét meghatározni, mely a fibrinogennek megfelelő ammoniumsulfat concentratióra vált ki, s így feltételezhető fibrinogen volt, de annak az a fractiója, mely esetleg megfelelhetne

---

* Az egészséges liquorra és a vizsgálati eljárásra vonatkozó adatok az O. H.-ban megjelent I. közleményben találhatók.

** *Demme:* Arch. f. Psych. 1930. 92. 483.

Genyes meningitisek:

Nem	Kor	Összfeh. mgr%	Alb. mgr%	Glob. mgr%	Psglob. mgr%	Euglob. mgr%	Fibr. mgr%	Kórokozó
fi	8 év	85	59.25	19.20	16.52	2.68	6.55	
nő	4 hó	132	102.01	29.99	26.52	3.47	7.60	
fi	4 év	222	160.50	46.40	39.82	6.58	15.10	Streptococcus
nő	8 hó	532	392.01	113.60	101.22	12.38	26.30	
nő	3 hó	672	478.10	161.20	142.70	18.50	38.30	
fi	8 hó	112	87.65	19.75	14.75	5.00	4.60	
nő	2 év	297	223.00	51.20	47.80	3.38	22 80	Staphylococcus
nő	3 hó	168	120.12	43.68	31.01	8.47	4.20*	
nő	3 hó	266	178.20	72.10	66.25	5.85	15.65	Pneumococcus
nő	8 hó	536	405.80	94.30	88.42	5.88	35.90	
fi	2 év	76	56.55	14.97	13.07	1.90	4.48*	
nő	3 hó	319	257.76	42.42	31.58	10.84	18 82	Meningococcus
fi	6 hó	496	267.80	161.17	142.82	19.35	67.00	

* = a fibrinháló kivált

a vér alvadása után oldatban maradó fibrinogen-féleségnek, az u. n. *fibrin-globulinnak.*

A meningitis basilaris tbc. fehérje-tartalom tekintetében meglehetősen elkülönül a genyes meningitisektől.

Az összesfehérje leginkább 40—200 mgr% között ingadozik. Ezen felüli értékek sokkal ritkábbak, mint a genyes meningitisekben. A két 300 mgr%-on felüli összesfehérje tartalmu liquor 52 eset között fordult csak elő. A meningitis basilaris esetekben is észlelhető volt, hogy kezdetben az albuminok szaporodnak erősebben, mint a globulinok, a későbbi szakban azonban ez utóbbiak szaporodása gyorsultabb. A fibrinogen, mint ismeretes itt is nagy mennyiségeket képviselhet, mégis ezek a genyes meningitisek hasonló összesfehérje tartalmu liquoraihoz képest aránylag kisebbek. A fibrinháló kiválása után itt is marad bizonyos mennyiségű fehérje oldatban, mely az ammoniumsulfatos kicsapással szemben fibrinogen módjára viselkedik.

Szórványos enkephalitis eseteinkben: az összesfehérjeértékek a rendesnek felső határát alig haladják meg, s a fractio-értékek is nagyjából a szabályos határok között ingadoznak. Feltünő azonban a fibrinogen és euglobulin szaporulata, mely már mérhető mértéket ölt. Grippés enkephalitisekből nyert liquorban viszont inkább a szokásosnál kisebb összesfehérje-értékeket észleltünk, közülük az egyik eset viszonylagos globulinszaporulatot mutatott anélkül, hogy a fibrinogen szaporodása jelentős lett volna. Kanyarós-enkephalitis eseteinkben határozott összesfehérje-szaporulat volt észlelhető aránylag erősebb albumin- és fibrinogen-szaporulattal. A globulinok relativ elmaradása különösen az egyik esetben volt nagyon feltünő.

Említésre méltó az egyik meningo-enkephalitises eset, ahol igen nagy, 472 mgr%-os összesfehérje értéket kaptunk igen nagy albumin- és fibrinogen-, aránylag kisebb globulin-mennyiséggel.

Encephalitisek utáni állapotokban többnyire a rendesnél kisebb összesfehérje-értékek voltak észlelhetők a a fractiók megfelelő arányával, ill. az euglobin és fibrinogen teljes hiányával. A feltünetett 2 esetben azonban az enkephalitis lefolyása után hónapok mulva is ki lehetett mutatni az összesfehérje szaporulatát a fibrinogen és az euglobulin megszaporodásával.

Meningitis basilaris tuberculosa:

Nem	Kor	Összfeh. mgr%	Alb. mgr%	Glob. mgr%	Psglob. mgr%	Euglob. mgr%	Fibr. mgr%	Megjegyzés
nő	3 év	39	28.03	9.07	7.69	1.30	1.90	
fi	2 év	59	41.66	15.11	11.91	3.20	2.23	
nő	2 év	69	53.34	12.76	10.15	1.60	2.90	
fi	10 év	92	71.50	17.46	15.67	1.79	3.04	
fi	3 év	101	72.26	17.17	12.14	5.03	6.67	
nő	6 év	193	140.86	45.58	43.13	2.45	6.56	
fi	8 év	278	212.84	57.71	49.46	8.35	7.45	
fi	4 év	316	244.21	66.42	53.83	12 59	5.37	
fi	12 év	348	239.40	90.60	76.94	13.66	18.09	Fibrinháló kivált

Enkephalitisek:

Nem	Kor	Összfeh. mgr%	Alb. mgr%	Glob. mgr%	Psglob. mgr%	Euglob. mgr%	Fibr. mgr%	Megjegyzés
nő	1½ év	23	17.00	4.23	2.68	1.55	1.77	
nő	1 év	28	20.53	5.09	3.31	1.78	2.38	
fi	1 év	27	19.36	5.40	3.90	1.50	2.06	Sporad.
fi	1 év	30	21.00	5.70	4.05	1.65	3.00	
fi	1½ év	21	11.50	9.50	7.65	1.58	0	
fi	10 hó	16	11.30	4.30	3.75	0.95	0	Grippe
fi	4 év	10	8.60	1.40	1.40	0	0	
nő	5 év	36	26.27	6.73	5.48	1,25	3.00	Morbilli
nő	4 év	24	17.60	2.70	2.30	0.40	3.70	
fi	8 v	472	388.00	56.20	49.02	7.18	27.80	Men. enc.
nő	1½ v	30	21.45	6.78	5.43	1.35	1.77	
nő	5 év	28	20.60	5.10	3.70	1.40	2.30	Post. enc.
nő	5 év	17	11.20	5.20	5.20	0	0	
nő	8 év	12	9.00	3.00	3.00	0	0	

Agydaganatok:

Nem	Kor	Összefeh. mgr%	Alb. mgr%	Glob. mgr%	Psglob. mgr%	Euglob. mgr%	Fibr. mgr%
nő	8 év	8	5.20	2.80	2.80	0	0
nő	10 év	10	7.10	2.90	2.90	0	0
fi	3 év	25	13.00	9.60	7.92	1.68	2.40

A vizsgálatra került 3 *tumor cerebri* esetből származó liquorokban az összesfehérje rendes ill. a rendesnél alacsonyabb volt, az egyik esetben azonban aránylag nagyobb globulin-tartalom volt észlelhető a fibrinogennek és az euglobinnak mérhető mennyiségben való megjelenésével.

Little-kór 4 esete közül két esetben tehát a szokottnál nagyobb összesfehérje-értéket kaptunk; különösen az első esetben, ahol azonban, mint később a boncolás kapcsán kiderült, az agyban súlyos gyulladásos folyamatok játszódtak le, mint azt az agy hatalmas lágyulásos cystái is mutatták. Feltünő mindkét esetben a fibrinogen és az euglobin jelentékeny megszaporodása is. A többi értékek inkább a szabályos határokon belül mozogtak.

Epilepsia:

Nem	Kor	Összefeh. mgr%	Alb. mgr%	Glob. mgr%	Psglob. mgr%	Euglob. mgr%	Fibr. mgr%
fi	2 év	21.50	13.70	7.80	7.22	0.58	0
nő	5 év	21.00	16.80	4.20	4.20	0	0
nő	8 év	21.00	14.80	6.20	6.20	0	0
fi	8 év	24.00	17.40	4.60	4.60	0	0
fi	6 év	20.00	14.46	5.54	5.54	0	0
fi	3 év	22.00	15.75	6.25	6.25	0	0

Epilepsiás eseteinkben az értékek az irodalom adataival megegyezően a szokott határok között mozogtak. (20—24 mgr%). Az albumin és a globulin meglehetősen változatos értékekkel szerepeltek, azonban alig haladták meg a rendes határokat. Csupán az egyik esetben volt aránylag nagyobb globulin-mennyiség található kisfokú euglobulin-szaporulattal. Az irodalomban hasonló észlelés *Stary-Winternitz-Kral*** közleményében szerepel. A szerzők ezt a jelenséget azzal magyarázzák, hogy a liquort hosszabb roham-seria után vették le, s a globulin szaporulata a görcsös állapot után jelentkező reactiv globulinszaporulatnak felel meg. Tekintve, hogy kérdéses esetünkben, ha nem is status epilepticus, de erősebb roham után vettük le a liquort, nem lehet kizárni, hogy a kimutatott globulinszaporulat itt is a görcsökkel van oki viszonyban.

Chorea minor:

Nem	Kor	Összefeh. mgr%	Alb. mgr%	Glob. mgr%	Psglob. mgr%	Euglob. mgr%	Fibr. mgr%
fi	9 év	19	13.10	5.90	5.90	0	0
nő	6 év	21	16.04	4.96	4.96	0	0
nő	10 év	20	15.00	5.00	5.00	0	0

Choreás eseteinkben tehát az értékek teljesen a rendes határok között mozogtak mind összesfehérje, mind a fractiók tekintetében, euglobin és fibrinogen egy esetben sem volt kimutatható.

Említésre érdemes egyik *lues cerebri* esetünk is, ahol 56 mgr% összesfehérje mellett 26.3 mgr% albumint, 23.9 mgr% összeglobulint (pseudoglob. 21.4 mgr%, euglob. 1.9 mgr%) és 3 mgr% fibrinogent találtunk. A globulinnak ilyen nagy fokú szaporulata egyetlen más betegségben sem volt található a vizsgáltak közül és minden tekintetben jellemző a lueses elváltozásokra.

Idiotia és imbecillitas eseteiben csökkent összesfehérje- és fehérje fractio-értékek szerepelnek. Mégis ez az eltérés a rendestől mintha határozottabb volna idiotiában, mint imbecillitasban.

Összefoglalás:

122 gyermekbetegünktől (koruk 2 hónapostól 12 évesig) származó 180 liquorban végeztük el az összesfehérje-, albumin-, összesglobulin-, pseudoglobulin-, euglobulin- és fibrinogen-meghatározásokat.

Little-kór:

Nem	Kor	Összfeh. mgr%	Alb. mgr%	Glob. mgr%	Psglob. mgr%	Euglob. mgr%	Fibr. mgr%	Diagnosis
fi	2 hó	165	93.60	59.20	46.23	12.92	12.20	Kevés fibrin kivált.
fi	5 hó	41	28.30	9.50	8.72	0.78	3.20	
nő	2 hó	25	20.47	4.53	4.53	0	0	
fi	3 hó	22	17.00	5.00	5.00	0	0	

Eredmények:

1. *Meningitisek:* genyes meningitis esetén erős, gümősökben aránylag csekélyebb összesfehérje-szaporulat található, kezdetben az albuminok relativ- és absolut-, később a globulinok relative erősebb szaporulatával. Fibrinogen úgyszólván minden esetben mérhető mennyiségben, a legtöbbször tekintélyesen megszaporodva található. A fibrinháló kiválása után is marad bizonyos mennyiségű fibrinogen oldatban, mely talán megfelel a vér alvadása után oldatban maradó u. n. *fibrin-globulinnak*. Az euglobulinok is csaknem minden esetben megszaporodnak, s így a pseudoglobulinok mellett részt vesznek a globulinok összes mennyiségének alkotásában.

Idiotia; imbecillitas:

Nem	Kor	Összfeh. mgr%	Alb. mgr%	Glob. mgr%	Psglob. mgr%	Euglob. mgr%	Fibr. mgr%	Diagnosis
fi	8 év	15	10.75	4.75	4.25	0	0	Idiotia
fi	3 év	15	10.84	4.16	4.16	0	0	
nő	3 év	10	6.88	2.45	2.45	0	0	
nő	5 év	17	13.10	3.90	3.90	0	0	
fi	4 év	20.5	16.60	3.89	3.89	0	0	Imbecillitas
nő	12 év	15	10.30	4.70	4.70	0	0	
nő	3 év	18	13.90	4.10	4.10	0	0	
nő	5 év	18	13.85	4.15	4.15	0	0	

** Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 132. 204.

2. *Enkephalitisek:* Sporadicus- és morbilli-enkephalitisek esetén nagyobb lehet az összesfehérje-érték, olykor euglobulin- és fibrinogen-szaporulat is kimutatható. Grippés esetekben viszont inkább a rendesnél kisebb összesfehérje értékek fordulnak elő, esetleg viszonylagos globulin-szaporulattal. Enkephalitisek utáni állapotokban gyakoribbak a szabályos alatti értékek, de néha még hónapokkal az enkephalitis után is ki lehet mutatni összesfehérje-, euglobulin- és fibrinogen-szaporulatot.

3. *Agytumorok* leginkább a rendesnél kisebb értékeket mutatnak.

4. *Epilepsia:* az értékek a szokott határokon belül mozognak, görcsök után közvetlenül a globulinok aránylagosan szaporodhatnak.

5. *Chorea minor:* Az értékek nem haladják meg a rendes határokat.

A rendes felső határát meghaladó összesfehérje-értékek, továbbá euglobulin- és fibrinogen szaporulata felsoroltakon kívül található még Little-kór esetében, míg az alsó határon alul maradó összesfehérje értékek idiotiában és imbecillitásban észlelhetők. A relativ globulinszaporulat a lueses idegrendszeri elváltozásokban érhet el legnagyobb fokot.

A soproni Erzsébet közkórház kórbonctani intézetének közleménye.

Thyreotoxicosis folytán jelentkező symmetrikus allergiás bőrelváltozások.

Irta: *Kup Gyula dr.* főorvos.

A súlyos influenzajárványok után a visszamaradó thyreotoxicosisokkal kapcsolatban többször láttunk részarányos, főleg tenyér-ekzemát. Ezek az ekzemák a thyreotoxicosisos állapot javulásával nyomtalanul, minden orvoslás nélkül gyógyulnak. — Ujabban a pajzsmirigynek lényeges befolyást tulajdonítanak a bőr életműködésére és szöveti szerkezetére is. *(Berde).*

Myxoedema diffusumban a bőr száraz, gyakran hámlik, duzzadt, de az ujjbenyomatokat nem tartja meg. A myxoedema tuberosum, seu circumscriptum a pajzsmirigy különféle betegségei (basedowkór) vagy műtétei kapcsán jelentkezik, leginkább az alsó végtagokon részarányosan. A basedowkórt kisérő bőrelváltozások gyakran éppen ellentétei a myxoedemának: a bőr nedves, vasomotoros ingerlékenység jelei észlelhetők, a zsírpárna megfogyatkozott. A bőr felszinén igen gyakran látunk leukodermát, erythemákat. A köröm sorvadt, de fényét megtartja, nem törékeny. Mint másodlagos jelenségek gyakran mutatkoznak urticaria, alopecia areata, purpura, ekzema, skleroderma és myxoedema circumscriptum. Ezek gyógykezelésére belorvosi.

Esetemben Cz. M. 16 éves leány mindkét hónaljában férfitenyérnyi ekzema fejlödött, mi 9 hónapi szakorvosi kezelésre sem javult.

Atyja 51 éves, 180 cm magas, 92 kg súlyú, ép, egészséges. Apai nagyapja 80 éves korában végbélrákban halt meg. Apjának nő testvére 54 éves korában cukorbajban és méhrákban halt meg. — Anyja alacsony termetü 40 éves asszony, testsúlya 52 kg, ideges természetü, ingerlékeny s álmatlanságban szenved. Menstruatiója 28 napos időközökben rendesen jelentkezik, 3 napig tart, de majd mindig hányással jár. — Egyik testvére 6 hónapos korában, a másik 8 hónapos korában meghalt. Harmadik testvére most 8 éves, rendesen fejlett, egészséges.

Anyja 1918-ban (akkor 23 éves volt) terhességének vége felé spanyol náthába esett és ennek következtében korán szült. 1½ éves korában súlyos influenzája volt, majd 9 éves korában ismét. Négy elemit jelesen, a 4 polgárit jól, a VI. gymnasiumot elégségesen végezte. — A gyermekkorából származó fényképeken a pajzsmirigyre utaló első elváltozások már 13 éves korában kezdenek feltünni. Menstruatiója 14 éves korában kezdődött, 7 napig tart, nagy görcsökkel; vérzése tömeges, mindenkor hány.

Jelen állapot: A 16 éves leány 47 kg, és 166 cm magas. A haja élénk fekete, selymes fényü. Szemei fénylök és a rendesnél jobban előbomborodnak. Pulsusa 100—110, alváskor csaknem normalis. Gyakran van szivdobogása. Ütemzavara nincs. Golyvája később mutatkozott, mint a szivtünetei. Golyvája nem nagy, közepesen kemény és kevéssé rugalmas. Graefe tünet nem váltható ki. Möbius negativ. — A végtagokon finom remegés. Állandóan ideges és kisfokú motorikus nyugtalansága van. Izzad. Vérképén eltérés nincs. A légzése gyorsult: 18 néha 20 egy perc alatt. Többször érzett szivszorongást. — Pigmentatiója, vitiligója, urticariája nincs. Haja hullik. Emlői és nemiszervei gyengén fejlettek. Két évvel ezelőtt a nyáron a jobb hónaljában kis ekzema keletkezett, amely télre eltünt. — Reá következő tavasszal mindkét hónaljában symmetrikusan jelentkezett. Azóta állandóan soványodott, majdnem csont és bőr volt. Az arcon tick convulsiv gyakran jelentkezett. — Alapanyagcseréje (Krogh) 31%-al fokozott volt.

Újabban sokat vitatkoznak, vajjon a thyroxin a központi idegrendszer útján, vagy periferiásan hat-e. *Issekutz* gyógyszeres thyroxinhatás vizsgálatai elsősorban központi támadáspontra mutatnak. *Mansfeld* vizsgálatai azt bizonyítják, hogy a támadáspont magára a sejtre irányul. Ugyancsak *Mansfeld* vizsgálatai mutatják, hogy a thyroxin az idegen átvándorolva jut be a sejtekbe.

A thyroxin periferiás hatása kórbonctanilag teljes mértékben megerősíthető. Ugyanis a basedowkórosok májában talált elváltozások, *(Rössle)* centralis májlebenyekenekrosisok kisérletileg is előidézhetők *(Gerlei)*. Hogy ezen positiv kórbonctani elváltozásokat tényleg a thyroxin okozza, azt *Bauer* és *Feil* bizonyították be. „Ebenso bemerkenswert erscheint, dass der histologische Befund, sowohl dieses intra vitam excindierten Leberstückhen, als auch post mortem untersuchten Leber — (prof. *C. Sternberg)* vollständig normal var (wänn sie retardin gegeben haben), während wir uns an mit Thyroxin gespritzten Kaninchen mehrmals von der Richtigheit der Angaben *Gerlei*'s überzeugen und (bei Kontrollen, die retardin nicht bekommen haben) Nekrosen des Leberparenchyms feststellen konnten."

Vizsgálat tárgyává tettem tehát, hogy a bőr túlérzékenységét és annak folytán az ekzemát tényleg a thyreoidea fokozott működése idézi-e elő. — Ezért az ekzema minden külső kezelését elhagytam, abból indulván ki, hogy ha a bőr allergiáját valóban a thyroxin fokozott jelenléte okozza, akkor ennek közömbösítésekor az ekzema eltünése várható.

Baló, Lovas, Bach és *Neufeld* által leirt és a hasnyálmirigyből előállított új anyag (Retardin) *Bauer* és *Feil* utánvizsgálatai szerint az egyedüli szer, ami képes a thyroxint közömbösíteni. — Mivel retardin embernek adagolható formában még nem állt rendelkezésemre, azért a hasnyálmirigyet in toto adagoltam tabletta formában mely a retardint is magában foglalja. — Naponkint két pancrin tabl. (Richter) kétheti adagolása után, feltünő volt a javulás, 4 hétre teljes a gyógyulás. — De egyben javultak a thyreotoxikus tünetek is, csupán kisfokú nyugtalanság és enyhe formájú „tick convulsiv" maradt visszsza. — Ekkor két hétre abba hagytam a pankreas adagolást. Az ekzema ekkor újra mutatkozni kezdett. Az újra megkezdett adagolással teljesen eltünt. — A pankreas tablettát állandóan szedi és 6 hó óta tünettelen.

Fenti esetemben a thyreotoxicosison kivül még más belső elválasztásos mirigyzavarokra utaló tünetek is voltak. Menstruatiója idején szakaszosan ismétlődött a hányinger és hányás, amit nyilvánvalóan anyjától örökölt. Ezen u. n. menstruatiós-toxicosison kivül még feltünő az aránytalan gyors és magas növése s végtagjainak hosszú-

sága, a test fejletlensége, fius volta mellett. Ezen tünetek a hypophysis elülső lebenyének szerepére mutatnak. *Loeb* iskolájának vizsgálatai kimutatták az összefüggést az agyfüggelék elülső lebenye és a pajzsmirigy között; vizsgálataik alapján fölérendelt szerepet is tulajdonítanak az agyfüggeléknek. *Schittenhelm* és *Eisler* vizsgálatai szerint az agyfüggelék pajzsmirigy serkentő hormonja a mellső lebenyben megtalálható. *Issekutz* vizsgálatai szerint a thyroxin támadáspontja a középagy vegetativ középpontjában, s főleg a hőszabályozó központban lehet, — tehát a támadáspont kétségtelenül elsősorban centralis idegrendszert ér. Véleményem szerint a növekedésben levő szervezetnél fokozott thyroxin hatás, termelődés, nemcsak a hőellátásban, érbeidegzésben, a vízháztartásban, a fehérje — zsír — szénhydrat anyagcserében, izzadság, nyál és a faggyúmirigyek működésében, továbbá a bőr táplálásában okozhat zavarokat, hanem serkentőleg hatván az egyes szervek sejtjeire *(Mansfeld)* — joggal feltételezhető, hogy enyhe fokú hypophysis hyperfunctiót is kiválthat. — Véleményem szerint ez a kölcsönhatás az oka annak, hogy basedowkórosok nem ritkán magas növésűek, mint jelen esetemben is. Ezért állítottam fel diagnosisként thyreotoxicosist — mert az enyhe hypophysis hyperfunctio a thyroxin hatás következményének tudható be.

Egyébként is igen érdekes volna — és további vizsgálataim tárgyát is képezi azon kérdés vizsgálása, hogy a növekedési szak előtt és utána fellépő thyreotoxicosisok révén kiváltódó hypophysis hyperfunctio tényleg oka-e a magas növésnek, amely Basedowkórban szenvedőkön nem ritkán észlelhető. — Boncolások során több ízben volt alkalmam megfigyelni a csökkent pajzsmirigy functio hatását is a bőrre. —

Igy pl. V. E. 26 éves sklerodermában szenvedő leány, bőre száraz és elvékonyodott volt — a boncoláskor a thyreoidea nagy súlycsökkenését észleltem. — Ez esetet éveken keresztül még életében figyelemmel kisérhettem s feltünő volt, hogy a leány növekedése, aki 16 éves korában kezdett sklerodermás lenni, feltünően megállt. Noha az egész család 175 cm-nél magasabb volt, egyik leánytestvére meg éppen 184 cm magasságot ért el. Valószinű, hogy ez esetben a csökkent thyreotoxin képződés miatt a thyreoidea hypoplasiája révén) csökkent volt a thyroxin serkentő hatása a hypophysisre.

Összefoglalás: A thyreotoxicosis symmetrikusan jelentkező ekzemával járhat. Pankreas tabletta állandó adagolásával a makacs, minden külső kezeléssel dacoló ekzema két hét alatt feltünően javult és négy hét alatt teljesen meggyógyult. — A pankreas tablettának elhagyásával az ekzema újra jelentkezett. További állandó szedése mellett az ekzema gyógyulása tartós volt, s a thyreotoxikus tünetcsoport is javult, csak a motorikus ingerlékenység maradt változatlan.

Emlékeztető!..

„Különösen ajánlom kartársaim figyelmébe a nem iskolához kötött patiensek elő- és utóidényben fürdőre küldését. Ez fürdőink és üdülőhelyeink olcsóbbodásának kulcsa, hogy ne hat hét alatt igyekezzenek tőkebefektetésük kamatait megkeresni. — Mindenképen azon legyünk, hogy ez *az elő- és utószezon necsak papíron legyen meg*, hanem kihasználtassék mint életrevaló gondolat, amiért érdemes volna néhány nagyobb és nevénél fogva is vonzóbb fürdőnek tömegellátásra is (napi 4—5 pengőért) berendezkedni." (Siófokon már ez megvan.)

Vámossy Z. előadásából a M. O. O. Sz. 1935. é. congressusán.

A Charité poliklinika fülosztályának közleménye.

Az antrotomia utáni sebgyógyulás megrövidítése.

Irta: *Kerekes György dr.* főorvos.

A középfülgyulladás első szövődménye a csecsnyúlványlob, mely olykor magától is meggyógyul, de legtöbbször műtét válik szükségessé. Ez a műtét az antrotomia, mely az antrum mastoideum megnyitásából és a csecsnyúlvány kitakarításából áll. Ma már általában elfogadott tény, hogy nem elég az antrumot megnyitni és a betegnek látszó csecsenyúlvány-sejteket kitakarítani, hanem az egész mastoidot, annak összes sejtjeit felvéssük, kikaparjuk és a műtét csak akkor fejeződött be, ha az egész csecsenyújtványi csontrendszert maradék nélkül, kétségen felül tökéletesen kitisztítottuk. (Kivételt legfeljebb azokkal a nem is minden esetben kifejlődött csontsejtekkel tehetünk, melyeknek kitakarítása, ha ott közvetlen makroskopiás okot nem látunk, kockázattal járna, ilyenek a perifacialis, pyramiscsúcsi és retrolabyrinthaer sejtcsoportok.) Az utókezelés abban áll, hogy a 3-ik napon a tamponokat eltávolítjuk és újabbat teszünk be. Az 5-ik vagy 7-ik napon a bőrsebet részlegesen összehúzó varratokat eltávolítjuk és a sebüreget alsó nyitott részén a tamponokat cserélgetve nyitva kezeljük a kb. 3—4 hét alatt bekövetkező teljes sebgyógyulásig. Ezzel az eljárással a gyógyulás időtartama általában a *középfülgyulladás kezdetétől számított 6—7 hét.*

Nagyobbszámú kórtörténet átvizsgálásakor azt találtam, hogy ez az időtartam kis ingadozásokkal akkor is 6 hét, ha a műtétet a szokásos indicatio mellett a középfülgyulladás 3-ik hetében végezzük el és akkor is 6 hét, ha különleges okoknál fogva karai műtét történt a betegség első 10 napja alatt. Ez a középfülgyulladás kezdetétől számított 6—7 heti betegségi időtartam fennáll mindaddig, amíg a műtétet a 24-ik napnál korábban a középfülgyulladás kezdetétől számítva végzik el és más további szövődmények, pl. a sinus sigmoideus megbetegedése, stb. nem következik be. Érdemesnek látszott megvizsgálni azokat a folyamatokat, melyek a csecsnyulványgyulladás műtétje után lefolynak, hogy ebben a kérdésben tisztábban lássunk.

Sorozatosan oltottam le antrotomia alkalmával a műtétkor talált genyből bakteriologiai vizsgálat céljából és a leoltásokat megismételtem a sebüregből minden egyes kötésváltáskor. A bakteriologiai vizsgálatok azt mutatták, hogy a 22 vizsgált esetben 18-szor streptococcus tenyészett ki. Az általában ismert nagy statistikáknak megfelel ez az eredmény; ezek a statistikák ugyanis azt mutatták, hogy a bakteriologiai lelet mastoiditisek esetében 60—80%-ban streptococcus. A továbbiakban csak a 18 streptococcusesetre vonatkoztathatók vizsgálataim, mert a másik 4 esetben talált diplococcus és staphylococcus-fertőzések nem mutatkoztak teljesen azonos lefolyásúaknak.

Ha a 18 streptococcus esetet vesszük tekintetbe, akkor, amint látjuk, az antrotomia idején a streptococcus tiszta tenyészetben mutatkozott, tekintet nélkül arra, hogy a vizsgált eset az otitis kezdetétől számított hányadik napon került műtétre.

A műtétet követő kötésváltások alkalmával azonban már eltérést találtunk a bakteriologiai leletben aszerint, hogy a műtét az otitis kezdetétől számított 8—14. *(I. csoport)*, 15—22. *(II. csoport)* vagy 22. *(III. csoport)* napnál későbbi időpontban végeztük.

Az I. és II. csoportba tartozó esetekben az *első kötésváltáskor* a műtéttől számított harmadik napon újra

streptococcust tenyészthettünk ki. A III. csoportban a sebüregi váladék sterilnek mutatkozott.

A *második kötésváltáskor* a műtéttől számított 5-ik napon az I. csoportban streptococcus, vagy strepto- és *staphylococcust* tenyészthettünk ki, a II. és III. csoportban vagy steril volt a sebüregi váladék vagy staphylococcus mutatkozott benne tiszta tenyészetben.

A *harmadik kötésváltáskor* a műtéttől számított 7-ik napon 1 esete t kivéve, hol strepto- és staphylococcus volt kimutatható, valamennyi esetünkben csak staphylococcus volt kitenyészthető.

Ha ezt az észlelést mérlegeljük, azt látjuk, hogy a streptococcusos mastoiditisek esetén (mely a műtétre kerülő eseteknek kb. 80%-a) a streptococcus a műtét után kb. a betegség kezdetétől számított 20—24-ik napon eltűnik és az utókezelés folyamán helyét a staphylococcusnak adja át, amely a teljes sebgyógyulásig ki mutatható.

Felvetődik az az elgondolás, hogy a szokásos műtéti sebgyógyítás folyamán két bakteriologiai folyamattal állunk szemben: egyik az *elsőleges streptococcusos fertőzés,* mely kb. 22—24 napos immunbiologiai szakaszban zajlik le, a másik az elsőleges fertőzés (az otitis) kezdetétől számított kb. 17-ik nap körül meginduló *másodlagos staphylococcusos fertőzés,* melynek további kb. 22 napos immunbiologiai szaka van. Most már tehát világossá válik, hogy miért látjuk az operált mastoiditisek gyógyulási időtartamát 6—7 hétig tartónak az otitis kezdetétől számítva. Ugyanis a primaer 3 hetes streptococcusos betegséghez hozzájárul a műtét utáni 3 hetes staphylococcusos betegség, e kettő együtt adja ki a 6—7 hét körüli időtartamot.

Felmerült az a gondolat, hogy vajjon nem volna-e lehetséges ezt a 3 hetes másodlagos staphylococcusbetegséget a sebkezelésből kiküszöbölni és így a gyógyulás idejét a streptococcusos kórfolyamatnak az otitis kezdetétől számított kb. 22 napos időtartamára lerövidíteni.

Az antrotomiák utókezelésében már régen tapasztalták, hogy vannak esetek, amelyekben, ha tampon nélkül primára bevarrták az antrotomiás sebet, akkor az minden további nélkül meggyógyult. Mások úgy találták, hogy a műtétkor tamponált antrotomiás üreg egyszeri tampon csere után további tampon nélkül csakhamar begyógyult.

A fenti vizsgálatok alapján évek óta a következő utókezelést alkalmazom. A műtét befejeztével a tökéletesen kitakarított sebüregbe egy tamponcsíkot viszek az antrumba. A bőrsebet 4/5-részt zárom, az alsó sebzugon át az előbb behelyezett tampont kivezetem. Ha szükségesnek látszik még egy második kettősre hajlított csíkot vezetek a varratvonal alá. Két nap mulva a varratok alatti csíkot eltávolítom, négy nap mulva az antrumba vezető gazecsíkot kihúzom és a varratokat kiszedem. *A műtét után az utókezelések alkalmával a sebüregbe semmiféle műszerrel nem nyulok és abba csíkot sem levezetés sem tamponálás céljából nem viszek.*

Az így végzett utókezelésre a seb a 7-ik napon összetapadt, primára gyógyult. Gyakran előfordul, hogy a sebüregben még a következő hét folyamán is híg savósvéres váladék gyűlik össze, mely a már összefekvő de még nyitott alsó sebzugon át kiürül, vagy a bőrt a műtéti üreg felett előboltosítja. Ilyenkor egy gömbölyű törlővel a felső sebzug felől az alsó sebzug irányába végzett hengerlő mozgással sikerül ezt a váladékot az alsó sebzugon át kiüríteni. Ha az alsó sebzug túlságosan összetapadt, akkor azt a sterilitásra ügyelve anatomiai csipesszel óvatosan kissé széttárjuk. Ezt a műveletet, ha sor kerülne rá, 2 napos időközökben többször is meg kell ismételni.

Az ismertetett eljárás az otitis kezdetétől számított 12—14 nap után operált streptococcusos eredetű szövődménytelen mastoiditisek utókezelésére vonatkozik. Ilyen formán az antrotomiára kerülő eseteknek több mint felében alkalmazható.

A 12-ik nap előtt operált korai műtéti esetekben az eljárást megkisérelhetjük, de nem mindig vihetjük sikerrel keresztül. A korai esetekben ugyanis a műtét után a láz rendesen még 5—7 napig megmarad. Ezen idő alatt a műtő kényszerítve érzi magát, hogy a sebüreget ellenőrizze és a varratok eltávolításával a betekinthetőséget megjavitsa. Közben áttér a nyitott utókezelésre. Eseteimben olyankor, midőn az a mastoidnak alapos kitakarításáról kétség nincs, még ha a műtét után 2—3 napig 38°-ot elérő temperatura van is, a fenti zárt tamponcsere nélküli utókezelést alkalmazom. Ilyen esetekben azt látjuk, hogy a műtét utáni lázas napok ellenére, a hőemelkedés elmultával együtt a sebgyógyulás mégis a fent leírt módon történik.

Ez az utókezelés kitünően alkalmazható olyan esetekben is, midőn az ép dura vagy ép sinus exponálódott, műtét közben.

Az eljárás előfeltétele: a csecsnyujtvány rendszeres és alapos kitakarítása.

Az eljárás előnyei a következők:

1. A beteget megkiméljük a hosszadalmas és gyakran fájdalmas utókezeléstől.

2. A kozmetikai eredmény kitünő: az esetek nagy részében néhány hónap mulva csak vonalas heg látható, besüppedésnek nyoma sincs.

3. Szociális, mert a betegségi időtartam 2—3 héttel megrövidül, az antrotomiák kórházi ápolási időtartama 8 nap köré redukálódik. A munkaképesség (retroauricularis védőragasztása mellett, de zárt sebbel) az otitis kezdetétől számított 25-ik nap körül helyreáll, szemben a nyitott sebkezelési eljárással, hol a munkaképesség a 40-ik nap után szokott bekövetkezni.

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

Vérátömlesztés utáni haemolytikus shok esete.

Irta: *Dick Endre dr.* egyet. tanársegéd.

A haemolytikus shok a legtöbb szerző szerint nem megfelelő vér adásának következménye. Nem cáfolható azonban *Rüdel* állítása sem, mely szerint egyéni tulajdonságok következményeként csoportazonos átömlesztés után is létrejöhet haemolysis. Továbbá baj történhetik a vérátömlesztés hibás kivitele folytán is. Az előzetes vizsgálatokba s magába az átömlesztésbe is — a legjobb tudás és akarat ellenére — hiba csúszhat be. A vérátömlesztés halálozási arányszám *Brines, Hesse Clairmont* nagy statistikáit figyelembevéve, 0.5—1‰-re tehető. Ám azt hisszük, hogy a nem közölt eseteket is számba véve, jóval nagyobb. A kifejlődött haemolysissel szemben 1932-ig jóformán tehetetlenek voltunk, az ajánlott szíverősítők, lúgos hugyhajtók, só és cukor infusiók, adrenalin nem váltak be. Végre 1932-ben *Hesse* a haemolysis lényegére irányuló kisérleteinek eredményeként haemolytikus shok ellen 3—400 ccm azonos csoportú vér azonnali átömlesztését ajánlotta és ezzel 10 eset közül 7-et

meggyógyított. Ezen orvoslás eredményességét azóta többoldalról megerősítették.

Egy hibás csoportmeghatározás következtében támadó, súlyos haemolytikus shok esetében a *Hesse* ajánlotta kezelést alkalmunk volt kipróbálni. Erről számolok be.

Ez év elején J. I. 54 éves férfit szállítottak osztályunkra gyomorvérzés miatt. Kórelőzmény: évek óta diaetás kezelés ellenére, súlyos gyomorpanaszok. Egy hónapja folyékony étrenden élt. Előző nap összeesett, vért hányt, széklete szurokszerű volt. St. praes. Lesoványodott, anaemiás, mellkasi szervek épek, hasa kissé puffadt, a gyomortájon nyomásérzékenység. Temp. 36.5 fok. Puls. 87. A vércsoportot az osztályos orvos, szükség esetére, azonnal meghatározza, kétízben haemotesttel és azt II. A. csoportunak találja. Fejtáblára ezt írja fel. Vörösvérsejtszám: 1.500,000, haemoglobin 43%. Orvoslás: calcium i. v. Mo. Katzenstein, jégtömlő a hasra. Hét napon keresztül jól van, vérzése megállt. Vörösvérsejtszám: 2.500.000, haemoglobin 57%-ra emelkedik. Nyolcadnap hirtelen vérhányás, kb. félliternyi. Miután a beteg állapota romlik, nyugtalan lesz, pulsusa 130, vérátömlesztésre határozzuk el magunkat. Fia vércsoportját meghatározva, az is II. A. csoportúnak bizonyult. Miután az átömlesztés sürgőssé válik, a véradó a beteg fia, további laboratoriumi vizsgálatot ebben az esetben nem végzünk. Teljes vért ömlesztünk át a Miller-féle készülékkel. Az Oehlecker-próba negativnak látszik, valószinüleg a beteg átömlesztés előtti nyugtalansága zavart sensoriuma miatt. 150 cm. vér átömlesztése után hirtelen teljes eszméletlenség, nagyfokú légszomj támad. Puls. megszámlálhatatlan, alig tapintható. Az átömlesztést abbahagyjuk, szíverősítőket adagolunk. Miután kétségtelenné vált, hogy súlyos haemolytikus shokkal állunk szemben, a vércsoportokat újra meghatározzuk: kiderül, hogy a kapó nem II. A., hanem IV. O. csoportú, tehát az ok: hibás csoportmeghatározás volt. Az első átömlesztés után félórával IV. O. adótól — Hesse ajánlatára — 350 ccm vért ömlesztünk át, a haldokló viaszsárga, eszméletlen beteg kiboncolt vena cubitalisába. Az átömlesztett vérmennyiséggel egyenes arányban javult a beteg állapota. Pulsusa tapintható lesz, percenként 140, szine visszatér, légzése javult, öntudata félórával az átömlesztés után feltisztul.

Másnap 450 ccm vizelet, haemoglobinuria. Puls. 100, gyomorvérzése nincs, állapot lényegesen jobb.

Harmadnap 82. puls., haemoglobinuria, 1200 ccm napi vizelet, tiszta öntudat.

Negyednap 78. puls., 1600 ccm vizelet, haemoglobin a vizeletben nem mutatható ki. Láztalan. Serum R. N. 0.54 mgr%.

Ötödnap hirtelen szurásról panaszkodik a mellkasban. 1500 ccm vizelet. Belgyógyász-consilium: mindkét alsó tüdőlebenyben bronchopneumonia. Gyógyítás: camphor, keresztkötés, inhalálás.

Hatodnap nyugtalan, puls. 96, mely éjszaka folyamán folyton szaporábbá lesz, a szíverősítők adagolása ellenére. Láz 38.3°, vizeletben kóros nincs.

Hetednap 39° láz, öntudatzavar, fokozott szívgyengeség tünetei között meghal.

A boncolást és az eset szövettani feldolgozását *Zalka* professor végezte.

A boncolás lelete: a könyökvenák, a dülmirigykörüli venák rögösödése. A harmadrendü jobboldali tüdőarteriák emboliája és ebből a jobb alsó tüdőlebeny összefolyó, részben abscedált tüdőlobja. Tüdővizenyő. A gyomor kisgörbületén idült, heges fekély. Általános vérszegénység. A szívizom, máj és vesék parenchymás elfajulása, agyvizenyő.

Szöveti lelet: A csontvelőben proliferatio, vörösvérsejt phagocytosis. Léppulpa-hyperplasia, pulpasejtekben vörösvérsejt-phagocytosis. A májsejtekben sok barna pigment, egy-egy epecylinder, a Kupfer-sejtekben mérsékelt vörösvérsejt-phagocytosis. A tüdő számos alveolusában vizenyő. A kisebb erekben hálózatos alvadt fibrin, melyekben helyenként jólfestődő, legtöbb helyen azonban csak vörösvérsejtárnyékok ismerhetők fel. Másik tüdőrészletben catarrhalis pneumonia. A vese-glomeruluskacsok átjárhatók, nyelükben az erek nyitva látszanak, lumenükben vér van. A kanyargós csatornák hámja igen súlyosan degenerált, a vesecsatornák lumenében összecsapódott vörösvérsejtek, eosinnal barnásvörösre festődő, szemcsés detritusból alakult cylinderek, melyek nyilván Hgl. tartalmú cylindernek felelnek meg. Az egyenes vesecsatornákban a degeneratio jóval kisebbfokú. A gyomorban peptikus fekély. A többi szerv ép. A kimutatott pigment a csontvelőben, lépben, májban vaspigment. Festetlen készítményben a májsejtekben lévő pigment zöldessárga, tehát epefestéknek tekintendő.

Fenti kórbonctani lelet a haemolysis bizonyos következményeit kimutatta. A máj *Lindau* és *Wildegans* által leírt, s jellemzőnek mondott elhalását, vérzéses mellhártyalobot a kórbonctani lelet nem mutatott ki. Általában a szórványosan közölt esetekben a haemolyticus shok kórbonctani és szövettani lelete nem körülirt, nem kórjelző.

A Hesse-féle kezelés értékelésében a kórbonctani képnél sokal fontosabb a klinikai észlelés. Az irodalomban közölt számos, halálosan végződő vérátömlesztés kapcsán a halál vagy pár órával az átömlesztés után, szív- és keringési zavarok következtében, vagy később, 5—12 nap mulva veseelégtelenség, illetve anuria folytán állt be. A mi esetünkben a súlyos keringési zavar szemünk előtt, rövid idővel a második átömlesztés után megszünt, a vérzés megállt, oliguria nem jött létre, 3 nap alatt a haemoglobinuria elmult, rendes veseműködés mellett, normalis serum R.N. értéket találtunk. Klinikailag az 5. napon a haemolyticus shokot gyógyultnak tekinthettük, a halált pedig tüdőarteriák emboliájából keletkezett tüdőlob okozta. Ezen tüdőlob kifejlődésére a lassult keringés következtében keletkező thrombosis, illetve embolia vezetett, mely nemcsak haemolyticus shokban, hanem más, keringési zavart okozó betegségben is létrejöhet. *Hesse* a 2.-ik vérátömlesztést a hirtelen támadó keringési zavar és a későbbi veseelégtelenség legyőzésére ajánlotta és ebből a szempontból a mi esetünkben ennek értéke nem lehet vitás.

Hogy miért és hogyan gyógyít a második vérátömlesztés, ez a kérdés szoros összefüggésben van a haemolytikus shok lényegére vonatkozó és még ma is sokat vitatott felfogásokkal. *Hesse* iskolájának kisérletei szerint a haemolytikus shok a kis arteriák, köztük a veseglomerulusok görcsét, capillarisok tágulatát okozza, a haemolysált vérnek az érfalra és a központi idegrendszerre gyakorolt hatása révén, ezzel magyarázza a vérnyomáscsökkenést, deréktáji fájdalmat és a vesevérszegénységből származó veseelégtelenséget. A második vérátömlesztés az erek görcsét szünteti, a vérnyomást fokozza. Mások szerint a tüneteket a kiserek, így a vesecapillarisok rögösödései, a vesecsatornák haemoglobin kristályokkal történő eltömeszelése okozzák. A mi elgondolásunk szerint — melynek bizonyitására a III. sz. sebészeti klinikán állatkisérleteket kezdtünk el — a tünetek egyszerűbben úgy magyarázhatók, hogy a vörösvérsejtek pusztulása anoxaemiát, a felszabadult fehérjelebontási termékek, mint szövetmérgek a szervek parenchymás elfajulását okozzák. A Hesse-féle transfusio hatására emelkedik a vérnyomás, csökken az anoxaenia.

Összefoglalás: A haemolytikus shok leküzdésében a legfontosabb tényező ma is a pontos megelőzés. A mi esetünk tanulsága ezenkivül az, hogy kifejlődött haemolytikus shokban a Hesse-féle, újabb, rögtönös, azonos csoportú vérátömlesztés hatásos mind a heveny, mind a későbbi tünetek legyőzésére. Szünjék meg tehát a sebészben az a kétségtelenül érthető félelem, melyet súlyos haemolysist előidéző átömlesztés után újabb vérátömlesztéssel szemben érez.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A sexualis hormon hatása a mészforgalomra és a csontvelőre. *Arnold, Holtz, Marx.* (Die Naturwissenschaften, 1936. 314. sz.)

Nősténykutyákat a parathyreoideák eltávolítása után „AT 10" antitetaniás készítménnyel normalis vércalciumszinten tartottak és tetania-tünetektől megóvtak. Ezeknek az állatoknak később terhes állapotban, a terhesség vége felé a calciumegyensúly fenntartásához jóval több AT 10-re, az előző adag 3—9-szeresére volt szükségük. Ha az anyaállat a szülés után nem szoptatott, AT 10.-szükséglete mindjárt a régire csökkent, ha ellenben szoptatott, akkor AT 10.-szükséglete csökkent ugyan, de nagyobb maradt, mint nem terhes állapotban. Fiatal nőbetegüknek pajzsmirigymütét után támadt súlyos tetaniáját AT 10.-zel megszüntették; későbbi terhessége folyamán az AT 10. adagját kellő hatás eléréséhez többszörösére kellett növelni. Ezek alapján valószínű, hogy a parathyreoidea a magzat csontvázának felépítéséhez szükséges calciumot fokozott működése útján mozgósítja. További kisérleteik szerint a sexuális hormon ellenlábasa a parathyreoidea-hormonnak: AT 10-el calciumegyensúlyban tartott parathyreopriv állat vércalciuma csökken nagy adag női- vagy férfi-sexuális hormon hatására. Ezért valószínű, hogy a parathyreoidea fokozott működését a terhesség vége felé a nagy mennyiségben termelt folliculin váltja ki. Tetaniás nőbetegüknek AT 10.-szükséglete ideiglenes röntgen-sterilizálás után, annak tartamára a régebbinek mintegy nyolcadrészére csökkent, majd a menses újra beálltakor az előbbi értékre nőtt. Az AT 10. túladagolásának hatása sexualis hormonnal ellensúlyozható. Állatkisérletben a női sexualis hormon túladagolása (10 nap alatt 1 kg testsúlyra 250.000 i. e. progynon-B oleosum) halálos haemorrhagiás diathesist okoz; az androsteronnak nincs ilyen hatása, ellenben a progynon him állatokat is megbetegít. Hatására a vérben az érett myeloid sejtek 100.000-re vagy még többre is megszaporodnak; a thrombocyták megfogynak, végül eltünnek, ezzel egyidőben bőr- és nyálkahártyavérzések támadnak. Néha a vörös vértestek is megfogynak, a reticulocytaszám mulóan nő. Az elhullott állatok csontvelejében a myeloid szövet megszaporodását találták; savós hártyáikon alig volt vérzés. Kisérleteik legfőbb eredményét az emberi Werlhof-kórhoz, a thrombopeniás purpurához hasonló állapot kisérleti előidézésében látják. Másrészt különös és érdekes példa az a test egyik saját hormonjának túladagolása okozta ártalomra. *Perémy dr.*

Depotinsulin. *G. Katsch, H. Scholderer, K. Klott.* (Ztschr. f. Klin. Med. 1936. 129. 4. sz.)

A szerzők „insulindurant" néven forgalomba hozott, intramuscularisan adható insulin készítménnyel 23 diabeteses beteken kisérleteztek. Előnye, hogy a napi két-három insulinadag helyett, 2—3 naponként adnak a napok számának megfelelő insulinadagot (300. E. is adtak) szénhydrát-bő táplálék mellett. A betegek az injectiókat jól türték, semmiféle toxikus mellékhatást nem észleltek, viszont az eredmény ugyanolyan volt, mint a subcutan adott naponkénti insulinadagoknál. Hátránya, hogy úgy látszik nem adható minden diabetesesnek és hogy egyelőre drága készítmény.

Ifj. Marsovszky Pál dr.

Sebészet.

A combcsont fejecsének a kismedencébe történt benyomulásával kapcsolatos medencetörés kezelése orthopaediai úton. *Moiroud.* Marseille. (La Presse Médicale. 1936. 35.)

Először áttekinti a szerző a legújabb irodalomban közölt eljárásokat a combcsont u. n. centralis ficamának kezelésére vonatkozólag. A tisztán manuális megoldás komoly nehézségeket okozhat még akkor is, ha a végbélben vagy a hüvelyben történő nyomással végzik. Saját esetét ismerteti ezután, ahol a Ducroquet-féle orthopaediai asztalt használta. Altatásban hossz- és haráintirányú mozgatással, enyhén és fokozatosan a combcsont fejecsét át tudták húzni a medenceüregen; aztán megkisérelték az alsó végtag abductióba hozását, a legkisebb erőszakoskodás nélkül a makacs abductio megszüntetéséig. A medencét, combot és lábszárt magában foglaló rögzítő gipszkötést helyeztek a betegre, egész a gipsz megkeményedéséig huzásban tartván a végtagot. A röntgenfelvétel eredménye: az acetabulum helyreállt, a combcsont fejecse rendes helyén, a cavum cotyloideum felső részén háromszögü rovátka látható. Két hónapig tartó rögzítés után röntgen az izvápa helyreállását mutatta, de a fejecs túl nagy volt és szabálytalan körvonalú. Az izomcontracturát altatásban húzással szüntették meg, a redressement után két hónapig gipszben rögzitették a végtagot. Ezután meg kellett ismételni a redressálást, de ez alkalommal már a csipő ankylosisát idézték elő. Ma a beteg jól használja merev végtagját. A továbbiakban a fent leirt, tisztán orthopaediai kezelésnek a véres eljárással szembeni előnyeit irja le.

Móra Sándor dr.

Az intraarteriás injectiók néhány hatásáról. *P. Huet* és *D. Bargeton,* Paris. (La Presse Médical 1936. IV. 22.)

Intraarteriás úton bevitt gyógyszerek és érzéstelenítő anyagok hatását vizsgálta a szerző *Contiadès, Ungar* és *Naulleau* nyomán. Előrebocsátja az i. a. befecskendezések következő előnyeit az i. v. alkalmazással szemben; 1. kisebb toxicitás (Oppel) 2. az oldat haemolysáló vagy nem haemolysáló hatása nem függ annak isotoniás voltától: novocain isotoniás oldata haemolysist okoz, ugyanannak hypotoniás oldata nem befolyásolja a vörösvérsejteket; ezzel szemben az alipin isotoniás vagy hypotoniás oldatban nem bántalmazza a vörösvérsejteket. Ezután leirja az i. a. befecskendezések okozta bonctani elváltozásokat az alábbiakban: 1. isotoniás novocain oldat hatása az adventitia beszűrődésében, a media rugalmas rostjainak elfajulásában, a intima endotheljének proliferatiójában nyilvánul, 2. hypotoniás novocain és hypo- vagy isotoniás alipin csak csekély elváltozást okoz az éren.

A szerző kutyákon végezte oscillographiás vizsgálatait, az arteria femoralisba és axillo-humeralisba fecskendezve az anyagot. A verőér proximalis részén mért nyomást Tension centralenak (T. C.), a distalis részen mért nyomást Tension recurentenek (T. R.) nevezi. Ilymódon következő anyagokat fecskendezett be: physiologiás konyhasóoldat, destillált viz, hypertoniás $MgSO_4$-oldat, hypertoniás konyhasó-oldat, 1%-os novocain oldat, 0.5%-os novocain physiologiás konyhasó oldatban, scurocain, 1%-os adrenalin oldat 1 ccm-e, 1 csepp adrenalin 5 ccm destillált vízben, gentiana-ibolya vizes-alkoholos oldata, methyl-ibolya vizes oldata, chromsavas higany, gonacrin, trypaflavin, collothor.

Végkövetkeztetései: 1. Isotoniás oldatok a nyomásra hatástalanok, hypotoniások a T. C.-re hatástalanok, a T. R.-re kezdetben nyomástfokozó, később pedig nyomást csökkentő módon hatnak. Hypertoniás oldatok a T. C.-ban nyomásfokozódást okoznak, a T. R.-ben kezdeti igen nagy nyomásfokozódásra tekintélyes és tartós nyomáscsökkenés következik. 2. Az oldatok pH-ja hasonlóképpen megérdemli a figyelmet: ha ez 7 és 8.3 között van, az anyag hatástalan a T. C. és T. R.-re, 7-nél alacsonyabb pH esetén az oldat a T. R. zavarát okozza. Tehát az arteriába befecskendezendő oldat isotoniás, annak pH-ja 7 és 8.3 közt legyen.

Móra Sándor dr.

Szülészet.

Császármetszés inficiált és infectióra gyanus esetekben. *Graf.* (Zbl. f. Gyn. 1936. 2.)

Az inficiált és infectióra gyanus szülések mütéti megoldására a Sellheim-fistula, a Gottschalk—Portes-mütét s a Porro-féle mütét közül szerző a Schellheim-fistulát alkalmazta 9 esetben. Ezen esetekből kitünik, hogy különösen ott, ahol az infectiónak csupán gyanuja áll fent, a Sellheim-fistula a legjobb módszer. Az a fontos, hogy kellő ideig legyen drainezve és átöblítve; a draint a láz elmulta előtt nem szabad eltávolitani. Eseteiben sem sérv, sem egyéb panaszok nem maradtak vissza. Két operáltja esetében ismételt terhesség alkalmával élő gyermek született. Másik két esetében ismételt császármetszés alkalmával észlelte, hogy az uterus a peritoneumtól teljesen oldódott. Genyedés nem fordult elő. A betegek 4—6 hét mulva hagyták el a klinikát, csupán egy halálozás volt, azonban a halál grippe utáni pneumonia és keringési elégtelenség következtében jött létre.

Frey Katalin dr.

A méhnyakrák kezelésének korai szövődményei. *Anselmino* és *Oehlke.* (Zbl. f. Gyn. 1936. 13.)

A méhnyakrák radiumkezelése korántsem olyan veszélytelen beavatkozás, amilyennek orvosi körökben is általánosságban tartják. Az elsődleges halálozás a gyüjtőstatistikák adatai alapján 0—9% közt mozog. Ugyancsak tekintélyes számot tesznek ki a különböző, többé-kevésbbé súlyos megbetegedések. Igy magas septikus lázak, parametritis, sepsis, peritonitis, pyometra, cystopyelitis, thrombophlebitis és hasonlók. Közlik 367 méhnyakrák sugaras kezelésének eredményeit. A halálozás 3.5%; 6 peritonitis, 4 sepsis és 3 embolia. 32 esetben (8.8%) támadt súlyos szö-

vődmény: 14 parametritis, 4 septikus thrombophlebitis, 2 cystopyelitis, 6 esetben magas láz tapintási lelet nélkül, 2 thrombosis, 1 Douglas-tályog, 1 salpyngitis, 1 erős vérzés és egy pyometra. Vizsgálataikból kitünt, hogy az intrauterin alkalmazott radium sokkal veszélyesebb beavatkozás, mint a hüvelyben alkalmazott. Fertőzés veszélye (peritonitis, parametritis stb.) jelentősen nagyobb az első, mint a második kezelésnél. Viszont ismételt radiumadagolásra nagyobb az embolia veszélye. Kitünt az is, hogy a fractionált stockholmi eljárás előnyösebb a massiv párisinál. Tekintettel ezen nem kielégitő eredményekre, kivánatos, hogy a sugaras kezelés még nagyobb óvatosság mellett végeztessék s az eljárást magát is tökéletesitsék.

Oláh József dr.

Szemészet.

Pantocain szemészeti alkalmazása. *Rauh.* (Középnémet Szemorvostársaság üléstudósitása.)

Szerző ismerteti a pantocain okozta bántalmak irodalmát. (Kb. 10 közlés.) Az összes ártalmakat 1%-osnál töményebb oldatok okozták. Mivel a pantocain 10-szer erősebben hat a cocainnál, 1%-nál töményebb oldat használata indokolatlan és veszélyes. Szerző az összes intraocularis mütétekhez ½ és 1%-os oldatot használ, minden bántalom nélkül. A cornea jól türi a 0.8%-os konyhasóban oldott pantocaint a sokáig tartó diathermiás ablatio mütétek folyamán. A corneának ezen oldattal és élettani konyhasóval történő gyakori öblítése lehetővé teszi a tükrözést 1 órán át is. Néha finom üvegszerü fonalak találhatók a kötőhártyazsákban; ezek bakteriummentesek és könnyen kiöblithetők. Mindig mellékvese-kivonattal együtt kell használni.

Clausen ezzel szemben a szert nem használja, mert szaruhomályokat és conjunctivalis vérbőséget tapasztalt. Egyeseken teljesen hatástalannak mutatkozott. *Seidel* is hyperaemiát látott, az adrenalin combinatio éppen ez ellen hat. (Lásd: Rf. O. H. 1935. 46. sz.)

Grósz István dr.

Meningitis epidemica szemészeti complicatiói. *Dunphy.* (Archives of Ophthalm. 1936. jan.)

A meningitis leggyakoribb szövődménye a metastatikus iridocyclitis és endophthalmitis üvegtesti tályoggal, mely pseudogliomára vezet. A kórokozót több esetben sikerült a szemből kitenyészteni. Ritkább a kötőhártya, cornea, könnytömlő gyulladása; ilyenkor valószinü, hogy az orrnyálkahártyákról a könnyorr-vezetéken át kerül a szembe a meningococcus. Gyakoriak a pupillaris zavarok; rendesen tág fénymerev pupilla található. Időleges kancsalság mellett gyakori a végleges szemizombénulás (főleg abducens). Pangásos papilla ritka, de gyakori a neuritis opticí, mely sorvadásba megy át. A vakság oka lehet centralis is. *Zarzycki* a szem külső megbetegedéseiben a serum becseppentését ajánlja orrsprayvel egybekötve. Uveitis esetében subconjunctivalis, illetőleg intraocularis serum injectio ajánlatos (mellsőcsarnokba, vagy üvegtestbe). Centralis eredetü elváltozások esetén végül intraspinalis injectio a teendő. (Mivel majdnem mindig haematogen metastasisról van szó, az egyedüli okszerü az intralumbalis, illetőleg intravenás serum-adagolás. Ref.)

Grósz István dr.

Gyermekgyógyászat.

Ujszülöttek székében kimutatható vérzés. *B. Bonar.* (Am. J. Dis. Childr. 1936. 51. 2.)

107 újszülöttnek 3539 székét vizsgálta a születéstől kezdődően 10 napon át arra, hogy van-e a székben makroskopos vagy okkult vérzés, vagy sem. Azt találta, hogy a benzidin próba az összes eseteknek 55%-ban pos. és 45%-ban negativ volt. Az anyatej 97%-ban neg. volt vérre s így a vér nem származhatott ezekben az esetekben a tejből. Az első 2 napon kb. 50%-a az újszülötteknek mutatott okkult vérzést s ezt a szülési trauma és asphyxia hatására vezeti vissza. A születés utáni 4—5 napon azonban a positiv esetek százalékos arányszáma még tovább emelkedett: 60—70%-ra s ezt részben a bakteriuminvasio, részben a táplálékfelvétel folytán keletkezett bélhyperaemiával igyekszik magyarázni. A vérzési idő bizonyos mértékben párhuzamosan haladt a bélvérzések arányszámával s ezért véleménye szerint az erek állapota is befolyásolja az újszülöttek okkult bélvérzését.

Geldrich dr.

Csecsemők és kisgyermekek középfülgyulladásának kérdéséhez. *Knauer dr.* (Archiv. für Khlk. 106. 4.)

1934. okt. — 1935. májusáig lezajlott otitis járványról számol be. Valószinünek tartja, hogy sok esetben az otitis media csecsemőkön elsődleges megbetegedés és nem következménye illetve folyamánya egy nasopharyngealis infectionak. 52 betegről számol be, akiken paracentesis után bakteriologiai vizsgálat történt (strepto-staphylo-pneumococcus, diphtheria bac. és vegyes fertőzés). Egy házi illetve kórházi otitis járvánnyal kapcsolatban (7 eset), ahol a fertőzés útja követhető volt — a bakteriologiai lelet azonban igen különböző — felveti a lehetőségét, hogy ezen otitis epidemiát egy filtralható virus okozza és a többi bakt. csak mint symbiosis társ szerepel. Vizsgálatát ezen irányban folytatja.

György Ede dr.

Toxicosisok gyakori keletkezéséről. *Küpper.* (Arch. f. Khk. 1936. 106.)

Szerző 16 toxikus csecsemőt észlelt, kiken klinikailag bronchitisen, sectiókor pedig zsírosan degenerált májon kivült mást nem találtak. A csecsemőket subcutan phys. konyhasóoldattal és intravenás dextrose-oldattal sikerült az exsiccosis állapotából kihozni, de pár napon belül toxikus tünetek fennmaradása mellett meghaltak.

Szerző a grippe toxicosis pathogenesisét a következőkben adja: a már előzőleg beteg csecsemő lesz toxikus. A grippe-virus első támadási helye a felső-légutakban van, utána betegit más szervet is. Ha a béltünetek jelentkezése idején az elsődlegesen megbetegedett szerv már gyógyult, a betegség az alimentaris ártalom képét adja. A grippe virus áthatol a bélfalon, eljut a májhoz, melyet szintén megtámad. A zsirmáj ennek a gyulladásnak a következménye. A máj insufficiens és ez vezet a toxicosishoz.

Kulcsár Margit dr.

Bőrgyógyászat.

Adatok az ekzema-kérdéshez. *G. Miescher*, Zürich. (Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1935. 173. kötet, 2. f.)

Szerző közel 40 oldalon ismerteti kisérleteit, amelyeket panthesin, mustártapasz, pinen, vegyileg tiszta mész, krotonolaj, sósav, canthraridin-tinctura és különböző mikrobikus anyagokkal végzett számos ember bőrének túlérzékenység megállapitására. Szerző a bőrnek kétféle reactiós készségét állitja egymással szembe. Az ekzemás reactio csomós jellegü, mig a toxikus reactio klinikai képe inkább lapszerinti megjelenésü és éles határú. A szöveti képben az ekzema intraparenchymás gócszerü spongiosisával szemben a toxikus reactiónak a felszinről a mélybe terjedő nekrosisa (achromia) áll. Kisérleteiből kitünik, hogy az ekzemás és egyes toxikus reactiók között fenti különbségek a legtöbb esetben megtalálhatók. A gócszerü spongiosisnak tünete magában nem szól kizárólag az ekzemás reactio mellett; körülirt spongiosist és intraparenchymás hólyagképződést láthatunk kimondottan toxikus jellegü reactióknál is. Míg a cantharidin reactio intraparenchymás hólyagképződése az ekzema hólyagképződésétől sajátságos dyssociatiós folyamattal elkülönithető, addig a krotonolaj-reactio hólyagképződése az ekzema hólyagképződésével teljesen azonos. Szerző megállapitja, hogy az ekzema reactiónak klinikai képe éppúgy, mint a spongiotikus hólyagcsa a szöveti leletben jellegzetes ugyan az allergiás ekzema reactióra, azonban egyedül nem szolgáltat absolut bizonyitékot, mert ilyen reactiós typust az obligát toxikus hatások is létrehozhatnak. Véleménye szerint még további igazolásra szorul, hogy az ekzematoid reactiónak ismert képét allergiás reactiónak fogadjuk-e el.

Preininger Tamás dr.

Csukamájolaj-kenőcs használata a bőrgyógyászatban. *Wartemann.* (Derm. Wschr. 1935. 37.)

Löhr azt tapasztalta, hogy gyenge üdülő betegek sebei peroralis csukamájolaj adagolásra gyorsabban gyógyultak. Ennek alapján külső alkalmazásra tért át és friss sérülések, égések, rosszul sarjadzó sebek, alszárfekélyek, fertözött mütéti sebek, valamint heveny és idült csontvelögyulladás eseteiben jó eredményről számol be. A gyakori kötésváltást ellenzi. A piszkos szövetcafatok eltávolitása után csukamájolajos kötést, erre gypspólya, mely 2—3 hétig marad. Ilyen módon nedves kamarát óhajt létrehozni, mely az elhalt szövet feloldódását sietteti és az igy keletkezett szövetpép a sarjadzást elősegitené.

A csukamájolaj szabad zsírsavak mellett brómot, chlorphosphort, kénvegyületeket, valamint A és B-vitamint tartalmaz. Kb. 100 beteget kezelt szerző és pedig desitinolan, ungventolan, továbbá 20 és 50%-os Fissan—Lebertran-kenőccsel. Kötésváltást végzett, de gyps helyett keményitős

pólyát használt. Több esetben tenyérnyi góc, sima hegképződés mellett 2—3 hét alatt meggyógyult. Bőrgyulladást egyetlen egy esetben sem észlelt. Jó eredményről számol be alszárfekély és égési sebek esetében. Csecsemőekzemák eseteiben elért eredmények nem egyöntetűek. Felveti azt a gondolatot, hogy meg kellene próbálni a csukamájolajat rázókeverék formájában.

Dóczy Gedeon dr.

Liquorreactiókkal végzett összehasonlító vizsgálatok. *G. H. Beck.* (Klin. Wschr. 51. sz. 1935).

Kettőszáznyolc esetben végeztek liquorral összehasonlító vizsgálatokat a szerzők, részint syphilises, részint syphilisre gyanus esetekben. Az összehasonlító vizsgálatok: Pándy, Nonne-Appelt, Goldsol, Meinicke, sejtszámlálás, Takata-Ara, Wa.-r. és sejtszámlálás voltak. Negativoknak azokat az eseteket vették, ahol 8 reactio közül legfeljebb egy volt positiv. Positivoknak azokat, amelyeknél 8 reactio közül legfeljebb fele volt positiv. A reactio érzékenységi foka szerint liquornál a következő eredményt kapták: Wa.-r. 90%-ban, Pándy 87, sejtszámlálás 85, Meinicke 80, Takata-Ara 78, Nonne-Appelt 74, Goldsol 73, bensoe 45%-ban adott positiv eredményt. 250 esetben végeztek Wa. és Meinicke reactióval párhuzamos vizsgálatokat és azt találták, hogy a Meinicke megbízhatóbb. Több ideig marad positiv és nincs azoknak a hibáknak kitéve, melyek a Wa. reactio komplikált technikáját véve, előfordulhatnak.

Horváth Dénes dr.

KÖNYVISMERTETÉS

A labyrinthus vizsgálatok, különös tekintettel a központi idegrendszer megbetegedésére. Irta: *Pogány Ödön* kórházi főorvos. Előszóval ellátta *Rejtő Sándor* egy. r. k. tanár. (41 ábrával, II. kiadás. Budapest, 1935. Eggenberger-féle könyvkereskedés.)

A fülgyógyászati diagnostika az utóbbi évek során több oly módszerrel gazdagodott, amelyek — tekintetbe véve a nyolcadik agyideg és a központi idegrendszer szorosabb kapcsolatát, — a központi idegrendszer megbetegedéseiben is — különösen a bántalom localisatiója tekintetében — sokszor sikerrel értékesithetők. Szerző 171 oldalra terjedő munkájában azon kapcsolatot, amely a nyolcadik agyideg és a központi idegrendszer között bonctani és élettani vonatkozásban van, igyekszik az eddig megállapitott tények alapján kiegészíteni és érthetővé tenni. A fül bonctani, szövettani és élettani adatainak rövidrefogott, de világos és érthető ismertetése után a belső fül, különösen a vestibuláris ideg végkészülékének vizsgálati módszereit tárgyalja ép és kóros állapot mellett észlelhető tünetek megállapitása céljából.

A belső fül, valamint a nyolcadik agyideg — különösen a vestibularis ág, — kapcsolatait a központi idegrendszer egyes területeinek megbetegedése alkalmával észlelhető, — a vestibularis ideg specialis vizsgálataival megállapitható — kórformákat klinikai szempontból részletesen tárgyalja azon igyekezettel, hogy úgy spontán jelentkező, valamint mesterségesen kiváltott vestibularis tünetek segélyével a központi idegrendszer egyes, — különösen igen nehezen kórismézhető — kórformáit különösen localisatio tekintetében pontosabban lehessen meghatározni.

A központi idegrendszer egyes területeinek (igy a féltekék, azok dúcai, agygyomrocsok, hid, nyultvelő, kisagy) megbetegedéseiben észlelhető spontán és kisérleti ingerrel kiváltott labyrinthus-tünetek csoportositásával és értékesitésével könnyen áttekinthető táblázatos, áttekintést nyujt.

Nemcsak a szakorvos, de az általános gyakorlattal foglalkozó orvos új, tanulságos és fölvilágositó adatot talál ezen munkában, amelyet 41, jól megválasztott, tanulságos ábra tesz érthetőbbé és amellyel a szerző azon hézagot igyekezett mintegy áthidalni, amely a fülgyógyászat és az ideggyógyászat között látszólagosan fennforog, pedig ezen szakmák tulajdonképen egymást egészitik ki.

Krepuska Géza prof.

Röntgenkymographische Bewegungslehre Innerer Organe. *Pleikart Stumpf, H. H. Weber, G. A. Weltz.* (516 o. 447 ábra, 1 rácsmelléklet. G. Tieme, Leipzig, kiadása, ára 42.— R. M.)

A röntgenkymographia (R. K.) valamely mozgó belső szerv röntgenconturképének egy conturpontját kiválasztja, azt keskeny fényrésbe fogja s e pontnak mozgását graphikon formájában rögziti oly módon, hogy a fényrés mögött a filmet, vagy a film előtt a rácsot az conpositio ideje alatt egyenletesen elmozgatja. Ezen egyréses kymographiának szülöntyja a lengyel *Sabat*. Pl. *Stumpf*-nak a kinematographiából kiinduló „térkymographia"-ja azzal, hogy nemcsak egy conturpontnak, hanem az egész szervnek egymástól nem nagy távolságban levő pontsorozatának mozgását rögziti, a szerv átnézeti képét is megtartja és ezzel a röntgenkymographiát új útra tereli. A filmen rögzített mozgás megfelelő rácsos nézőszerkezeten, a kymoskopon visszaadható, demonstrálható. (A mozgást reprodukáló technika már annyira fejlődött, hogy a könyvhöz mellékelt rács segitségével a könyv kymogrammjai is úgy megelevenednek előttünk, mint a gyermekkorunkból emlékezetes „élőképek".) A mozgás finom részleteit azonban a pontsorozat *egyes graphikonjainak elemzéséből* ismerjük meg. Pl. *Stumpf*-nak egymást követő szellemes újitásai, fáradhatatlan munkássága, oly nagy visszhangra talált a szakkörökben, hogy e könyv nem is teljes irodalomjegyzéke száznál több szerző kétszáznál több munkáját sorolhatja fel. Ez első összefoglaló könyv rendkivül nagy anyagot ölel fel, részletes tartalomjegyzéke majd 20 oldalra terjed. A technikai részek tárgyalását a legrészletesebben kimüvelt fejezet, a szív-nagyerek kymographiája követi 200 oldal terjedelemben, majd a légzés, a nyelőcső, gyomor-duodenum, a húgyvezeték élettani és kóros mozgásainak ismertetése. A kymographia ebben a tökéletes formájában a röntgenologiának ma még fiatal hajtása, mely eddig még csak a szorosan vett szakköröket foglalkoztatta. E könyv amellett, hogy a dolgozni vágyó, gyakran themát kereső ifjabb nemzedéknek hatalmas, eddig még kiaknázatlan területet tár fel, azt is megmutatja, hogy a kymographiának már olyan eredményei vannak, melyek azt a gyakorlatban is értékessé tudják tenni. Ma, amikor a functionalis röntgendiagnostika ismét előretör, bizonyára nagy szerep vár még a kymographiára is. A könyv, melynek kiállitása a német technika tökéletességét és a német kiadó áldozatkészségét hirdeti, nagy szolgálatára lesz mindazoknak, akik a functionalis diagnostikával foglalkoznak.

Ratkóczy dr.

Manuel de biochemie. *P. Thomas.* (Masson, Paris, 1936.)

A biochemia nem elhatárolt tudomány. Bár maga széles, tisztán chemiai alapokon nyugszik, a biologiával és az orvostudomány összes ágaival benső kapcsolatban áll. Igy a biochemia tudománya óriási terjedelmével szinte lehetetlen feladatot szab arra, aki annak áttekintését kisérli meg. Ennek megfelelően a biochemia tan- és kézikönyvei legtöbbnyire egyoldalúak s szerzőjük különös érdeklődési körének megfelelően egyoldaluan tárgyalják az anyagot. Az életvegytan könyveinek legnagyobbrésze, tekintettel a szerzők chemikus mivoltára, az anyagot túlságos descriptiv chemiai szempontból tárgyalják, háttérbe szoritván a szervezet müködésének problemáit. Viszont azon szerzők, akik physiologiai szempontot hoznak előtérbe, gyakran elvesztik a szilárd chemiai alapot és az anyagot egyoldalúan, különös érdeklődésük szerint, az emberi, állati vagy növényi physiologia szempontjából tárgyalják. A physikochemikus a physikochemiai szempontot érvényesiti. *Thomas* könyve egy rég érzett hiányt pótol, összefüggő keresztmetszetét adva az egész óriási terjedelmü tudománynak, harmonikus egységgé forrasztva össze a különben oly szétágazó tárgyat, kezdve az élet physikochemiai alapjaitól, egészen a növények excretorikus functiójáig. Meglepő a szerző széles és alapos tájékozottsága, mely megett egy hosszú és munkás élet gazdag tapasztalata áll. Bár a szerző a physiologiát mindvégig szem előtt tartja, nem veszti el az exact chemiai alapot. A szabatos és amellett mégis könnyed stylus élvezetessé teszi az oly nehéz fajsúlyú olvasmányt. Reméljük, hogy a könyv újab és újabb kiadások által fog lépést tartani a tudomány gyors fejlődésével.

Szent-Györgyi Albert dr.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület május 16-i évzáró közgyülése.

Verebély T. (elnöki záróbeszéde): Igen tisztelt Orvosegyesület! Ma lezáródó üléssorozatunkkal az Orvosegyesület történetének első száz éve közeledik befejezéshez. Mert 1837—1937 évszámok fogják jelezni e történetben azt az első centennariumot, mely egybeesik az orvosi tudomány soha nem sejtett, de soha nem is remélt előretörésének száz esztendejével, s melynek munkásságában hüen tükröződik a száz esztendős haladás gigantikus mérete.

1837-ben még javában folyik az egyes pathologusok közt a vita a kórtan általános elveinek humoralis vagy solidaris beállitása felett, miközben a gyakorlat hiába küzködik a középkor mysticizmusából átvett, tisztán tapasztalati gyógy-

kezelés babonáival, a sebészet pedig a műtéti fertőzés rémével. Ekkor fedezi fel Schleiden a sejtet, mint az élet alapegységét, hogy azután ebben Virchow megtalálja a betegség, Pasteur, majd Koch a kóroktan egységes principiumát. Az utóbbi felfedezések felett érzett lelkesedés kiváltotta túlzások elé Hueppe józan oktani (causalis) bírálata állít sorompót. Az egyidőben háttérbe szorult szervezet visszakapja régi jelentőségét, miközben a régi hippokratesi egység a totalitas helyébe az immunbiologia segítségével lassankint a mai alkattan kerül. Az alkat elemzése révén az élet a sejtes részletek összműködésének eredőjévé minősül, a betegség pedig az alkatilag bélyegzett stigmatisált egyén küzdelmévé lesz a milieuvel, amelybe élete be van állítva.

A belgyógyászat vitái 1837-ben kimerültek a kopogtatás és a hallgatódzás physikai feltételeinek magyarázatában, a szívhangok rhytmusváltozásának és zörejességének finom elemzésében.

A mult század 40-es éveitől kezdve szinte rohamlépésekkel halad előre e téren a tudás. A bakteriologiai, serologiai és alaki vérvizsgálatok betekintést hoznak az életfolyamatok eladdig titokzatos műhelyeibe. A kifinomodott vegyi és physikalis módszerek feltárják az egyes szervek működési mechanismusát. A röntgensugár láthatóvá teszi a belső szervek alakiságának, működésének, hibáinak apró részleteit. Az elektrokardiographia finom hullámvonalának értelmezése a szív ingervezetésének és izomrythmusának tanulmányozását teszi lehetővé. A belső elválasztásos gyűrű szervi correlatioinak kutatása pedig az alkati változatok, az egyéni reactiók szövődött kérdéseire vet világot. Igy lesz a belgyógyászat tisztán tapasztalati tapogatódzásából ma már alig áttekinthető logikai rendszer, exact élettudomány.

A sebészet nagy eredményeit 1837-ben az arc képző műtéteiben, a szájműtétek és végtagcsonkitások klassikus módjainak kidolgozásában keresi. A mult század közepén Semmelweis korszakalkotó felfedezése alapján lassan kibontakozó asepsis már vitára kél Lister antisepsisével s évtizedekig folyik a versengés a műtéti technikában és sebkezelésben a két irányzat között, ami sokszor szenvedélyes ellentétekben robbant ki Egyletünkben is. Ma az e vitákban bizonyítékul, vagy ellenérvként felhozott egyes esetek helyett, százas, ezres, sokezres sorozatokat vonultatnak fel a sebészek nem az asepsis és anaethesia egyes kérdéseinek megvitatására, hanem a műtéti gyógyítás jogosultságának bizonyítására. A koponya és hasüreg után megnyilt az út a kés számára a mellkasba is, s ma alig van betegségcsoport, melynek lefolyásában vagy utókövetkezményeiben ne jutna szóhoz a sebész.

A szemészetben az első kezdetleges szemtükörtől éppoly csodálatos fejlődés vezet a közelmultban elhangzott előadáson megcsodált praecisiós eszközökig, mint a fülészetben az első fültölcséri lelettől a vestibularis reactiók nagyjelentőségü tanulmányozásáig, vagy az urologiában a kövek vizsgálatára használt zengő hanglemezzel felszerelt fémkutasztól az ureter, vagy operáló cystoskop tökéletes szerkezetéig. És igy tovább minden téren.

Aki végig lapozza az Egyesület történetét, száz év előtt felvett jegyzőkönyveinknek ma már elsárgult, porladozó lapjaitól kezdve a legutóbbi évek feljegyzéséig, elégtétellel fogja megállapithatni, hogy a fejlődés történetének minden hullámcsapása behallatszott e falak közé. Szeretettel olvashatja a fiatalok első szárnypróbálgatásaiban a részletkérdések aprólékos kidolgozását, s hálával nagyjaink széleslátókörü összefoglalásaiban az illető korszak divatos problemáinak megértő felkarolását. De megállapithatja ezekből a lapokból azt is, hogy a kezdő fiatalok nevét néhány évtized után szinte kivétel nélkül ott találhatja a későbbi nagyok között, jeléül annak, hogy az a légkör, melyet a magyar orvosi tudomány számára ez az Egyesület teremtett, a kutatás, a munka buzditásának, de egyuttal az érdemek elismerésének, a kölcsönös megbecsülésnek melegágya volt.

Nagy megtiszteltetés volt nekem, hogy az Egyesület százesztendős épületének zárókövét én helyezhettem el, akit 35 év előtt époly jóindulattal bocsájtott pályájára az Egyesület, mint amilyen hálás szeretettel viseltem gondját most elnökségem két éve alatt. Kisérje tovább is Egyesületünk mint reflektáló tükör, ha lehet mint motorikus erő az orvosi tudás fejlődését azzal a reménnyel, hogy második százesztendejének eltelte után ugyanolyan eredményekre tekinthessen vissza, amilyeneket hozott 1837—1937.

A főtitkár, főkönyvtáros, pénztáros, könyvtár- és pénztárvizsgáló bizottság jelentésének tudomásulvétele után a közgyülés elfogadja *Wolff Károly* indtványát az ülésnapoknak pénteki napra visszahelyezéséről. A közgyülés újból megválasztja egyhangúlag *Verebélyi Tibort* két évre elnöknek.

Közkórházi Orvos Társulat április 29-i ülése.

Ónodi J.: *Ileo-coecalis volvulus a terhesség utolsó hetében.* A X. terhességi hónap végén heveny hashártyagyulladás tüneteivel haldokló állapotban beszállított beteg felvétele után 3 órával meghalt. Boncoláskor mesenterium ileocoecale commune. Az egész ileum, coecum és colon ascendens 510 cm hosszúságban 540 fok megcsavarodást szenvedett. Mesenterium ileocoecale commune mellett a terhesség alatt előálló vulvulus igen ritka megbetegedés. Az irodalomban közölt esetek alapján prognosis szempontjából a terhesség legsúlyosabb szövődménye. Coecum mobile fejlődési rendellenesség főleg az északi népeknél fordul elő.

Szili J.: Az eset fontosságát egyrészt annak ritkaságában látja, másrészt abban a körülményben, hogy a terhesség végén jelentkező hasi megbetegedéseket igen gyakran szülőtevékenységgel tévesztik össze s igy elmulasztják azt a kedvező időt, melyben a beteg műtéttel megmenthető.

Bézi J.: A szabad közös mesenterium gyakorisága a mi boncolási tapasztalataink szerint jóval kisebb az említett, kb. 1%-ot mutató svéd statistikánál.

Akkerman J.: a) *Placenta-daganatok.* A Szt. István-kórház I. szül.-nőbeteg osztályának 25.000 szüléses anyagában két esetben találtak placenta-daganatot. Első esetben norm, lefolyt szülés, — élő magzat mellett almányi placenta fibromát. Második esetben hydramnion, korai magzatelhalás mellett ökölnyi fibrioangiomát. Utóbbi esetben az anya sten. ven. sin.-je miatt ballon alkalmazása történt, a szülés lefolyásának gyorsítása végett. A placenta mindkét esetben normalisnak bizonyult. Az anya mindkét esetben normalisan lefolyt gyermekágy után egészségesen távozott.

b) *Tubaris terhesség a méh supravaginalis amputatiója* után. Elhanyagolt harántfekvés mellett el nem dönthető complet v. incomplet ruptura, melyet mivel az esetet fertözöttnek is kellett venni, decapitatio útján fejeztek be. Utána a betapintással kétségtelenné vált, hogy jobb oldalt az activ szakasz határáig terjedő complet ruptura van jelen. Ezért laparotomia útján az uterust supravaginalisan amputálták mindkét ép adnex megtartása mellett, a hasüreget a cervix-csonkon keresztül a hasüreg felé drainezték. A beteg 3 év mulva vérzés és erös alhasi görcsök miatt ismét jelentkezett. Vizsgálatkor a cervixcsonk alatt a Douglast kitöltö ökölnyi resistentia, amelynek punctiójakor lakk-szerü vér ürült. Ennek alapján dg.: Cervixcsonk-terhesség, haematokele. Laparotomia alkalmával: bal o. tubocervicalis terhesség. A megtermékenyités a három év előtti mütét folytán a cervixen a drainezés következtében visszamaradt hajszál-fistulán keresztül jöhetett csak létre.

Szili J.: A bemutatott második eset unicum, a hozzáférhető világirodalomban leirtak között ehhez hasonlót nem talált. Hogy a drainezett cervixhez direct hozzátapadt-e a tuba, vagy hajszálfistula kötötte-e össze a kettőt, a mütét alkalmával az elváltozások miatt megállapitani nem lehetett. A pete nagyobb része a tubában ült, de a haematokele falának képezésében a cervix is résztvett.

Kalocsay K.: *A scarlat specifikus therapiája.* 410 esetben adott immunsavót (ILS), 470-ben reconvalescens-savót (SRS). Az ILS (Phylaxia) adagja 5,000—10,000 S. A. E. volt, a SRS-é 50—100 ccm. Mindkét fajta savóval a súlyos esetek túlnyomó részében kritikus hatást lehet elérni. Az ILS hatása tisztán antitoxinos; a korai septikus szövődményeket csak közvetve befolyásolja a toxinmérgezés megszüntetésével. Ha ILS után másnapra a láz nem csökken jelentékenyen s a kiütés sem halványodott el, az adagot ismételni kell; ha azonban az exanthema már kialudt, a további adag kilátástalan: a lázat ilyenkor korai septikus szövődmény tartja fenn. SRS.-val ilyenkor is kedvező hatást lehet nyerni. Az ILS tehát nem teszi feleslegessé a SRS-t; utóbbi alkalmazási területe az elkésett esetek (főként az 5-ik napon túl) és a súlyosabb septikus szövődmények. Ha a SRS is hatástalan (pld. csecsemökön), reconvalescens-vér transfusiója még sikeres lehet. Egészen enyhe esetben serum fölösleges, sőt nem is látszik előnyösnek. A kezdeti savókezelés gátolja késői szövődmények kifejlődését; ezek százaléka savóval kezelt súlyos esetekben kb. annyi, mint enyhe scarlátosokon. A SRS a már kifejlödött késői szövődményt is kedvezően befolyásolja; az ILS itt hatástalan. A halálozás, egybevetve a savóval nem kezelt súlyos esetekkel, a savókezelés hatására harmadára csökkent. A savók i. v. sokkal jobban hatnak, mint i. m. Igen súlyos esetben venába kell adni. Lósavó-anaphylaxia kivédésére: anaphylaxiás bőrpróba, desensibilisálás, vagy legalább i. m., dosis 5 órával az

i. v. előtt; ez az óvatosság akkor sem felesleges, ha a beteg még sohasem kapott lósavót. Egyes veszélyes, shokokozó SRS-k felismerhetők arról, hogy intracutan adva börreactiót váltanak ki.

Papp K.: 1920, 21- és 22-ben Magyarországon elsőnek alkalmazza a scarlat reconvalescens savót nemcsak gyógyítás, de megelőzés céljából is. Megelőzés céljából 10 ccm-t, gyógyításra átlag 4 ccm-t fecskendez intramuscularisan. Védőoltásban 234 scarlatot még ki nem állott egyént részesített. A Dick-próbát akkor még nem ismertük, nem tudhatni, köztük hány volt tényleg fogékony. A menhelyen végzett kb. 150 oltás eredményéről *Torday Ferenc* számolt be. Saját megfigyelése 84 esetre szorítkozik, kik közül 3 betegszik meg az oltás után 3, ill. 4 hét mulva. A 84 eset közül 12 családban oltott 34 gyermek a scarlatos beteggel a betegség egész tartama alatt együtt maradt. Gyógyítás céljából 56 beteget oltott be. Ugyanazokat a jó eredményeket észleli, amiről előadó számol be. 6 esetben scarlat-nephritis esetén alkalmazza. Ezekben az esetekben is kedvező hatást észlel. Saját eredményeinek összefoglalása az „Erdélyi Orvosi Lap" 1923. évi május 1-i számában jelent meg.

Genersich E.: *Sondahalászás nyelőcsőszükületes gyermekeken.* A nyelőcsőszükületek kezelésében igen fontos szerepe van a *Hacker* által legelőször alkalmazott végnélküli sondázásnak. E kezelés keresztülvitelének előfeltétele az ú. n. sondahalászásnak, illetve fonalbevezetésnek sikeres elvégzése. Előadó a régebbi fonalbevezetési és sondahalászási eljárások megemlítése után ismerteti a Szent István-kórház gyermekosztályán jelenleg használatos Erdélyi-féle s előadó által módosított újabb, tökéletesebb, veszélytelenebb eljárást; valamint ismerteti a kihalászandó sonda bevezetésének különböző módszereit (szájon át, cardián át, oesophogoskoppal történő). Végül három sondázatlan betegről számol be, kik közül kettőn számos sikertelen sondabevezetési kísérlet után a fonalbevezetést mégis el tudta végezni olymódon, hogy a nyelőcsövet előzőleg laminariával tágította ki. A harmadik esetben a laminaria-kezelés a nyelőcső 8 cm hosszú szakaszának teljes anatomiai impermeabilitása miatt sikertelen volt. Részletesen ismerteti a laminaria-kezelés technikáját s e három eset kapcsán szerzett tapasztalatait.

Laub L.: Felnőtteken végtelen retrograd sondakezeléseket nagy számban végez, melyek mindenkor veszélytelenek és legtöbbször gyógyulást eredményeznek. Sondabevezetés sokszor csak oesophagoskopon át lehetséges és olyan esetekben is sikeres volt, mikor a beteg egy csepp vizet sem tudott lenyelni. A laminariával végzett retrograd tágítás a szükületek bizonyos eseteiben nélkülözhetetlen, mint azt ily módon kezelt esete is bizonyítja.

A budapesti Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztálya és a Magyar Phonetikai Társaság március 18-i együttes ülése.

Safranek J. elnök: mindkét egyesület nevében üdvözli a vendégelőadót. Kiemeli az előadás tárgykörének fontosságát a laryngologusok szempontjából, hangsúlyozza a laryngologia eminens jelentőségét a phoniatriában.

H. Stern prof. (Wien): *A laryngologia és phoniatria néhány vonatkozásáról.* I. Phonasthenia. Történelmi visszapillantás után kiemeli a subjektiv és az akusztikailag érzékelhető tünetek és a laryngoskopos lelet közötti incongruentiát. A phonasthenia kérdésének homlokterében a pathogenesis áll. Tekintettel arra, hogy az utóbbi időben számos olyan beteget észlelt, akiken a phonasthenia mellett asthenopia is fennállott, erre és egyéb analogiákra hivatkozással, valószínű az a feltevés, hogy a kifáradás oka nem localisan a larynxban, hanem centralisan keresendő. Az eddigi megfigyelések szerint nem minden énekphonastheniás szenved beszédphonastheniában és viszont nem minden beszédphonastheniás énekphonastheniában. Ebből az következik, hogy az éneklésnek és a beszédnek külön-külön centralis localisatiója van. Különösen érdekes a monosymptomás- és a pseudo-phonasthenia. Kimeritően ismerteti a hangzavarok klinikáját és therapiáját. A kezelés homlokterében az elektromos therapia, az inhalatio, a gége kiöblítése és az iontophoresis áll.

II. Tonsillektomia énekeseken. Az énekeseken és szónokokon a tonsillektomia javalata igen nagy gondosságot igényel. A túl radicalis műtétet ellenzi és azt ajánlja, hogy a trigonum lingualeban (plica triangularis) a mandulának kis részét hagyjuk benn, mert ily módon a szárazsági érzés által kiváltott későbbi panaszok meggátolhatók. A műtét után kb. 14 napon keresztül rendszeres hang-utókezelést tart szükségesnek, mert ezzel a zsugorodások és hegesedések bekövetkezése elkerülhető. A velum könnyed mozgásainak elérésére ajánlja, hogy megfelelő gyakorlatokkal a hang erősségét és terjedelmét fokozatosan emeljük. Az iontophoresis itt is beválik.

III. A hang öregedési tüneteinek okai és következményei. Különösen fontos a „saenium praecox vocis" elkerülése, ami hygienés életmóddal és helyes ének-, illetőleg beszédtechnikai módszerekkel érhető el. Involutiós folyamatok mellett fontos szerepet játszanak azok az általános megbetegedések, melyek az életfunctiókat, különösen az anyagcserét csökkentik (adipositas). *Stern* arteriosklerosis esetében a hang sajtságos fátyolozottságát észlelte (arteriosklerotikus paraphonia), amely nem túlságos előrehaladott esetekben az alapbaj megfelelő kezelésére visszafejlődik. Előadását a tremolálás különböző formáinak tárgyalásával és a „lámpaláznak" a beszédre, valamint az éneklésre gyakorolt hatásának ismertetésével fejezi be.

Safranek J. elnök: Hálás köszönetet mond előadónak rendkivül érdekes és jórészt saját buvárkodása eredményeit feltüntető tanulságos előadásáért.

Megjegyzés Jung G. „Cholecystectomia idealis" cikkére. (O. H. 19. sz.)

A fenti cím alatt megjelent cikk részletes okfejtéseivel híven tükrözi vissza azt az álláspontot, amelyet a köveket tartalmazó epehólyag eltávolítása után, avagy a követ tartalmazó choledochus megnyitása, a kő eltávolítása, és a sebnek bevarrása után a hasseb kezelését illetőleg annak idején elfoglaltam és felsorolja mindazokat, akik ezt a módszert rajta kivül alkalmazták, csupán éppen felőlem, volt mesteréről feledkezett meg, akitől ezelőtt 30 esztendővel ezt az eljárást, mint a klinikám műtőnövendéke alkalmazni látta és indokolását tudomásul vehette.

Kleckner, Elischer, akik ezt az eljárást jelenleg is mint uralkodó módszert használják, *Ádám, Manninger,* akik elvben elfogadták — ami valószinűleg annyit jelent, hogy alternative használják — valamennyien a klinikámból kerültek ki. *Kleckner* és *Jung* saját maga pedig munkatársai a klinikám 1907—1908-iki évkönyvének, amelyben *Holzwarth Jenő dr.,* ezt az évek óta nálunk gyakorlatban levő eljárást leírta. Ugyanott leírja azt is, hogy a choledochust is a kő eltávolítása után azonnal bevarrom és utána a hassebet elzárom. Alapfeltétel persze a legszigorúbb asepsis. De mi van enélkül?

Azt hiszem, hogy nem csökkentem *Jung Géza* főorvos úr érdemeit, amelyeket ezen sok előnyökkel járó eljárás propagandája körül szerez, amidőn erre emlékeztetem.

Dollinger Gyula prof.

VEGYES HIREK

Az orvosegyesületi ülések napja. (Levél a Szerkesztőhöz.) A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1936. május hó 16-án tartott ülésén az igazgató-tanács határozatával szemben elfogadta *Wolff Károly* azon indítványát, hogy az ülések szombat helyett pénteken tartassanak. Néhány év előtt *Ratkóczy Nándor* indítványára az áthelyezés megtörtént, de az eredmény az ülések elnéptelenedése volt, úgy hogy *Báró Korányi Sándor* javaslatára az ülések napjául újból a szombat estét választottuk.

Wolff Károly indítványa igen sympatikus, de nem számol az orvosi rend mai helyzetével. A Week-end előfeltételei hiányoznak. A szombat délután felszabadítását főleg az intézeti, kórházi s klinikai segédszemélyzet kedvéért óhajtja, csakhogy éppen ezen Collegák helyzete olyan, hogy jó, ha a vasárnap délelőttjét vagy délutánját szánhatja kirándulásra. Amikor a klinikák és kórházak orvosai túlnyomó számának nincs fizetése s akinek van, annak 120 pengő vagy kevesebb, akkor weekendezésre angol értelemben nem gondolhatnak. E mellett gondolni kell vidéki tagjainkra, kik más napra, mint szombat estére nem is jöhetnének fel. Végül figyelembe kell venni, hogy amint azt *Zelovich Kornél* olyan találóan jegyezte meg: a cerebrum fontosabb mint a biceps.

Nem kételkedem, hogy rövidesen újból visszahelyezik az ülések napját. A május 16-iki ülésen az indítványt pártolók szép számmal jelentek meg, a tudományos ülések rendes látogatói gyéren, általában sajnálatosan kevesen hallgatták meg a szép elnöki megnyitót, mely tömör áttekintést nyujtott az orvosi tudományok fejlődéséről az egyesület 100 éves fennállása alatt. A tagok alig 10%-a volt jelen, az apathia komoly és aggasztó jelensége. De bíznunk kell abban, hogy a centennárium évében az egyesület tudós és erélyes elnöke az ülések idejének alkalmatlan volta ellenére is olyan programmot fog összeállítani, hogy az ülésterem nem marad üresen.

Grósz Emil dr.,
a Budapesti Kir. Orvosegyesület egyik legrégibb tagja.

Továbbképző előadások Gyulán. A gyulai vármegyeházán az orvosi továbbképzés keretében *Johan Béla dr.* belügyi államtitkár nagyszámú és előkelő közönség előtt előadást tartott a belügyi kormányzat közegészségügyi terveiről. Vázolta az egész nemzet egészségvédelmének tervszerű megszervezésére irányuló törekvéseket, a már folyamatban lévő munkálatokat és azt a leegyszerüsitett munkarendszert, amelyben a belügyi kormányzat egészségvédelmi munkáját a társadalom alapjának, a családnak az egészségvédelmét építi fel. Hasonló elgondolások alapján az egészségvédelem rendszerbe foglalt egységének szükségét, különösen az iskolásnövendékek egészségügyi gondozását világította meg *Perjéssy Kálmán dr.* orvosfelügyelő. Az orvosi továbbképzés során még *Vámossy Zoltán dr., Miskolczy Dezső dr.* és *Waltner Károly dr.* egyetemi tanárok tartottak szakelőadásokat.

Nemzetközi szemészeti congressus Cairóban. A 15-ik nemzetközi szemészeti congressust Cairóban 1937. december 8—14-ig tartják. Két főthemát tüztek ki: 1. Az ideghártya ereinek arteriás hypertensiója. Bevezető: *Wagener.* Referensek: *Bailliart, Koyanagi.* 2. Endokrinologia és szem. Bevezető: *Snapper.* Referensek: *Szily Aurél, Imre József, Jeandelize, Lacarrère, La Cascio.* Igen örvendetes, hogy két magyar referens van.

Javaslat a thallium-mérgezések elkerülésére. A legjobb tudással felkészült orvos szépen ivelő pályáját is derékban törheti az a szerencsétlenség, mely valamely gyógyszer elirásából, illetve túldosirozásából származik. A dosis helytelen kiszámitása a patiens életébe kerül, a katastropha összes következményei sujtják a jóhiszemü orvost, ki életének felét tanulással töltötte, hogy tudását embertársai javára fordithassa. Az utóbbi években a thallium aceticum volt az a gyógyszer, melynek túladagolása a legtöbb halálos szerencsétlenséget okozta. A thallium adagja 0.008 gr pro kg. A gyermekgyógyászok orvosi gyakorlatában a pro kg és pro év szerinti gyógyszeradag kiszámitás az általánosan megszokott és a recepturában már arra idegződtünk be, hogy a gyógyszer adagját a csecsemő, illetve gyermek korának, súlyának megfelelően állapitsuk meg, illetve számitsuk ki. Az általános orvosi gyakorlatot folytató orvosok és egyéb szakos orvosoknál ez szokatlan és kétségtelen, hogy a tévedéseket nem is a dosis nagyságának nemtudása, hanem a receptirás emlitett vonatkozásában levő rutinjának hiánya okozta.

Hogy a thallium-mérgezéseket elkerüljük, a következő egyszerü eljárást ajánlom: A thallium *csak 8 mg.-os* tablettákban kerülhessen forgalomba. Az orvosnak nem kell mást tenni, mint annyi tablettát felirni, ahány kilogramm súlyú a patiens. Ha 18 kg, akkor 18 tablettát, ha 23 kg, akkor 23 tablettát és igy tovább. A patienst megméri az orvos, megmérheti a gyógyszerész és egyiknek sem kell számitást és milligrammokkal szorzásokat végezni, ami azt hiszem éppen a thalliummal a sok tragikusan végződött eset miatt nem történhetik gátlások és izgalmak nélkül.

A 8 mg-os tabletták forgalombahozatalával visszaadhatjuk a thalliumot a hivatásának, melyet, mint tapasztalatból tudom, az orvosok egy része szükség esetén sem mer felirni.

Welvárth Dezső dr.
gyermekorvos.

A Nyomorék Gyermekek Védelmére Alakult Nemzetközi Egyesület (International Society for Crippled Children) legutóbb Hágában tartott Világcongressusán elhatározta, hogy legközelebbi Világconferentiáját Budapesten tartja. A m. kir. kormány, valamint Budapest szföv. meghivását Hágában *Horváth Mihály* prof. tolmácsolta és a Congressus több meghivás közül nagy lelkesedéssel egyhangúlag Magyarország mellett döntött.

Az International Society 1928-as genfi, 1931-es hágai conferentiája után nagyon megtisztelő Magyarország részére az, hogy a III. Világcongressus Budapesten fog összeülni jún. 29—júl. 4-ig.

A congressus magyar elnöke *Johan Béla* belügyi államtitkár, társelnökei *Verebélyi Tibor* egyet. ny. r. tanár, vitéz *Simon Elemér*, a Magyar Vöröskereszt elnöke és *Horváth Mihály* egyet. rk. tanár.

Előzetes tárgysorozat: *június 28-án:* vasárnap este ismerkedés a Hungária-szállóban (Vacsora tetszés szerint.) — *június 29-én:* hétfőn, rövid tudományos ülés után, megtekintik a várost és azokat az intézményeket, amelyek a nyomorékságok gyógyitásával és a nyomorékok nevelésével foglalkoznak. — *június 30-án:* kedden hivatalos megnyitás és beszámoló az I. és II. Világcongressus eredményeiről. Délután a megelőzés kérdése és a nyomorékságokkal foglalkozó kiállitás megnyitása van tervbe véve. — *július 1-én:* szerda délelőtti tárgysorozaton a klinikai gyógykezelések és a kórismézések szerepelnek. A délutáni tárgykör a kórház és az utókezelés kérdéseit öleli fel. — *július 2-án:* csütörtökön, a Magyar Gyógypedagogiai Társasággal együttes ülés keretében a nevelés kérdése kerül megvitatásra. Hozzászólnak Anglia, Magyarország, az Egyesült Államok, Csehszlovákia, Németország, stb. előadói. A délutáni tárgysorozat a mesterségre képzést és a kiképzetteknek elhelyezését foglalja össze. Ismét több ország képviselője szól a kérdéshez. — *július 3-án:* pénteken, délelőtt a nevelési kérdés folytatólagos tárgyalása következik. A délutáni rövid gazdasági ülés után Budapest gyógyfürdőit tekintik meg.

Ez az előzetes programm váza, amely természetesen az előadók megjelenése miatt és az adott körülmények szerint még némi változást szenvedhet.

Egy-két hivatalos fogadtatás, esetleg szinházlátogatás, együttes vacsora és a hét végére tervezett balatoni és egyéb vidéki kirándulások fogják a tárgysorozatot kiegészíteni, amely úgy tudományos, mint egyéb tekintetben remélhetőleg kielégíti a résztvevőket.

A Congressussal kapcsolatban nyilik meg a Népegészségügyi Múzeumban (VI., Eötvös u. 3. sz.), a Szakkiállítás, mely a fogyatékosságok kérdésével foglalkozik. Az elnökség ezúton is felkéri az érdeklődőket, hogy a kiállitásra alkalmas anyagot (kép, modell, fénykép, eredeti tárgy, stb.) a kiállítás rendelkezésére bocsátani sziveskedjenek. A kiállítás ügyében felvilágositás d. u. 4—6 óra között, Telefon: 29—8—67. sz. a. kapható.

A Congressus tagsági dija P 20.—

Congressus ügyben felvilágositást nyujt minden nap 4—6 óra között: *Horváth Boldizsár* dr. egyet. m. tanár, a congressus főtitkára, Budapest, IV., Semmelweis-u. 9. Telefon: 39—3—66.

Az Orvostanhallgatók Segitő és Önképző Egyesülete 1936. május hó 9-én tartotta évzáró közgyülését. Az Egyesület activ munkáját már egy-két adattal is megvilágithatjuk. Az Egyesület állami támogatásban jóformán alig részesül, szemben más diákegyesületekkel. Tagjainak és vezetőségének lelkes és odaadó, szorgalmas munkájának eredménye az a sok segély és kölcsön, melyekkel számos szegénysorsú medikusnak szereztek tanulásuk folytatásához meleg szobát és mindennapi kenyeret. Adatok az évi munkából: segélyekre kiutaltak 2500 pengőt, kölcsönökre 700 pengőt. Az év folyamán ruha-, mensa- és könyvsegélyben részesitette az Egyesület 65 tagját. A nyári hónapokra 90 bel- és külföldi ingyenes famulusi helyet biztositott az Egyesület tagjainak gyakorlati tudásának bővitése céljából. Ezzel a mult évben megindult famulusi ösztöndijak számát majdnem a *tizszeresére* emelték! A közgyülés végén az Egyesület tagjai nagy hálával emlékeztek meg a medikusok önzetlen pártfogóiról. Különösen *Végh János dr.* tisztifőorvos neve vésődött mélyen szivükbe, aki nobilis adományával módot adott az Egyesületnek, hogy segitse az arra rászorulókat.

Eladó könyvtár. *Magyary Kossa Gyula* professor könyvtárát feloszlatja s az érdeklődők rendelkezésére bocsátja. Számos szakmunkán kivül kapható az Orvosi Archivum 27 évfolyama (1891—1918), az Orvosi Hetilap több évfolyama és egyes számok, azonkivül a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társaság régebbi kiadványai. Érdeklődni lehet az Állatorvosi Főiskola Gyógyszertani Intézetében (Rottenbiller-u. 23.).

Kimutatás 1936 május 10-tól 16-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) s halálesetekről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphteria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis.		Morbilli.	Influenza.	Malaria.	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mb.	Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.411	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
3. Baranya	251.620	4	—	3	—	4	1	4	—	—	—	—	—	6	2	16	—	—
4. Békés	335.874	—	1	—	1	6	—	2	—	—	—	1	—	28	—	2	—	—
5. Bihar	180.415	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	—	—	1	—	1	—	3	—	—	—	—	—	29	—	1	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	1	1	3	1	3	—	11	—	1	—	—	—	28	—	—	—	—
8. Csongrád	148.353	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	17	—	—	—	—
9. Fejér	231.165	1	—	—	—	3	—	5	—	—	—	—	—	129	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	61	—	1	—	—
11. Hajdu	182.047	—	1	2	—	3	—	2	—	—	—	—	—	19	—	2	—	—
12. Heves	322.207	3	—	1	—	—	—	5	—	1	—	—	—	4	3	1	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	420.142	1	—	5	2	10	—	9	—	—	—	—	—	166	—	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	1	—	1	—	3	—	5	1	—	—	—	—	9	2	—	—	—
15. Nográd és Hont	227.958	1	—	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—	91	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,437.226	13	1	2	—	14	1	41	—	—	—	—	—	179	3	2	—	—
17. Somogy	389.792	—	—	—	—	2	—	5	—	—	—	—	—	196	—	22	—	—
18. Sopron	143.128	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	2	—	2	—	5	—	10	1	—	—	—	—	104	—	5	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	4	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	2	—	17	—	—
21. Tolna	267.133	3	—	—	—	—	—	7	—	1	—	—	—	102	—	—	—	—
22. Vas	273.776	2	—	—	—	2	—	4	—	—	—	2	—	9	—	2	—	—
23. Veszprém	246.551	3	—	—	—	4	—	5	—	—	—	—	—	46	—	1	—	—
24. Zala	368.371	3	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	134	—	11	—	—
25. Zemplén	149.043	2	—	—	—	1	—	7	1	—	—	—	—	28	—	1	—	—
I. Baja	29.791	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1.035766	7	2	8	—	33	1	36	1	1	—	—	—	138	—	—	—	—
III. Debrecen	122.825	—	—	1	—	2	1	6	—	—	—	—	—	8	—	2	—	—
IV. Győr	50.828	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.659	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	27	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.399	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	6	—	1	—	—
VIII. Pécs	67.527	1	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	1	2	1	—	—
IX. Sopron	36.023	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.287	2	—	2	1	3	—	2	—	—	—	—	—	26	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen:	8,898.367	57	6	31	5	119	6	190	4	4	—	3	1	1597	12	90	—	—
Előző évben:		49	5	24	1	138	4	164	4	1	1	3	—	1407	12	58	16	1

CSECSEMŐ DYSPEPSIÁNÁL

kitünően bevált gyógytápszerek:

ZABPEHELY

„KROMPECHER"

a kezelést bevezető saccharinos zabnyák készitésére, majd a tej higitására, miáltal a caseinnek jól emészthető, finom pelyhekben való kicsapódása biztosíttatik.

CAPHOSEIN

magyar tejfehérje,

az erjedéses bélflóra átalakitására, az erjedéses savak lekötésére, erélyes calciumhatás céljára, mint adsorbens stb. Az erjedéses dyspepsiák szuverén szere.

Mindkét készitmény az O. B. A., O. T. I. és a legtöbb **B. B. intézet** terhére **szabadon** rendelhető.

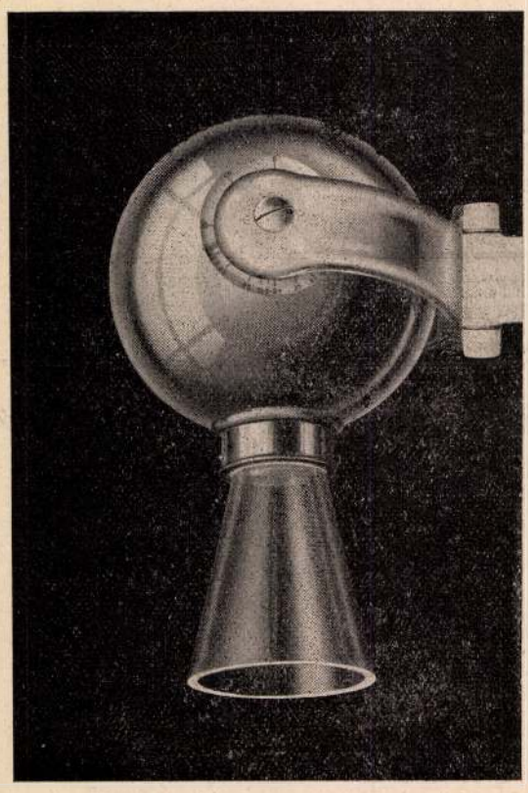
KROMPECHER gyógyszer- és tápszeripari k. f. t. Budapest, V., Nádor-utca 15.

PANTAL **A hashajtók ideálja az orvosok PANTAL-ja!** CHINOIN

A Magyar Orvosi Nagyhét hatodik ülésszakát ez évben június 1—6-ig tartja Budapesten. Az ülések a József nádor műszaki és gazdaságtudományi egyetem termeiben lesznek (Müegyetem-rakpart 3.), melynek napirendje a következő:

Junius 1. Hétfő	Junius 2. Kedd	Junius 3. Szerda	Junius 4. Csütörtök	Junius 5. Péntek	Junius 6. Szombat
Tanácsterem 3/4 9 ó.: Szövetség tanács. 9 ó.: Diszterem Megnyitó ülés. 10 ó.: Chemiai tanterem Együttes ülés. Késői lues. Bevezető előadás: Nékám Lajos (M. D. T.) Engel Károly és Sarbó Artur (M. B. E.) Szakelőadók: M.P.T.: Entz Béla (Pécs) M. H. T.: Doros Gábor (Bpest) M. D. T.: Guszman József Bpest) M. E E.: Miskolczy Dezső (Bpest) M. F. G. E.: Safranek János és Rejtő Sándor (Bpest) M.O R. E.: B. Pap Lajos M. O. T. E.: Országh Oszkár (Bpest) M. S. T.: Verebély Tibor (Bpest) M. Sz. T.: Albrich Konrád (Pécs) D. u. 1/2 6 órakor Vita.	9 ó.: MBE. *R.:* A keringés elégtelensége. a) *Boros:* A szív szerepe a keringés elégtelenségében. b) *Rusznyák:* A műtétutáni collapsus.	9 órakor: **M.B.E. és M.P.T.** R.: *Borsos-Nachtnebel és Heténvi Géza:* A mészanyagcsere kór és gyógytana.	9 órakor: M.S.T. és M.E.E. A gerincvelő sebészete. *Winternitz A. és Somogyi István:* Párhuzamosan: 9 órakor M. P. T. *Zalka:* Basedow. 1/2 10 ó.: M.O.T.E. *Szél:* Calmette-akció statisztikája.	9 ó.: M.S.T. *Kopits:* Gerinc. Párhuzamosan: M.N.T.: Eklampsia. R.: *Gyulay és Strobl,* M.O.T.E. M.P.T. M.Gy.E. Fertőző-betegségek, *R.:* Bosányi M.F.O.E.	9 órakor: M.Gy.E. *Lénárt* Belső secretio. M.D.T.: Konsttució és bemutatás. (Bőrklinika) M.F.O.E. M.N.T.
D é l u t á n					
	5 órakor: M. H. T. 6 ó.: M. B. E. R.: c) *Dobozy:* A vér depók. d) *Groák:* A véna rendszer. e) *Razgha:* Anyag csere megváltozása.	6 órakor: M. B. E. R.: Belső betegségek traumás eredete. *Csépai Károly és Hajós Károly*	4 ó.: M. P. T. 5 ó.: M. O. T. E, 1/2 6 ó.: M. S. T.	5 ó.: M. O. T. E. 4 ó.: M. P. T. 5 ó.: M. D. T. Konstitució a dermatologiában. 5 ó.: M. N. T. 1/2 6 ó.: M. S. T. M. F. O. E.	5 ó.: M.D.T. (Bőrkl.) M.SZ.T. (I. Szemkl.) M. N. T. 1/2 6 ó.: M. Gy. E, Orosz: Subfebrilitas a gyermekkorban. 6 ó.: M. U. T.

Röviditések: *M. B. E.* Magyar Belorvosok Egyesülete, *M. D. T.* Magyar Dermatologiai Társaság. *M. E. E,* Magyar Elmeorvosok Egyesülete. *M. F. O. E.* Magyar Fogorvosok Országos Egyesülete. *M. F. G. E.* Magyar Fül és Gégeorvosok Egyesülete. *M. Gy. T.* Magyar Gyermekorvosok Társasága. *M. H. T.* Magyar Hygienikusok Társasága. *M. N. T.* Magyar Nőorvosok Társasága. *M. O. R. E.* Magyar Orvosok Rheuma Egyesülete. *M. O. T. E.* Magyar Orvosok Tuberkulózis Egyesülete. *M. P. T.* Magyar Pathologusok Társasága. *M. S. T.* Magyar Sebész Társaság. *M. Sz. T.* Magyar Szemorvosok Társasága. *M. U. T.* Magyar Urologiai Társaság.



Kórteremben és lakásban

röntgenfelvételre

SIEMENS-

röntgengolyó

a technika csodája!

Átmérője: 22 cm.

Súlya: 11 kg.

Medencefelvétel Bucyval: 9 mp.

Díjtalan bemutatás:

MAGYAR SIEMENS-REINIGER-MŰVEK RT. RÖNTGEN- ÉS ORVOSTECHNIKAI GÉPGYÁR

BUDAPEST, VI., NAGYMEZŐ-UTCA 4. :: TELEFON: 24-3-96.

HETIREND

A Magyar Röntgentársaság május 25-én este 7 órakor az Apponyi Poliklinika üléstermében tartandó ülésének tárgysorozata: Bemutatás: *Vidor Jenő:* Ellentmondás a gyomor tumoros röntgenlelete s a műtéti lelet között. — Előadás: *Schuster Gyula:* Ujabb tapasztalatok az enkephalographia terén.

Tudományos ülés után közgyülés.

A Közkórházi Orvostársulat május 27-én tartandó ülésének tárgysorozata: Bemutatások: 1. *Szabó Márton:* Áthatoló inhártyasérülés gyógyult esete. 2. *Varga Péter:* Tömeges trichinosis esetek. Aranyinjectio után keletkező aranypigment. — Előadások: *Hauber László:* Gyomortuberculosis. *Liteczky Andor* és *Bodrogi György:* Az A és B epe bakteriologiai leleteinek klinikai értékelése.

A Magyar Orvosok Röntgenegyesülete május 27-én délután 6 órakor tartandó ülésének tárgysorozata: — Bemutatások: *Kovács Ákos:* A Brünni Rákkórház Röntgenosztályának ismertetése. — *Dr. ing. Német Antal* (m. v.): Metrion integráló dosismérő. — Előadás: *Jakob Mihály:* A csigolyatest-defectusok jelentősége a röntgendiagnostikában.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika Orvosai Tudományos Társulásának május 27-én este 7 órakor a Poliklinika disztermében tartandó évzáró ülésén a *Gróf Apponyi Albert emlékelőadást Gózony Lajos* e. magántanár tartja: „Dispositio és fertőző betegségek" címmel.

A Magyar Orvosi Könykiadó Társulat jubiláris ünnepi közgyülését június hó 8-án, hétfőn d. u. 6 órakor tartja meg a bőr- és nemikórtani klinika tantermében. Az ünnepi beszédet *Ugron Gábor* volt miniszter mondja: „Az orvos és a socialis egészségügyi praeventio" cimen.

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-UT 52., III. em. (lift)**

„Mária Valéria" közkórház Balassagyarmat.

1033/1936. Kig. szám.

Pályázati hirdetmény.

A Nógrádvármegyei „Mária Valéria" közkórházban újonnan szervezett alorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása a 124.000/926. N. M. M. sz. miniszteri rendeletben megállapított fizetés, 1 szobából álló lakás és tiszti élelmezés, amelyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. Pályázhatnak nőtlen, illetve hajadon orvosdoktorok. A kinevezés 1 évre szól, amely további 2—2 évre pályázat mellőzésével meghosszabbítható. Magángyakorlat nincs megengedve. Sebészi gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek.

A szabályszerüen felszerelt pályázati kérvények 1936. július 4-én déli 12 óráig Méltóságos dr. Soldos Béla főispán úrhoz címezve a kórház igazgatójához nyujtandók be. A kérvényhez mellékelendők: születési bizonyítvány, orvosdoktori oklevél, esetleges eddigi működést igazoló bizonyítványok, illetve ezek hiteles másolatai.

Balassagyarmat, 1936. május 15-én.

Dr. Kenessey Albert s. k.
igazgató főorvos.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

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.

Igen aktiv Bismuth oldat

Colubismuth

Magas jódtartalmu bismuth komplex só vizes oldata a lues minden stadiumának eredményes kezelésére. Teljesen fájdalmatlan! Tiszta kezelés.

Dr Bayer Ftsa.

Gyors felszívódása és kumulatiomentes kiürülése folytán a primär affectiók souverén szere!

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.

CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN

Magas vérnyomás, climacteriumi érzavarok kezelésére:

CHOLPARIN-CHINOIN

Főhatóanyaga cholinchlorhydrat.

Per os szedhető

20 tablettás eredeti phiola

CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN

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

80. évfolyam. 22. szám. Budapest, 1936. május 30.

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.

PHYLAXIA Szérumtermelő R.-T.
Budapest, X., Szállás-utca 3. sz.
Human-laboratorium és városi megrendelőhely: VII., Rottenbiller-utca 26
Távbeszélő: 37-8-09

Egyedüli magyar szérumkészítmények:

»PHYLAXIA« Diphtheria-szérum 1–20.000 I. E töltésben tisztított és koncentrált alakban is
»PHYLAXIA« Diphtheria-anatoxin védőoltáshoz
»PHYLAXIA« Diphtheria-anatoxin-csapadék védőoltáshoz
»PHYLAXIA« Vörheny elleni szérum és Dick-féle védőoltóanyag
»PHYLAXIA« Tetanus elleni szérum
»PHYLAXIA« Serotyp vércsoport meghatározó sav

Dr. PÁPAY-féle oltóintézet és szérumtermelő rt. Budapest, IX. ker. Lónyay-u. 12. Telefon: 85—5—63.

NEUROLYSIN bacterium autolysatum.
Neuralgiák, neuritisek és ischias kezelésére.
Intramuscularis injectiok másodnaponta.
Engedélyezve: valamennyi betegségbiztosító intézetnél.

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

STERIL-KUHN-KATGUT
MAGYAR KATGUTÜZEM KFT.
Budapest, VII., Vilma királynő-út 33
Tökéletesen megbizható!
Magyarországon évtizedek óta ismerik, használják, becsülik!

A RICHTER-féle organotherapiás

és hormon-készítmények

mindig a tudományos kutatások haladásának megfelelően, a legmodernebb eljárások segítségével, a legpontosabban standardizálva, a biologiai és a klinikai vizsgálatok állandó ellenőrzése alatt kerülnek forgalomba!

Glandubolin Izolált tüszőhormon

Glanduantin Hypophysis elülső lebeny gonadotrop-hormon

Anteovin Glandubolin-Glanduantin komb.

Antetestin Glanduantin-Testiculi komb.

Thyreoidea „Richter"
0·10, 0·30 és 0·50 grammos tabletták és injectio

Myofort Harántcsíkolt izomkivonat

Insulin „Richter" Megbízható, fájdalmatlan

Perhepar Fokozott hatású májkészítmény

Parathyreoidea „Richter" Tabl. és inj.

Paracals Parathyreoidea-hormon és calcium-gluconat kombinációja

Glandiposan Kóros elhízás ellen

Testiculi forte „Richter"

Testiculi „Richter" Friss herekivonat

Cortigen Mellékvesekéreg-kivonat

Glanduitrin Hypophysis hátsó lebeny-kivonat

Inarsunin Insulin és arsen kombinációja

Luteoantin Terhes serumból nyert gonadotrop-hormon

Pankrin A hasnyálmirigy fermentumai

Tonogen Mellékvese-hormon

80. évfolyam. 22. szám. Budapest, 1936. május 30.

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 REUTER KAMILLÓ JENEY ENDRE

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Stief Sándor és **Csajághy Márta**: Adat a tükörírás agykérgi localisatiójához (503—504. oldal).
Sándor István: Az A-vitamin helybeli alkalmazása sebkezelésekben (505—507. oldal).
Dzsinich Antal és **Szent-Györgyi Nándor**: A lambliasis pathogenesiséhez (508—510. oldal).
Szentkirályi Zsigmond: Akrodermatitis atrophicans 13 éves leányon (510—511. oldal).
Fazakas Sándor: Veleszületett kétoldali atypikus szivárványhártyarés (511—513. oldal).
vitéz Czabafy András: Thrombopeniához társult idült fekélyes colitis (513—514. oldal).
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései (95—98. oldal).
Lapszemle: Sebészet. — Szülészet. — Szemészet. — Orr-, — torok-, — gégegyógyászat. — Gyermekgyógyászat. — Börgyógyászat. — Urologia. — Elméleti tudományok (514—521. oldal).
Könyvismertetés: (517—518. oldal).
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (518—521. oldal).
Vámossy Zoltán: Eötvös Lóránd rádium- és röntgenintézet (521—522. oldal).
Héjja Pál: A rák kétszázéves leírása (522. oldal).
Magyary-Kossa Gyula: Stáhly Ignác szerepe a pesti kolerazavargásokban (1831.) (522—525. oldal).
Vegyes hírek: (525—526. oldalon s a borítólap III. és IV. oldalán).

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Ferenc József Tudományegyetem ideg- és elmeklinikájának közleménye (igazgató: Miskolczy Dezső ny. r. tanár).

Adat a tükörírás agykérgi localisatiójához.

Irták:

Stief Sándor dr. egyet. c. rk. tanár és *Csajághy Márta dr.* egyet. tanársegéd.

A tükörírás kérdése már régóta foglalkoztatja az ideg- és elmeorvosokat. Gyengeelméjüek között a tükörírás gyakori jelenség. Sokszor észlelhetjük balkezeseken, továbbá élettanilag a gyermekkorban, különösen akkor, amikor a gyermek írni és olvasni tanul. Irástudatlan felnőtteken az írás tanulásánál olykor szintén megjelenik. *Pfeifer* egy orosz hadifogoly analfabetát megtanított arra, hogy balkezével rendesen írjon le néhány szót, az illető jobb kezével ugyanezeknek a szavaknak a leírásakor azonnal tükörírásba kezdett.

Az agyvelő bizonyos betegségeiben szintén találtak tükörírást. Igy *Hanse* aluszékony betegeken, agyrázkódás és szesz mérgezés esetében észlelte. *Critchley* comában és narkosisban levő betegeken ugyanezt a megfigyelést tette. Ugy látszik tehát, hogy az agyvelőnek mindazok az állapotai hajlamosítanak tükörírásra, amelyek a tudat elborulásával járnak. *Critchley* szerint a tükörírás olyan egyéneken is észlelhető, akik veleszületett színvakságban szenvednek, ami a baloldali gyrus angularis világrahozott defectusára hivja fel a figyelmet.

A tükörírás kórmechanismusát és helyét illetően az egyes feltevések a fali lebenyre, a Liepmann-féle baloldali praxia-középpontra, a gyrus angularisra gondolnak. *Pfeifer* szerint a baloldali praxia középpontból kiinduló írási impulsus a jobb oldali megfelelő középpontra is átterjed, ami azután a bal kéz tükörképszerű elrendeződésének megfelelően ellentétes (symmetriás) mozgási tendenciára vezet. Az ilyen együttes mozgások célszerűtlensége folytán azonban az ember hamar megtanulja elnyomni bal kezének ezt a tükörképszerű mozgási hajlandóságát. Valószinünek tartja, hogy a *baloldali* praxia középpont *maga* végzi automatikusan ezt a gátlást. De magasabb akaratos lelki mechanismusok ezt a gátlást kétségtelenül erősithetik.

Hanse esetei kapcsán újabban arra a következtetésre jut, hogy a tükörírás olyan egyéneken fordul elő, akik a betük emlékképeit nem tudják kellőképpen rögzíteni és feleleveníteni, ezért a gyrus angularis sérülésére gondol.

Magunk*) korábban a symmetriás együttes mozgásokat illetően arra a következtetésre jutottunk, hogy ezeknek a keletkezéséhez a fali lebeny (lob. parietalis superior) sérülésére van szükség. Ezt az elgondolásunkat később e kéregterület lehűtésével előidézhető együttmozgások megjelenésével sikerült igazolnunk.**) Szerintünk az agykéreg ezen feltételezett gátlási területének a megbetegedése azoknak a gátlásoknak az elmaradását vonja maga után, amelyek azonos izom-középpontok izgalmát, illetőleg az ezeknek izgalma által kiváltott symmetriás mozgási effektusokat elnyomni törekednek. Ha azonban ugyanilyen feltételek mellett bonyolultabb cselekvések esetén, pl. íráskor az az impulsus erősebb, amely a térben azonos irányú (identikus) mozgási tendenciát okoz, úgy ez az erősebb impulsus mintegy kiiktatja, illetve nem engedi érvényesülni a fentebbi gátlási mechanismust (felső fali lebeny) és íráskor identikus mozgásokat eredményez. De ha az az impulsus, amely az identikus mozgási tendenciákat okozza, (praxia-centrum, gyrus angularis) kisebb fokú — mert talán ez a központ beteg, — akkor az íráskor a gátlás elmaradása symmetriás együttes mozgásokat, tehát *tükörírást* fog eredményezni.

Mindezek az elgondolások azonban egyelőre csak *klinikailag* többé-kevésbé igazolt feltevések. *Bonctani* megfigyeléseket ugyanis eddigi tudomásunk szerint tükörírás kapcsán alig végeztek. Ezért az alábbiakban egy olyan idevágó esetet ismertetünk, amely *boncolásra* került.

---

*) *Stief* és *Dancz*: Deutsche Z f. Nervenheilk. 133. kötet.

**) *Stief* és *Joó*: Psych. Neurol. Wsch. 37. kötet. 9. szám. (1935)

Cs. S.-né, 33 éves. Felvétetett 1935. augusztus 29.

Kórelőzmény: Családi terheltség nem mutatható ki. Két év óta gyakran fáj a feje, szédül. Felvétele előtt 5 héttel hirtelen annyira megszédült, hogy nem tudott állva maradni, le kellett feküdnie. Azóta fejfájásai fokozódtak, gyakran minden előzetes émelygés nélkül hányt. 3 hét óta rosszul lát. Olykor kettőslátása van. Jobb karja zsibbad, jobb oldali végtagjai ügyetlenebbek. Járása pár hét óta bizonytalan.

Testi vizsgálat: Jól fejlett, pyknikus alkatú. A koponya kopogtatásakor a bal fali és nyakszirti tájon érzékeny. A bal szem látása gyengült. Mindkét oldali látótér, de főleg a bal, concentrikusan beszűkült. Mindkét szemfenéken pangásos papilla. A bal pupilla szabálytalan szélű és tágabb, fényreactiója renyhébb. A bal felső szemhéj ptotikus. Extrem jobbra tekintéskor a bal bulbus kissé elmarad. A jobb arcideg alsó ága paretikus. A nyelv kiöltéskor kissé balra tér ki. A bal lágyszájpad íve mélyebben áll. A végtagok izomereje csökkent, tonusuk enyhén fokozott, különösen a jobb oldalon. Az in és periostealis reflexek jobb oldalon fokozottabbak. Kóros reflexek nem észlelhetők. A beteg járása bizonytalan, csukott szemmel balra dől. Mutatási kisérlet alkalmával a jobb kéz enyhén kifelé mutat. Testszerte enyhe hyperaesthesia. Érzéskiesést nem észlelünk. Associatiós jellegű aphasia. A spontan beszédben szótalálási zavar észlelhető. Gyakran perseverál. A szótalálás zavara olvasás alkalmával is fellép. Agraphia nincs. Feltünő és állandó a beteg *tükörírása*, mely két kézzel együttesen végzett íráskor éppúgy megjelenik, mint egyedül a balkézzel íráskor. Két kézzel egyszerre történő rajzoláskor szintén tükörképszerű mozgások támadnak a bal kézben. A tükörírást a beteg felszólításra el tudja nyomni, de ha figyelmét elterelj ük, újból megjelenik. A beteg ballábával szintén tükörképszerű ábrákat rajzol a levegőbe, illetve symmetriás mozgásokat végez. Egyébként symmetriás együttmozgást nem észleltünk. Apraxiát, astereognosiát, akalkuliát, valamint agnosiát nem találtunk. Tapintás-lokalizálás, ujjmegnevezés és irány-felismerés rendben van. Színfelismerés jó. Fogó-szopóreflexet, tonusos nyaki reflexet nem észleltünk. Psychésen a beteg nagy fokban gátolt, apathiás, aluszékony.

A koponya röntgen-felvételén kissé kimélyült sella látható, melynek a hátsó fala és az alapja elvékonyodott. Enkephalographiás felvétel: a kamrák levegővel nem telődtek. IX. hó 10-én a betegen nyomásszüntető trepanatio történt (a jobb halántéktájon). IX. 13-án meghalt. A *kórboncolás* a belső szervek részéről mellékvese adenomán kivül semmi lényeges eltérést nem mutatott. Az agydomborulaton a mütét területében a jobb halántéki lebeny elődomborodott. Ugyanitt lágyulás és subarachnoidealis vérzés látható, mely utóbbi az agyalap és az insula vidékére is leterjedt. Az egész bal halántéki lebeny nagyobb tömegü, tapintata puhább. A frontalis korongon már az oralis metszeteken is feltünik, hogy a bal félteke fehérállománya nagyobb kiterjedésü. A bal oldalkamra összenyomott. A temporalis polus síkjában ejtett metszési lapon és az azt követő korongokon az egész halánték lebeny területét elfoglaló, elég jól elhatárolt daganat van. A daganat hátrafelé egészen az occipitalis lebenyig terjed, de itt már a határa elmosódott. A daganat a bal temp. I., II. tekervény kéregállományát, a velőállományt és az insulát elpusztította. A capsula internát, a corpus striatumot, valamint a thalamust jobbra eltolta. A baloldali gyrus angularis és supramarginalis velőállományát nagy fokban összenyomta. A bal oldalkamra lelapított, a jobb kissé tágabb, a III. kamra jobbra eltolt, alakja deformált. A daganat szövetileg rostos és érdús gliomának bizonyult.

Összefoglalás: Tükörírást és enyhefokú jobboldali paresist észleltünk bal halánték lebenybeli daganat kapcsán. A daganat összenyomta a bal oldali gyrus angularis és supramarginalis velőállományát. A lobus temporalis pusztulásával ill. a baloldali insula bántalmazottságával magyarázható az associatiós jellegű aphasia, mely góctünetként jelentkezett. A tükörírást szomszédsági tünetként foghatjuk fel. A többi neurologiai eltérések távolhatásból eredhettek.

A tükörírást esetünkben, a baloldali alsó fali lebeny bántalmára vezetjük vissza; ez az agyrészlet a daganat nyomása folytán erősfokú összenyomást szenvedett. A tükörírás létrejöttét illetően a következőket kell előrebocsájtanunk. Felfogásunk szerint a tükörírás is a symmetriás mozgási tendenciából ered. Különbséget kell azonban tennünk a kóros symmetriás együttes mozgások és a tükörírás között. Míg az előbbiek akaratosan el nem nyomhatók, addig az utóbbiak csak akaratos együttes beidegzésre jelentkeznek. A kora gyermekkorban mindkettő élettani jelenség. De már a kényszerű symmetriás együttes mozgások, melyek az egyik kéz mozgásakor az akarattól függetlenül a másik kézben támadnak, kórosak. Eddigi tapasztalatunk szerint a kóros symmetriás együttes mozgások a felső falilebeny sérülésekor következnek be még pedig különös gyakorisággal látjuk hemiplegiák esetén. Ezt a két terület rostjainak közelsége magyarázza meg. Rendesen a bénult oldalon jelennek meg a tükörképszerű együttes mozgások az ép oldal activ beidegzésére. A gátló központot mindkét féltekében kell feltételeznünk a kóros symmetriás együttes mozgásoknál. A lobulus parietalis superiorokban levő gátló központok tehát a célszerűtlen együttes mozgásokat kiiktatják. Tüköríráskor a viszonyok bonyolultabbak. Mint említettük, itt a mozgás akaratos beidegzésre, két kézzel, vagy egy kézzel íráskor jön létre, csak a mozgás iránya kóros, még pedig ellentétes irányba történik. Itt tehát a mozgás irányának célszerűtlen, ill. szokatlan voltáról van szó, vagyis az irányszabályozás zavart. A tükörírás gyakori jelenség, az írás, még pedig a jobb kézzel való írás begyakorlása kapcsán. Később azonban ennek elnyomására egy irányító központ alakul ki, amely felfogásunk szerint az alsó falilebenyben az írás és praxia központ közelében a bal féltekében helyezkedik el. Az innen kiinduló, irányt szabályozó rostok felfogásunk szerint valószinüleg az azonos oldali mozgató kérgi központokon kivül közvetlenül a túloldali, azaz a jobb gyrus centralis anteriorhoz haladnak, bár természetesen a túloldali azonos kéregterülettel is összeköttetésben vannak. Ezek a rostok a corpus callosumon át vonulnak. Ha ezek az idegrostok lefutásuk közben sérülést szenvednek, tükörírás jön létre. A rostok helyzetéből érthető, hogy a gócnak subcorticálisnak és egyszersmind supracapsulárisnak kell lennie, hogy hemiplegiát és tükörírást hozhasson egyszerre létre. Tekintve, hogy az irányító rost bárhol szakad is meg, egyaránt tükörírás jöhet létre, érthető, hogy a baloldali góc jobboldali hemiparesist és tükörírást eredményez, mint jelen esetünkben is, míg jobb oldali góc baloldali bénulást és tükörírást okozhat, amint azt már korábban ismertetett egyik esetünkben láttuk. Meg kell még emlitenünk, hogy a góc megfelelő elhelyezkedése esetén az is érthető, hogy a tükörírás nemcsak a bal kézen, hanem a jobb kézen is megjelenik, mint az az írás tanulásakor is olykor előfordulhat. *Pfeifer* egy felnőtt írástudatlan tanításakor észlelte ezt és magunk is tapasztaltuk egy zsenge gyermekkorban szerzett jobboldali hemiparesis kapcsán. Esetünkben, mint említettük, a baloldali parietalis lebeny rostjai szenvedtek összenyomást, de a kéreg ép maradt, amit az írás, olvasás, praxia, rendes volta előre jelzett.

Esetünkből levont következtetések ellen felhozható volna: 1. hogy a gliomák sokkal diffuzabbak, semhogy ilyen daganatokból a helyre vonatkozó következtetéseket lehetne vonni, 2. hogy az aluszékonyság, mint általános daganat-tünet maga is okozhatott tükörírást. Ezzel szemben azzal érvelhetünk, hogy klinikánkon már régóta figyelemmel kisérjük a betegek balkezes írását, azonban más elhelyezkedésű daganatok kapcsán jelentékeny aluszékonyság esetén sem észleltünk tükörírást. Mindenesetre a jövőben további idevonatkozó bonctani megfigyelések szükségesek, mert úgylátszik, hogy a tükörírás létrejöttének tanulmányozása a localisatiós tant egy újabb értékesíthető tünettel fogja gazdagítani.

Az újpesti gróf Károlyi Sándor alapítványi közkórház közleménye. (Igazgató: Sándor István).

Az A-vitamin helybeli alkalmazása sebkezelésekben.

Irta: *Sándor István dr.*

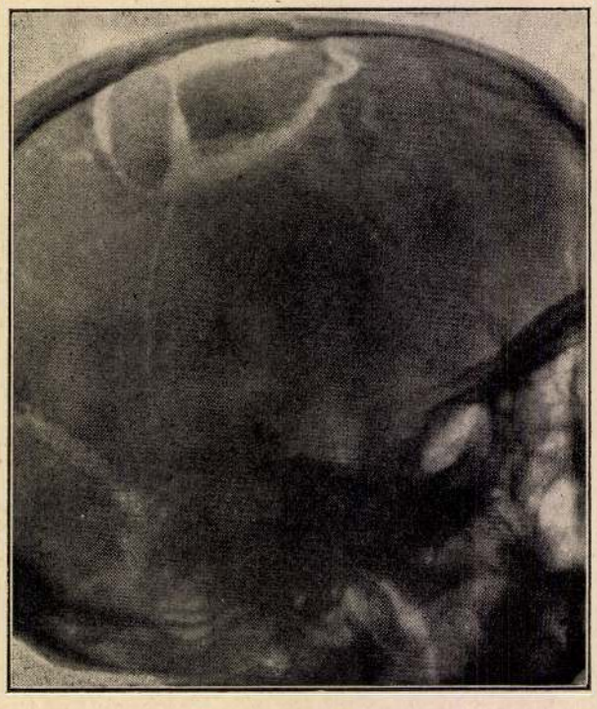
1934 márciusában számoltunk be *Horn Zoltán dr.* munkatársammal első ízben megfigyeléseinkről, melyeket kiterjedt tapasztalatok alapján az A-vitamin helybeli alkalmazásával úgy friss sérülések ellátásakor, mint különböző fertőzött sebek kezelésekor szereztünk.* Említett munkánkban kifejtettük azokat a tisztán elméleti elgondolásokat, amelyek rávezettek bennünket arra, hogy a karotinoidok csoportjába tartozó A-vitamint mint helybeli gyógyszert sebekben alkalmazzuk. A hemeralopia, a xerophthalmia, a különböző degeneratiós és elszarusodásos folyamatok a felületes epithel sejtekben és az ezzel összefüggő hajlamosság mindennemű fertőzésre a bőrben, nyálkahártyákon és a hugyútakban (kőképződés) jellemzik az A-vitamin hiányát. Ezek a tünetek és a következményes fertőzésre hajlamosság a kisérleti állatokban A-vitaminos táplálásra megszünnek. Azonban teljesen valószínűtlen, hogy egyébként normalis táplálkozás mellett, a szájon át a szervezetbe juttatott A-vitamin valamely seb gyógyulását jótékonyan befolyásolná, hacsak nem abban az egész kivételes esetben, amikor a rossz gyógyulás oka az A-vitamin hiány. A kutatók állítása szerint A-vitamint a szervezet a májban és a bőr alatti zsírszövetben oly mennyiségben raktároz fel a különböző táplálékokban rendelkezésére álló karotinoidokból, hogy csakis májbetegeken, vagy igen hosszan tartó bélhurutok vagy chronikus fertőző betegségek esetében lehetne szó A-vitamin hiányról. Azonban ha az A-vitamin hiánya a szervezet mesenchimalis és epidermalis sejtjeinek a fertőzésekkel szemben az ellentállóképességét lecsökkenti, amint azt számos szerző és mi is A-vitamin nélkül táplált állatainkon kétséget kizáróan megállapítottuk, úgy kézenfekvő volt a feltevés, hogy helybelileg, célszerű módon a különböző sebekbe bejuttatott, fölös A-vitamin a sebzés által helybelileg károsított sejtműködést jótékonyan befolyásolja. A György-féle theoria szerint is arra lehet következtetni, hogy a sebben, főleg a fertőzött sebben a rendesnél nagyobb az A-vitamin szükséglet. Régi idők különböző sebkenőcseiben és balzsamaiban bőségesen találunk virágokból, magvakból készült liszteket, különböző olajokat és mézet, mind olyan anyagokat, melyek bőségesen tartalmaznak vitaminokat. Valószinű, hogy az igen jó megfigyelő régi orvosok azért alkalmazták ezeket a szereket, mert a sebgyógyulást jól befolyásolták. *Löhr* megfigyelései a csukamájolaj hatásáról, a legújabban ismét ajánlott mézzel kezelés mind bizonyítékai annak, hogy a sebekben helyben alkalmazott A-vitaminnak hatása van, bár ezt a hatást részletezni vagy pontosan körülírni, de különösképpen objektiv és a kritikát kiálló tudományos alapon bizonyítani vagy megmérni szinte lehetetlen. Egyelőre az ilyen komplikált biologiai folyamat megítélésében mint a sebgyógyulás, a nagyon is ingatagnak mondható subjektiv megítélésre kell támaszkodnunk. Nehezítő körülmény, miként *Scheunert*, a vitamin-kérdés ezen kiváló ismerője egy legutóbbi cikkében is mondja, hogy az A-vitamin kutatásnak még számtalan kérdése megoldatlan és e kérdések megoldása rendkivül nehéz. Az A-avitaminozisnak már fentebb említett két sarkalatos tünete: egyrészt az epithel sejtek károsodása és ezáltal a fertőzés behatolási lehetősége, másrészt a fertőzésekkel szemben az ellentállás (resistencia) csökkenése. Mindennemű sebben számos szövetkárosító tényező szerepel. Lehetséges, hogy e károsodott szövet a szervezetből ha kap is elég A-vitamint, azt nem tudja kellőképen felhasználni. A szervezet táplálékkal rendszerint provitaminokat kap, kérdés, hogy a vitaminképzés és felhasználás a fertőzött sebben hogyan és mimódon van megbolygatva. Bárhogy áll is a dolog, az eddigi tapasztalatok feltétlen amellett szólnak, hogy a sebben alkalmazott A-vitamin a gyógyulást előmozdítja, éspedig csakis az A-vitamin. A többi (B. C. D.) avitaminosisok semmiféle hasonló szövetkárosodást és a fertőzésekkel szembeni hasonló ellenálláscsökkenést nem okoznak. Kézenfekvő volt tehát a gondolat, hogy tiszta A-vitamint adjunk be a sebbe. Pharmakologiai szempontból úgy theoriásan, mint gyakorlatilag a tiszta készítmény az, amelytől legtöbb várható. Sem karotin, sem D-vitamin, sem illóolajok hozzákeverése nem nyujthat előnyt. Az absolut tiszta A-vitamin készítmény csak a legutóbbi időben jelent meg, de gyakorlatilag akkor a legtisztább A-vitamin ccm-ként 20.000 nemzetközi egység A-vitamint tartalmazó halivitan olaj volt, melyben ha volt is kis változó mennyiségű D-vitamin, ez az általunk gyakorlatilag megállapított tízszeres hígításban oly minimális mennyiségre redukálódott, amely ez esetben elhanyagolható. Mi tiszta paraffin olajat és tiszta vaselint használtunk és használunk vivőanyagnak. Ismételten, kisérletként, sebkezelés közben egy-egy kötés alkalmával elhagytam az A-vitamint, tiszta paraffin olajat vagy vaselint alkalmaztam ugyanazon betegen. Ezek tisztán, megfelelően alkalmazva igen célszerűek. Azonban a sebgyógyulásra élénkítő, serkentő hatás a vitaminos olajra visszatéréskor mindig nagyon szembetűnő. A sebgyógyulás oliva vagy állati olajban oldott A-vitaminnal ugyanolyan jó volt, mint paraffin olajban oldottal, miért is a Richter gyárnak ezt ajánlottuk, kik *vulnovitan* név alatt ccm-ként 2.000 nemzetközi egység A-vitamint tartalmazó paraffinolaj, illetve vaselin alapanyagú kenőcsöt hoztak forgalomba. A különböző töménységű vitaminolajjal végzett kisérleteinkben a legjobban bevált töménység a ccm-ként 2.000 nemzetközi egységű olaj volt s ez megegyezik a jóminőségű csukamájolaj A-vitamin tartalmával, amely olajjal *Löhr* szellemes és elsőrangú sebellátási módjainál a nagyszerű gyógyulási eredményeket elérte. *Scheunert* a Löhr-féle csukamájolajos eljárást A-vitamin hatásúnak tartja.

Cikkünk megjelenése óta a vulnovitánt, melyben legújabban még a fentemlített minimalis mennyiségű D-vitamin sincsen, a vezetésem alatti kórházban állandóan alkalmazzuk. Amikor jóeredményeink alapján a gyógyszer alkalmazására újból felhívom a figyelmet, legelsőbben is hangsúlyozni akarom, hogy nem a vulnovitan a fontos. Sérült sebzések ellátásakor a fertőzött, roncsolt részek eltávolítása, kimetszése és a sérült rész nyugalomba helyezése a legfontosabb, a sebbe bevitt A-vitamin a gyógyulást elősegíti. Közel 3 éve, hogy a sérült sebekbe, kimetszés után a bőr varrása előtt vagy anélkül, bőségesen A-vitaminos kenőcsöt teszek és minden más kötszer nélkül gipszkötésbe helyezem a sérült végtagot, teljesen *Löhr* ajánlata szerint. (Der Chirurg 1934. X. 1. u. 7.) Láztalanság és fájdalmatlanság esetében ez az első gipsz, a hatalmas nagy seben 10—14 napig és még tovább is rajtamarad. Az eredmények meglepően jók. Ugyanez az eljárás égési sérülésekkor. Ezek esetében némelykor alkalmasabb gipsz helyett a vulnovitánnal vastagon bekent testrészre zinkenyvkötést tenni, három-négy rétegben kenve a zinkenyvet, egy-egy réteg gaze-re. Miként a gipszen, úgy a megszáradt zinkenyven átüt a vér és a sebváladék, ami nem baj. Kiterjedt, másodfokú égések 10—14 nap mulva reactiomentesen gyógyulnak. Egy betegem a lakásán keletkezett tűz eloltásakor jobbkezén az egész te-

* Orvosi Hetilap 1934. évi 12. szám.

nyerére és ujjakra kiterjedő másodfokú égést szenvedett, a tenyér és az ujjak vastag bőre, mint egy kemény párna emelkedett fel a coriumról. A hólyagok felszurkálása után vulnovitanos zinkenyv-kötésre annyira reactiomentesen gyógyult, hogy a sérülést követő 13. napon foglalkozását, mint fogász, minden kötés nélkül, teljes mértékben tudta végezni. *Löhr* említett közleményében számos kép bizonyítja a nagy sérüléskkor elért szép eredményeket a csukamájolajjal. Ugyanily felvételek közlése helyett, melyek az én vulnovitanos eljárásommal elért hasonló eredményeket bizonyítják, legyen szabad két nagyobb sérülés kórtörténetéből rövid kivonatot közölnöm.

28 éves férfi, társait megtámadta, ezek egyike fejszét hajitott felé, melynek foka a jobb falcsont tájékon találta. Teljesen eszméletlen, bal végtagjai teljesen bénák, hörgő Cheyne-Stokes-typusú légzés, lehellete erősen boros. Hányás. Pulsusszám percenként 56. A fej jobboldalán a falcsonton a fül felett a középvonaltól két centiméternyire kezdődő, erősen zúzott, hosszanti seb, melyből agypéppel kevert vér ömlik. A seb körül kis tenyérnyi mély depressio. Tisztogatás, sebkimetszés, bőr-galea periost lebeny. A benyomott csontok kiemelése. A seb mélyében sok haj. A durán függélyes szakadás. Vérzéscsillapitás, néhány fecskendő meningea ág aláöltésével. A kiömlő agypép óvatos kitörlése után vulnovitánt öntünk be bőségesen. A durasebet legfinomabb béltükkel és catguttal bevarrjuk. A két legnagyobb kiemelt csontot visszahelyezve, a sebet újból vulnovitánnal kitöltjük, a bőrt bevarrjuk. Láztalan lefolyással, per primam gyógyult. Az alsó végtag mozgásai néhány napon belül annyira javulnak, hogy bár lábát erősen maga után húzza, de bot nélkül jár. Bal felső végtag teljesen béna. Távozásakor (13 nap után) készült röntgenfelvétel a sérülés nagyságát kellően illustrálja. (l. 1. sz. ábra). A csonthiány mérete 75×38 mm.

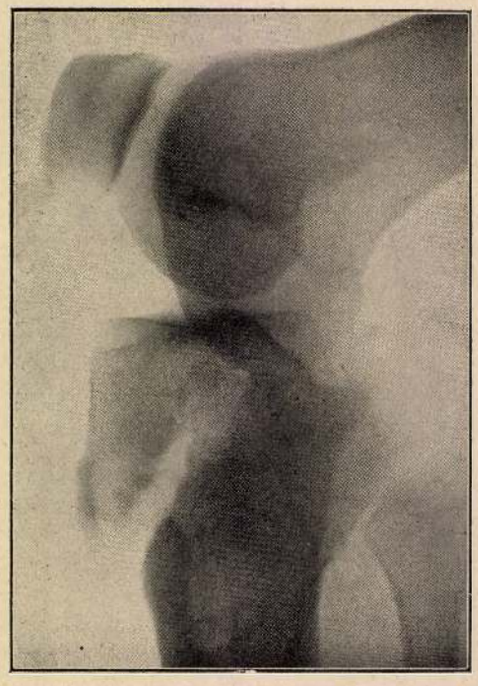


1. ábra.

A másik igen súlyosan sérült beteg adatai:

28 éves férfi, motorkerékpáron teherautót előzött, behajlított térde nagy erővel az autóból kiálló vastraverzbe ütközött. A baltérd külső oldalán lebenyes, az izületet teljesen feltáró folytonosságmegszakitás. A külső C-porc szabadon fekszik, a ligamentum patellae proprium szakadozott, a tibia izületi vége több darabba törve. Az egész seb utcai szeméttel erősen szennyezett, a szivacsos csontállomány is. A sérülésről a készitett röntgenfelvétel annak nagyságát kellően bizonyítja. (2. sz. ábra).

Tetanus és gázphlegmone ellenes serum. Nagyrészt helybeli érzéstelenitésben a nagyon roncsolt és szennyezett lágyrészek kimetszése és a szennyes csontfelszinek éles levésése után a sebet vulnovitán-olajjal és kenöccsel kitöltöm. A csontdarabokat helyükre visszanyomom, vérzéscsillapitás leköté nélkül, a megfogott edények elcsavarásával, csak a bőr bevarrása. Szorítókötés. Gipszsin. Másnap a hőmérsék 37.8 fok, a szorítókötés felnyitása fájdalmak miatt. Harmadnap reggel temperatura 37.3°, percenkénti pulsusszám 88, vérkép normalis, fájdalmak csak mozgások alkalmával, igen jó közérzet. Beteget elviszik. Továbbkezelő orvosának irásbeli közlése szerint a beteg láztalan lévén, a kötést csak a harmadik héten váltotta fel, a seb „idealis primán" gyógyult.



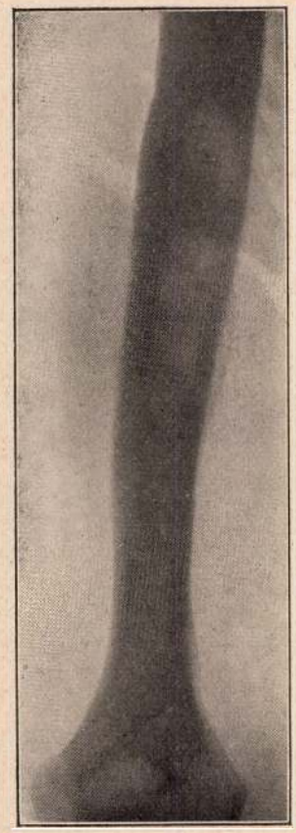
2. ábra.

Ezen esetekhez hasonlóan súlyos és az asepsises gyógyulás szempontjából kétséges sérülések további felsorolásától elállok, mert újat nem mondhatnék. Meggyőződésem, hogy fiatal, jó erőben lévő egyének hasonló súlyos sérülései gondos sebkimetszés után és rögzítéssel ellátva akkor is kitünően gyógyulnak, ha semmit sem viszünk be a sebbe. Mégis, immár több évre visszatekintve, amióta a sebellátáson és nyugalombahelyezésen felül még A-vitamint is viszünk be a sebbe, az a benyomásunk munkatársaimmal együtt, hogy eredményeink jobbak. Súlyos kéz, in, izület és fejsérüléseink hiánytalan sorozatban nagyobb genyedés nélkül, legtöbbször elsődlegesen gyógyulnak és ebben a bevitt vitaminnak is van szerepe.

Genyes és fertőzött sebek kezelésekor a seb gyors feltisztulása, élénk, jó sarjképződés feltünő, épúgy, mint igen kellemes, hogy a kötéseket ritkábban és kiméletesebben lehet cserélni. Heveny és idült osteomyelitisek felvésése után a csontüreget és a sebet vulnovitános kenőccsel kitöltve, minden más kötszer nélkül, gipszkötést alkalmazok, miként azt *Löhr* ajánlotta. Az eredmények sokkal jobbak, mintha kötszerrel töltjük ki a sebet. Egy 15 éve fennálló osteomyelitis chronica humeri még egyszer sem operált, de többször acutan fellángolt és feltört esetét mutatja a 3-ik kép műtét előtt, 8 nappal a műtét után, az első gipszkötés levételekor a 4-ik kép és 20 nappal a műtét után előrehaladott behámosodással az 5-ik kép. Ez a *Löhr* ajánlotta eljárás tiszta A-vitaminos kenőccsel az osteomyelitis kezelést, mely a legvesződségesebb és hosszadalmasabb kezelések egyike, nagyon megrövidíti, egyszerűsíti és a beteget sok fájdalomtól kiméli meg.

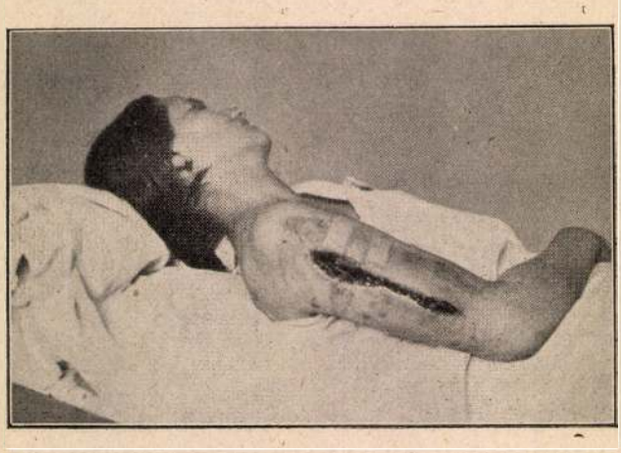
Érdemesnek tartom megemlíteni, hogy hólyagtuberculosis két esetében, nephrektomia után a hólyagfolyamat gyors javulását és teljes gyógyulását láttam, egy

másik spondylitisben és süllyedéses tályogban szenvedő betegem genyvizelése és disuriája (vizeletben Koch +) nagymértékben javult a vulnovitános olaj 50 ccm-ének 8—10 naponkénti instillatiójára, más helyi kezelés nélkül. Prostata hypertrophiás beteg cystitise hasonlóan



3. ábra.

kezelve, két beteg esetében egyáltalában nem javult. Vesekő távozás után a pyelumba fecsekendeztem 5 ccm olajat. Ulcus ventriculi és duodeni eseteiben is folyamatban vannak vizsgálatok.



4. ábra.

A vezetésem alatt álló kórház szemésze, *Ferenczy Zoltán dr.* főorvos munkatársam más helyütt fog a vulnovitán olaj és kenőccsel szerzett, több mint 1 éves tapasztalatairól beszámolni. Az ő beleegyezésével előzetesen közölhetem, hogy az A-vitaminos olaj és kenőcs a szemhéjak sérüléses megbetegedéseiben, a könnytömlő heveny megbetegedéseiben, akár spontán, akár művi megnyitás után, nagyon jól bevált. Alkalmazási módja ez esetekben olajos vagy kenőcsös fedőkötés, vagy olajos draine-csík bevezetése. Eredménnyel alkalmazható a szemhéjszél ekzemás és ulcerosus betegségekor, továbbá a szaruhártya fekélyes elváltozásakor, különösen a trophoneurotikus, phlyctenás, genyes esetekben és a szaruhártya sérülésekor. Mint egész külön csoportot említjük meg a kötőhártya, valamint a szaruhártya égési sérüléseit és

5. ábra.

a legkülönbözőbb eredetű maróanyagok okozta elváltozásait, ahol a vulnovitán alkalmazási lehetősége minden eddigi gyógyászati beavatkozással szemben talán a legnagyobb értékű. A szemre izgató hatása sem a kenőcsnek, sem az olajnak nincs, egy-két túlérzékeny egyéntől eltekintve, helyi izgató hatást, vagy fájdalmat nem okozott.

Mindent összegezve, az egész nagy sérülések ellátásában és különösen gondolok itt a háborús sebészet feladataira, a sebkimetszést, a sebnek tiszta A-vitaminos (vulnovitános) olajjal vagy kenőccsel történt kitöltését és közvetlen erre a gipszkötés alkalmazását haladásnak tartom. A genyes sebészetben a vulnovitános kezelés a gyógyulást gyorsítja, a kezelést leegyszerűsíti.

Emlékeztető!...

Felhivjuk Kartársaink figyelmét, hogy a gyakorló orvosok részére gyógyszertárakban rendelkezésre álló tartályok, — melyek elsősorban a fertőző betegek váladékainak a beküldésére szolgálnak, — az Országos Közegészségügyi Intézet tulajdonát képezik. A tartályok igénybevételét miniszteri rendelet szabályozza. A rendelet szerint az *Országos Közegészségügyi Intézet tartályaiban vizsgálati anyagok csakis az Országos Közegészségügyi Intézetbe vagy vidéki Állomásaihoz küldhetők be.* A tartályok csakis a megfelelő célra használhatók fel, vagyis pl. kórszövettani anyag beküldésére sem a széklet, sem a torokváladék vételére szolgáló tartályok nem alkalmasak.

Orsz. Közegészségügyi Intézet.

A Tisza István Tudományegyetem belklinikájának közleménye (igazgató: Fornet Béla ny. r. tanár).

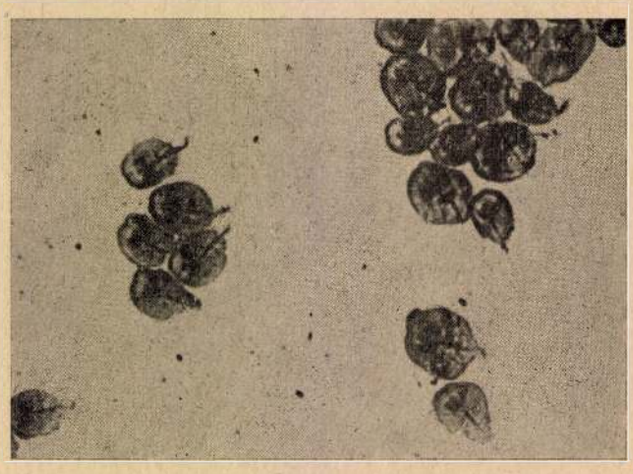
A lambliasis pathogenesiséhez.

Irták: *Dzsinich Antal dr.* és *Szent-Györgyi Nándor dr.*

Már a háború előtti években is megjelent néhány közlemény, mely a lamblia intestinalis okozta jelenségeket tárgyalta. A duodenalis sondának elterjedése óta az ezirányú észleletek megszaporodtak. Az ezen flagellaták osztályába tartozó protozoont már 1681-ben *Leeuwenhoek* is látta saját székletének vizsgálata közben. Az ember vékonybelében és leginkább a duodenumában élő egyetlen flagellatát *Lambl* fedezte fel 1859-ben újból és írta le részletesen. Szemben a számos külföldi közleménnyel, hazánkban — hozzáférhető adataink szerint — mindössze *Detre* és *Schill* közöl egy-egy esetet. Ugyhogy klinikánkon észlelés alatt álló esetünket már ebből a szempontból is közlésre érdemesnek tartottuk.

F. S.-né 25 éves, banktisztviselő neje, 1935. szept. 9-én kereste fel klinikánkat. Az előzményekben jelenlegi betegségére támpontot nem találtunk. Gyermekkorában és e betegség előtt bélhurutja, bélférgei voltak. 4 évvel ezelőtt sárgaságon, 3 éve diphtherián esett át. Mérsékelten dohányzik, szeszes italt nem iszik. Jelenlegi betegségére vonatkozólag előadja, hogy 1935. V. 9-én gyomortáján hirtelen nagy fájdalmak támadtak, melyek a jobb bordaiv alá vezetődtek és a derekába, valamint a jobb lapocka tájára sugároztak ki. Ugyanakkor hányingere és hányása volt. Hányadéka savanyú ízü. Azóta felvételéig ezen gyomor és májtáji görcsök 15 ízben ismétlődtek, főleg nappal. Fájdalmai csak opiuminjectióra szüntek meg. Székszorulásos. Vizelése rendben. Étvágya rossz és betegsége óta 15 kg-ot fogyott. Ideges. Két év óta petefészek-gyulladása miatt van kezelés alatt. Állapota a felvételkor: középmagas astheniás, nagyon lesoványodott, nyakán egészen kicsiny golyva. Nyirokmirigyei nem tapinthatók. Nyelve bevont. Fogazatán és garatképletein elváltozás nincs. Mellkasi szervei épek. Az epigastrumban és a jobb bordaiv alatt határozott nyomási érzékenység. A májtompulat felső széle a jobb V. bordaközben a jobb mamillaris vonalban, alsó széle éppen elérhető, fájdalmas. Lépe nem nagyobb. Hőmérséke felvételekor: 36.9. Vizeletében kórosat nem találtunk. A vörösvérsejtek süllyedési sebessége egy óra alatt 5 mm. Wassermann és Meinicke próba negativ. Vérnyomása 125/90 RR. Próbareggeli Boas szerint: nyákos, közepesen emésztett, kongót gyengén kékít, összesmennyisége 50 ccm., szabad sósav 5, összesaciditas 26. Epekő gyanuja miatt intravenás cholecystographia: első felvételen az epehólyag intensiven telődött, az epehólyag szokatlanul nagy, de benne köárnyék nem látható. A második felvételen cholecystokinetikum (vajasrántotta) hatására az epehólyag erősen összehúzódott, úgy hogy talán csak harmada vagy negyede lett az előbbi tág atoniásnak látszó epehólyagnak. Összehúzódott állapotban jól látszik az epehólyag fundusán körkörös mély lenövés, amely miatt az epehólyag formalis cascade képződést mutat. A cholecysta töltés napján a beteg az epehólyag tájon görcsös fájdalmakat kapott, melyek csak opium és atropin befecskendésre szüntek. Gyomorbél passage: a gyomor rendes nagyságú és elhelyeződésű, nincs jobbrahúzódva. A pylorus és az antrum nyálkahártya redőzete kissé vaskosabb, a pars descendens duodeni kissé elnyújtott, ami összenövésekre vall. A gyomor 4 óra mulva üres. 24 óra mulva a vastagbélhuzam végig telődött, a töltés legnagyobb része a tág coecumban és ascendensben van, amely rész határozottan nyomásérzékeny. Vérbilirubin: 0.54 mgr%. Direct reactiót nem ad. Vérkép: vvs. szám: 4,310.000, haemoglobin 86%, festék index: 1. Fehérvérsejtszám: 6.600. A milyenségi vérkép: segm. 86%, lymph. 39%, eos.: 4%, mon. 1%. Alapanyagcsere: +9%. Az elsőízben elvégzett duodenalis sondán nyert „A" epe üledékében látóterenként sok hámsejt és 1—2 fehérvérsejt, a magnesiumsulfat utáni „B" epében nyálkacafatok, sok hámsejt, 3—4 fehérvérsejt és megszámlálhatatlanul sok lamblia intestinalis látható. (1. ábra) Ellenőrző sondázáskor mind az „A", mind a „B" epében igen nagy mennyiségü lambliát találtunk. Székletben sem lamblia, sem cysta nem volt kimutatható. A beteg klinikai tartózkodása alatt állandóan subfebrilis volt. A hustalan étrendre, Naunyn-kurára, valamint háromszor négynapi időközökben adott 0.30 gr revival i. v. injectio után a háromízbeli duodenalis sondázással vett „A" és „B" epében lambliákat kimutatni nem tudtunk és evvel egyidejüleg az eddig gyakran jelentkező görcsös epehólyagtáji fájdalmak kimaradtak. IX. 28-án a klinikáról elbocsátottuk. Otthon Naunyn kurát, rost-, füszerszegény étrendet tart és atropin pirulákat szed.

Hat hét mulva (1935. XI. 4.) kontrollvizsgálatra jelentkezett. Előadja, hogy a klinikáról való távozása után állapota nem javult. Régi panaszai azonban időnként előjöttek. Eddigi állandó súlyvesztessége megszünt, söt 80 dekát hizott. Az előbbi statushoz képest jelenleg a jobb bordaiv alatt a nyomási érzékenység sokkal kisebb. Az ellenőrző gyomor-röntgen vizsgálatkor a nyálkahártya rajzolat ép, egyébként változatlan. Duodenalis sondázással nyert „B" epében újra nagy mennyiségü lamblia intestinalis látható. Husszegény étrendet, magnesiumsulfatos duodenalis öblítéseket kapott. Kérésére elbocsátottuk. Otthonra neosalvarsan befecskendést és spirocid tablettát rendeltünk.



1. ábra.

A beteg kórelőzménye és physikális vizsgálata jellemző képét mutatta cholelithiasisnak és cholecystitisnek. A cholecystographiás és részben a duodenalis sonda, valamint a fehérvérsejtszám vizsgálatai azonban epekőnek ellene szóltak. A minőségi vérképben kimutatott eos. sejtek megszaporodása, valamint a távolabbi anamnesisben szereplő bélférgek arra késztettek, hogy a pathogenesist más tényezőben keressük. Erre vonatkozólag támpontot nyujtottak a duodenalis bennékben több izben igen nagy mennyiségben kimutatott lambliák. Az okozati összefügést támogatná egyrészt más okok kizárhatósága, másrészt pedig az orvoslásnak, ha nem is teljes, de nagyobb részben eredményes volta: a görcsök megszünése párhuzamban a lambliák eltünésével. De talán bizonyítaná ezen feltevést az a körülmény is, hogy az ellenőrző vizsgálat előtt újból intensivebben jelentkező görcsös fájdalmak a lambliák újra kimutatott megszaporodásával állanak összefüggésben.

A lamblia intestinalist emberen *Lambl* észlelte először egy hasmenéses gyermek gélee szerü székletében. Több névváltozás után felfedezője tiszteletére *Bianchard* ajánlatára a zoologusok a lamblia intestinalis nevet fogadták el. Emberen kivül különböző állatfajokban is megtalálható. Igy tengeri malacban, egérben, patkányban, macskában, kutyában, majmokban és számos házi állatban. A protozoonok rendjében a flagellaták osztályába tartoznak. A lambliák kb. háromszor akkorák mint egy vörös vérsejt és nagyjában körte vagy répa-alaku. Hossza 12—25 mikron, szélessége 7—12 mikron. Az idősebbek vékonyabbak és hosszabbak a fiatal alakok szélesebbek és esetlenek. Négy pár ostoruk van, elhelyezésük szerint két pár oldalt helyezkedik el, egy pár a hasi, egy pár a farki részen. Ezen ostorok segítségével élénken mozog és velük gyorson tud előrehaladni. Elülső szélés végén sekély, középen kiemelkedő barázda által kétrészre osztott bemélyedés, szívó korong van, ennek segítségével tapad a bélfalhoz. Terjedése és átvitele cysták útján történik. Ezek a cysták tojásdad alakúak, kb. 8—14 mikron nagyságúak, igen szívósak és csak 64 fok Celsiuson pusztulnak el. Az egyetlen emberi bélflagellata, mely a magasabb béltractusban él, a többi mind a vastag belekben. Ép egyénekben is elég nagy számban fordulhat elő. Erre vonatkozólag részle-

tes kimutatást állított össze *Behnke*. Ujabban *Bach* 1000 bélbetegségben nem szenvedő északnémetországi egyénen végzett székletvizsgálatokat bélprotozoonokra. A vizsgált egyének 34%-a volt különféle protozoonokkal fertőzve. Ezek közül 5.5%-ban lambliát találtak. *Brand* egy egészséges egyénen a napi széklettel kiürülő cysták számát figyelte. Napi maximum 1,151,289.000, minimum: 3,960.000. A kiürítésben bizonyos szakaszosság volt kimutatható. Nálunk az Országos Közegészségtani Intézet 1206 egészséges egyént vizsgált meg és azokat 10%-ban találta lambliával fertőzve.

Kimutatásuk kétféle képpen történhet: duodenalis bennék vizsgálata a lambliákra, és a széklet vizsgálata a cystákra. Biztos és gyorsan célhoz vezet klinikai szempontból a duodenalis bennéknek az észlelése magnesiumsulfat, vagy más colecystokinetikumra. Ajánlatos úgy az „A", mint a „B" epében keresni. Sokszor az „A" epe negativ eredményt adott, amikor a „B" epében nagy mennyiségben kimutatható volt. Fontos a vizsgálatot már közvetlen a sondázás után elvégezni, mert az emésztési folyamatok behatása a diagnosist pár óra mulva is lehetetlenné teszik. A friss festetlen készítményben jól látszanak a mozgásban levő lambliák. Conserválásukra legalkalmasabb a sublimat-alkoholos fixálás után *Heidenhain* szerint festeni és a Giesma-festés. Ez utóbbi eljárást a lambliák kimutatására igen alkalmas és egyszerű eljárásnak tartjuk. Élettartalmuk felől különbözők a nézetek. A cysták élettartalma egybehangzó vélemény szerint jóval nagyobb, mint a vegetativ alakoké. Kulturalis továbbtenyésztése eddig *Schillnek* sikerült. Reichenow-táptalajon 5 napig életben maradnak. A fertőzés forrását az állatokban való gyakori előfordulás miatt, azokban keresték. *Mathis, Fantham* és *Porter* szerint állatokról emberre átvitele nemcsak lehetséges, hanem a normalis fertőzés módja is. A két utóbbi szerzőnek human lamblia intestinalissal sikerült macskákat megfertőzni. Másoknak hasonló észlelésük volt más állatokkal. *Simon* vizsgálatai alapján csak az emberről emberre átvitelét tartja lehetségesnek. *Grassi* azonban önkisérletben állati lambliával tudta magát fertőzni. A kérdés részletes megtárgyalását mellőzzük és csak annyit jegyzünk meg, hogy ezen már említett vizsgálatok, valamint számos más, itt nem említett megfigyelések a fertőzés útját még nem tudták kellően tisztázni. Valószinű, hogy a fertőzés cysták útján történik, ürülékkel szenyezett étel, gabonanemű és ivóvíz útján. Közreműködhetnek terjedésükben talán legyek is. Szerepelhetnek a fertőzésben továbbá talán, bizonyos alkati, endokrin, dyspepsiás és allergiás tényezők is. Általában a rossz egészségügyi viszonyok között élő és müveletlen lakosság jobban lehet kitéve a lambliákkal történő fertőzésnek.

Mindezekből a lambliákkal történt fertőzést kétségkivül bizonyitottnak vehetjük. Egy további fontos kérdés volna az, hogy a lambliahordozók minő körülmények között válhatnak lambliabetegekké és mik azok a tényezők, amelyek az eddig élősdi protozoont kórokozóvá teszik. Erre vonatkozó eddigi vizsgálatok teljesen biztos támpontot még nem nyujtottak. Előrehaladást jelentenek a lambliasis pathologiájában és klinikájában *Behnke* és *Heubner* igen szép munkái. A kérdés megoldását igen hátráltatja a lambliák továbbtenyésztésének nehézségei. Lehetséges, hogy nagy tömegben való elszaporodásuknak van jelentősége a kóros folyamatok felidézésében. A „B" epében tömegesebb megjelenésükből arra is lehet gondolni, hogy az epeútak pangásos zavarai nyujtanak kedvező lehetőséget elszaporodásukhoz. Talán *Penso* az egyetlen, akinek sikerült létrehozni kisérleti lamblialist. Ő jellegzetes bélnyálkahártya elváltozásokat talált; a bélfalon beszüremlések, kisebb ulceratiók, a környezettel adhaesiók jelentkeztek és számos lamblia volt kimutatható. Felteszi, hogy a lambliák mechanikus tevékenységet fejtenek ki a bélnyálkahártyán, továbbá helyi és általános mérgező-izgató ártalmat okoznak. *Meerseman* és *Tricault* 5 cholecystopathiában a „B" epében számos lambliát talált. Az epehólyag falának szöveti képe azonban csak csekély elváltozást mutatott, mégis ezen szöveti vizsgálatból bizonyítottnak tartják az epehólyag elsőleges fertőzését lambliával.

Kecht 8 éves előzményü betegének klinikailag gastritise és patkóbélfekélye volt. A duodenum bennékben sok lamblia. Műtétkor a fekélyen kivül a duodenum falban sikerült igen nagy számú lambliákat kimutatni. *Goia* és *Sparchez* két köves cholecystitis esetben az ektomisált epehólyagfalban talált lambliákat. Szerintük a parasita nem gyulladást okozó, felvándorolhat az epeútakba, de azok nem szerepelhetnek mint igazi tartályok. Lehetséges, hogy a parasita kedvező helyzetet teremt a fertőzésre, vagy talán mérgeivel hat a májra, amit vizsgálataikban egyéb klinikai tünetek is valószinüvé tesznek. Ugyanígy *Westphal* és *Georginak* is sikerült már korábban az ektomisált epehólyagfalban lambliákat kimutatni, melyeknek kórokozó jelentőséget tulajdonítottak. — *Grott, Vanceslas, Petrynowsky, Brucke, Stalder, Lauda* és mások több máj, epeút, valamint gyomor-bél bántalomban szenvedő betegnek találtak a duodenum bennékében lambliákat.

Klinikánkon 5 év óta gastritises, cholecystitises és epeköves betegeink duodenalis bennékében lambliákat kimutatni eddig nem tudtunk. Fent közölt esetünkben azonban a lambliák kórokozó volta mellett szól az, hogy a cholecystitises tünetek a lambliáknak a duodenum bennékből eltünésével elmultak és a panaszok kiújulásával egyidejüleg pedig ismét nagymenyiségű lambliát találtunk.

A lambliás fertőzés minden életkorban lehetséges. Az irodalomból leszürt adatok szerint gyermekkorban a leggyakoribb. Egy északamerikai kimutatás szerint a gyermekek 48%-át találták lambliával fertőzöttnek *(Jollos)*. A két nem között különbség nem volt kimutatható. Elterjedésében régebben a klimának tulajdonítottak különösebb jelentőséget. Ujabb vizsgálatok azonban ezt nem tudták megerősíteni. Az utóbbi években a foglalkozásnak juttatnak bizonyos szerepet. Igy *Teitge* a gyomor-bélbajban szenvedő szénbányamunkásokban talált lambliákat. *Lickint* szerint Németországban a lambliasis főfészke a szénbánya vidék és főleg a szénbányászokat találta velük fertőzve.

Bromberger és *V. Armin* egy munkaszolgálatos táborban talált lambliával fertőzött gyomorpanaszos és panaszmentes munkásokat, ami megerősíti előbbi feltevésünket, hogy a lambliák elterjedésében a rossz hygienikus viszonyok és a lambliagazdák visznek fontos szerepet. Egyesek az alkatnak is tulajdonítanak fontosságot. *Westphal* és *Georgi* a Stiller-féle astheniás alkatúakban találták a leggyakrabban, többen azonban az alkat jelentőségét kétségbevonják.

A betegségre vonatkozólag az előzmény semmiféle biztos támpontot nem ad. A panaszok sokszor annyira szétfolyók, hogy különféle szervek megbetegedésére lehet gondolni. Azonban minden esetben megtalálható az étvágytalanság és a testsúly csökkenése. *A klinikai képet leggyakrabban 1. gastrointestinalis, 2. epeút—epehólyag, 3. anaemiás-toxikus tünetek dominálják, de előfordulnak 4. kevert kórképek is.* A gastrointestinalis forma, gastritises, ulcusos, de legtöbbször colitises vagy dysenteriás tüneteket mutat. *Chantriot* szerint a lamblia és amoeba dysenteria együttes infectiója gyakori. Többen mind gyermekeken, mind felnőtteken appendicitises tüneteket észleltek. Epeútak és epehólyag kőnélküli megbetegedésében

a lambliák szerepére a szerzők hosszú sora mutatott rá. Leírtak heveny cholecystitiseket, ikterust és subikterust, idült cholecystopathiákat. Esetünk — *Schill* és több külföldi szerző által közöltekhez hasonlóan — cholelithiasis és cholecystitis tüneteit mutatta. *Scheidel* lehetségesnek tartja, hogy a cholangiákban jelentékeny szerepük van a lambliáknak. Súlyos anaemiás és toxikus tüneteket észleltek újabban különösen az olasz szerzők. Valószínű, hogy ezen tünetek létrejöttében a hosszú idős lambliafertőzésnek van elsőrangú szerepe. *Garin* halálosan végződő anaemia perniciosa képét mutató lambliasisa mellett, *Adamowicz* és *Savolin* esetei a lambliák elhajtása után gyógyultak. A Biermer-anaemia mellett, sok esetben toxikus jelenségeket is észleltek. Igy főfájást neuralgiákat, paraesthesiákat, pruritust és egy esetben urticariához hasonló kiütést. Az esetek nagyobb százalékában a minőségi vérképben az eos. sejtek megszaporodása volt kimutatható.

Mindezen tünetek a lamblia fertőzéssel összefüggését legdöntőbben a lamblia elleni gyógykezelés hatásossága bizonyítja. A lambliák eltünésével egyidejűleg a tünetek visszafejlődését lehetett kimutatni. A lambliák eltünése után visszamaradt jelenségek fenntartásában legtöbbször az általuk létrehozott és visszamaradt anatomiai elváltozások szerepelnek. A célszerű orvoslásnak a tünetcsoportokhoz kell alkalmazkodnia. Általánosan a panaszoknak megfelelő étrendet, karlsbadi kurát, székletrendezést, magnesiumsulfatos duodenalis öblítéseket alkalmazunk. Az epehólyag és epeútak betegségében intravenásan neosalvarsan a legmegbizhatóbb. A gastrointestinalis és anaemiás — toxikus tünetek esetében megkisérelhető a duodenalis sondán át bejuttatott salvarsan, 0.30 gr. neosalvarsant 200 gr vizben oldva. Jó eredményű a peroralis spirocid kezelés, különösen intravenás salvarsannal együtt. Többen az emetin kezelést dicsérik. Haszonnal alkalmazható methylenkék peroralisan és magas beöntés formájában.

Mivel a betegség sokszor igen makacs és könnyen kiújul, ajánlatos a lambliák ismételt keresése és a kezelés szükséghez mért megismétlése, vagy esetleges módosítása.

Akrodermatitis atrophicans 13 éves leányon.

Irta: *Szentkirályi Zsigmond dr.*, Hódmezővásárhely.

A szerzett bőrsorvadásokat két nagy csoportba osztjuk. Az elsőbe tartoznak azok, mikor a sorvadást nem előzi meg gyulladás. Ilyenek a külső physikai behatásra keletkező degeneratív öregkori atrophiák, a tengerészek, földművesek bőrének elváltozásai, a sorvadásos striák (Vonal alakú bőrsorvadások, pl. terheseken.), továbbá az éhezési, kachexiás, ideges alapon stb. fejlődő sorvadások. A második csoportba a gyulladás után fejlődő sorvadások, mint a dermatitis atrophicans, a poikiloderma, a kraurosis vulvae, továbbá az idült fertőző betegségek (lues, tbc., lepra) egyes kórformái után keletkező sorvadások, a röntgen- és a radium-bőr. A megelőző gyulladás makro- és mikroskoposan mindig kimutatható és jellemző, hogy az irhában az elastin és a collagen megfogy.

A dermatitis atrophicans lassú lefolyású betegség, s 6 hónaptól 40 évig tarthat. A bőr kezdetben kissé duzzadt, csikos vagy szigetekben kékes-foltos lesz, azután vékonyodik, ráncossá válik és elveszti rugalmasságát. A foltok a széleken terjednek, újabb szigetek keletkeznek. A kezdeti időszakban a bőr hőmérséklete nem változik, később azonban hüvösebb, mint az ép környezet. Többféle változata ismeretes; a végleteket a szétterülő (diffus) alak és a körülírt foltos alak (anetoderma) képviselik. Kiemelendő a kórisme nehézségei miatt a *pseudosklerodermás* alak. Ez főleg az alkaron, lábfejen, lábszáron, ritkább esetben a törzsön fordul elő. Az egészséges környezettől a sorvadt hámmal fedett beteg terület feszességével, gyengén hámló, viaszszerűen fénylő külsejével, fehéres-sárgás, vöröses, vagy túlfestenyzett barna-foltosságával elég élesen különül el. A sorvadás a bőrt összehúzza és ha a betegség a kézfejen székel, az ujjakat hátrafelé görbítheti.

A bőrsorvadás külön kórformájának tekintjük az *akrodermatitis atrophicanst (Herxheimer—Hartmann)*, melyben — ellentétben a többi alakkal — a sorvadás a kéz- és lábujjakon kezdődik. A csontok nem sorvadnak; ez csupán a pseudosklerodermás kórformában észleltetett.

A beteg vérvizsgálata, eltekintve egyes észlelésektől, melyekben eosinophylia vagy polycythaemia találtatott, a rendestől nem tér el. A belső secretiós mirigyek megbetegedése vagy működési zavara, vagy az alapanyagcsere megváltozása szintén csak elszórt esetekben volt megállapítható. Érzési zavar legtöbbször hiányzik, ha van, főleg tapintási túlérzékenységben nyilvánul meg a bőr megvékonyodása miatt. Különösebb subjectiv panaszokat nem okoz. A kezdeti időszakban feszülésről, égésről, viszketésről panaszkodik a beteg, később a verejtékmirigyek elpusztulása s a szárazság miatt vannak kellemetlen érzései. Kifejezettebb fájdalom csak esetleges izületi elváltozásokhoz csatlakozik. A betegség aetiologiája bizonytalan és a vélemények róla nagyon is ellentmondók; leggyakrabban a petefészek működésének zavarát észleltek ilyen betegeken.

A kórjóslat „quo ad vitam" teljesen jó, ezzel szemben a gyógyítás eléggé kilátástalan. Valóban hatásos gyógykezelést nem ismerünk. A legújabban *Sellei* pankreas-kivonatot, *Jessner* és *Bloch* mono- és pluriglandularis opotherapiát, *Pachur* insulint ajánlottak. Helyi kezelésben a meleget (fürdők és diathermia alakjában), fényt (Quarz) és bő zsírozást (paraffin) ajánlanak.

A dermatitis atrophicans a kifejlett ember betegsége. A kezdeti tünetek már évekkel a teljes kialakulás előtt kezdődnek, legtöbbször azonban a beteg nem szerez róluk tudomást. Sok esetben a korai elváltozások téves kórjelzés alapján kezeltetnek.

A szétterülő dermatitis atrophicans az első évtizedben nem fordul elő. A korai gyermekkorban észlelt esetekről kiderült, hogy fagyás vagy égés utáni szokatlan megjelenésű sorvadások.

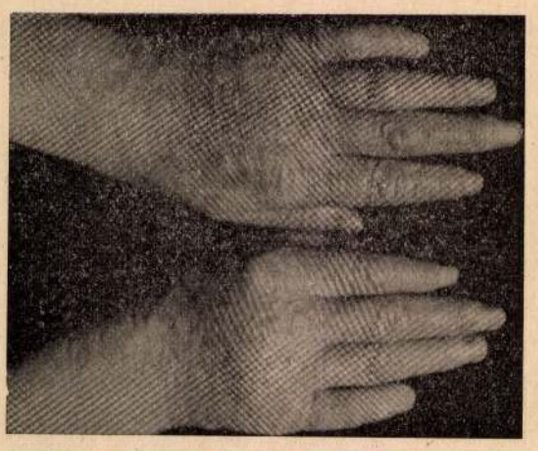
Az akrodermatitis atrophicans esetei hamarabb jutnak orvos elé, mivel a kéz- és lábfejen kezdődő elváltozás hamarabb okoz subjectív kellemetlenséget és szembeötlőbb. Azonban ezt a kórformát is a legkorábban a második évtized első éveiben észlelték, de mindössze kevés esetben.

A következőkben egy 13 éves leányon észlelt akrodermatitis atrophicansról kívánok beszámolni, melyben az az érdekesség, hogy már több éve, valószínűleg gyermekkorában kezdődött.

A beteg szülei egészségesek, még két egészséges testvére van, családjukban hasonló bőrbetegség nem volt. A szülők szerint a leány betegsége két éves korában kezdődött; a kezén és lábán a bőr megduzzadt és ujjait nem tudta kinyújtani. Sok orvosnak mutatták, kenőcsökkel kezelték, azonban nem gyógyult meg, hanem lassan terjedt és évek alatt jutott mai állapotába. Bőrbajától eltekintve mindig egészséges volt, csupán 10 éves korában volt valami heveny kiütéses betegsége.

Felvételkor a leány gyengén táplált, sápadt, testsúlya 41 kiló. Belgyógyászati vizsgálattal sem klinikailag, sem

radiologiailag nem találtunk rajta rendellenességet; idegrendszeri vagy dysendokrin elváltozás sem volt megállapítható. Még nem menstruált. Vvsz.: 4,000.000, Fvsz.: 7500, pálcamagvú neutrophil leukocyta 6%, karélyos magvú 50%, lymphocyta 36%, monocyta 8%. Vizeletben kóros alakelem nincs. Wassermann R.: negativ. Praecipitatiós R.: negativ.



1. ábra.

A kézen és a lábon a kézhát és ujjak feszítő oldalának bőre sötétvörös, barnás és kékes-vörösen tarka; itt a bőr feltünően megvékonyodott, sorvadt, olyan mint az összegyürt cigarettapapiros. Ha a ráncokat, finom gyürődéseket elsimitjuk vagy tovább toljuk, az eredeti rajz csak lassan tér vissza, jeléül annak, hogy a sorvadt bőr rugalmasságából is veszített. A visszerek ellapult kékes vonalak alakjában élénken tünnek át a sorvadt bőrön. A mutató- és közép ujja alappercének izülete fölött a bőr több helyen mélyen be volt repedve, a repedéseket barnás-feketés var fedi. E területek körül a bőr duzzadtabb és érzékenyebb mint a környezet. Szőrszálakat a beteg területen csak egész kis számban lehet látni, ezek is igen vékonyak. Körmei hosszant rovátkoltak, a nagy ujj körme harántul is rovátkolt; a köröm törékeny és száraz. Ahol a baj továbbterjedt, ott az ép bőr színvonala alá süppedő, kékes-vörös, finoman ráncolt eléggé elhatárolt foltok láthatók. A kéz tenyéri oldalán a bőr száraz, finoman repedezett, hámló, redői mélyek az ujjak hajlító felszinén is. Ujjai kissé hajlitottak, egészen kinyújtani nem tudja, mintha bőre megszükült volna és nem engedné azok kiegyenesitését. A lábán az elváltozás enyhébb; a bőr sorvadása csak a lábujjak hátán látható. A lábháton egészen a boka tájáig egymással keskeny hídakkal összefüggő kékes-vörös területek láthatók, úgy mint a kézháton. Körmei itt is repedezettek, szárazak, törékenyek, az öreg ujj körmén kezdődő oychogriphosis volt. A hideg-meleg érzés és tapintás rendes. Röntgenfelvételen a kéz- és a lábujjakcsontjai semmiféle elváltozást sem árulnak el. A szövettani metszeten a bőrsorvadás egyhangú képe látható. A metszet egyik részén az epidermis egészen elvékonyodott, az irha és a hám hullámos határvonala teljesen elsimult. Ugyanezen területen a cutis is nagymértékben sorvadt, sőt a subcutis gerendái is elvékonyodtak. Egy másik részében a metszetnek a papillák hullámvonala jól megtatott, ezen a területen szórtüsző és izzadságmirigy is látható és a cutisban infiltratum ismerhető fel (Lymphocyta).

A diagnosis a betegség ilyen kifejlett stadiumában nem nehéz. Ha a dermatitis atrophicans esetén egy bőrredőt emelünk fel, annak tapintata száraz, merev és teteje szögletes; ha a redőt ujjaink közül kiengedjük, nehezen simul el és a bőrterület csak lassan nyeri vissza eredeti rajzolatát. Skleroderma esetében a felemelt redő domború tetejű és ha a redőt elengedjük azonnal kisimul, jeléül annak, hogy rugalmas elemei épebbek. *(Ehman)* Ha a dermatitis atrophicansos bőrterületet megdörzsöljük, az bővérű lesz, mivel a beteg terület erei nem változnak. Ezzel szemben a capillarisok összenyomása miatt a sklerodermás folt még hosszabb massage után sem válik bővérűvé. (A szövettani metszeten jól megállapítható az, hogy a vérerek nem változatlanok.) Talán először kellett volna említenünk az égést és a fagyást, melyek után némikép hasonló sorvadásos állapot fejlődhet ki. Ebben az esetben mindkét ártalmat kizárja a klinikai kép. Égések után, amennyiben a hám elpusztult, hegesedés áll be. A heg később sorvadhat ugyan, azonban heg volta mindig felismerhető marad. A fagyás után kifejlődő sorvadás általában nem szokott ilyen mérvű lenni. Amennyiben a kéz vagy láb annyira megfagyott, hogy a betegen látható nagyfokú sorvadásra lehetne kilátás, akkor mutilatio is lenne. Kizárja az égést és a fagyást az is, hogy a *szülők határozottan állitják, hogy ilyen baleset a gyermekükkel nem történt.* A szülők egyszerű, de értelmes emberek, akik gyermekeiket szeretettel ápolják és nevelik és minden kérdésre megbízható feleletet adnak. Megállapiható az is, hogy lassan előrehaladó folyamatról van szó. Az égés vagy fagyás utáni állapotok pedig befejezett tények és területileg semmiesetre sem nagyobbodnak.

Betegünknek a sorvadt terület meleg fürösztése és paraffin-pakolása mellett kezdetben *sexormon* (Egger) készitményt adagoltunk (fő hatóanyaga a petetüsző nedve) és főleg jó kiadós kosztot rendeltünk a gyengén táplált leánynak. A felvételkor 41 kiló súlyú leány rövidesen hízni, nőni kezdett, úgy hogy szeptemberben már 48 kiló volt. November 23-a óta insulint kapott, naponta 20 egységet és testsúlya 1935. december 10-én 51 kiló. Mindezideig nem menstruált, ez azonban nem tekinthető dysfunctiónak, mivel nála a pubertas jelei kifejezetten megállapithatók, másrészt mivel tudjuk, hogy a falusi leányok néha csak 16 éves korban menstruálnak először.

Ha a beteg mostani állapotát a felvételkorival összehasonlítjuk, kétségtelen, hogy általános állapota sokat változott. A csenevész kis paraszt-lányból viruló hajadon lett. A felületes megfigyelő a bőrbetegség képének megváltozását is hajlandó volna bizonyos fokú gyógyulásnak minősiteni. Kétségtelen, hogy a tünetek enyhültek, hogy a folyamat tovaterjedése pillanatnyilag megállott, hogy a bőr szárazsága eltünt és hogy a rugalmasság jobb, az ujjait is ki tudja nyújtani; sőt körmei is rendbejöttek. Természetes, hogy ez esetben is — mint általában a bőrsorvadásban — nincs jogusk túlságos bizakodásra. A betegség megállapodik egy időre, sajnos azonban, ha lassan is, de tovább fog terjedni.

A debreceni m. kir. 6. sz. honvéd és közrendészeti helyőrségi kórház szemészeti osztályának közleménye.

Veleszületett kétoldali atypikus szivárványhártya-rés.

Irta: *Fazakas Sándor dr.*, egyet. magántanár, a szemészeti osztály vezetője.

A szem fejlődési hibái minden időben különösképpen érdekelték az orvosokat s általában mindazokat, akik fejlődéstani kérdésekkel foglalkoztak. Ennek talán legtöbb oka az, hogy ezek a fejlődési rendellenességek igen sokszor mintegy bevilágitottak a rendes fejlődés nem egy kérdésébe is. Ezenkivül a fejlődési hibák előállásának a miként je s az ezen felépülő, helyesebben ebből kiinduló kisebb-nagyobb fokú működés sokfélesége, meg aztán a mindezekkel legtöbbször együttjáró különféle kozmetikai elváltozás bő magyarázatául szolgálhat az előbb említett érdeklődésnek. Az a körülmény, hogy a szem fejlődési hibái aránylag gyakran fordulnak elő, több okban leli magyarázatát. Elsősorban is egy olyan bonyolult és nagy differentiáltságú szervben, mint a szem, igen könnyen jöhet létre kisebb-nagyobbfokú tökéletlenség, hiszen minél bonyolultabb valamely szerv kifejlődése, annál könnyebben és gyakrabban támadhatnak zavarok a szövetfejlődés folyamán. A complicált felépitésben leli magyarázatát az a tapasztalati tény is, hogy

jóformán nincs a szemnek egyetlen egy része se, ahol fejlődési rendellenesség ne fordult volna elő.

Jelen esetben kétoldali atypikus, veleszületett szivárványhártyarésről számolok be.

44 é. női betegen a jobb irisben felül-kivül ½10—½12°-ig egészen a gyöki részig terjedő, kifelé szélesedő, széles, atypikus, totalis rés látszik. A szivárványhártya egyébként teljesen ép. A circulus iridis major az iris pupillaris széle körül teljesen szabályosan fekszik s folytatódik a rést körülvevő részbe is, ahol azonban jóval finomabb. A pigmentszegély — az irisnek mind a pupillaris, mind a colobomás szélén — tökéletes volt. A rés területében jól látható a lencse széle és a zonula. Mindkettő rendes. Befelé irányuló concomitáló kancsalság. Refractio: emmetropia.

Bal szivárványhártya színe, rajzolata szabályszerü. Benne 2 atypikus, incomplet rés látszik. Egyik kivül-alul van. Középszéles. Kifelé keskenyedik. Szárai az iris gyöke előtt 1½ mm-nyi távolságban hegyesszögben találkoznak. Itt tehát a rés mellett még keskeny irisszövet látható. A második rés keskeny téglányalakú és befelé az orrfelé irányul. Magassága 1.5 mm, szélessége 3½ mm. A pupilla felöli része 9°, limbus felöli része ¾9° táján van s így majdnem a vizszintes átmérőben helyezkedik el. A circulus iridis major mindkét coloboma körül jól kivehető. A pupillakörüli része teljesen szabályos. A pigmentszegély a szembogár és a nagyobb rés szélén is jól látszik, a kisebb hasadéknál szintén megvan, de nem fordul vissza az iris szélére, hanem azt túlnőve szabadon végződik a téglaalakú résben. A colobomákból és a pupillából összetevődő rés rendkivül érdekes formáját minden irányban egyenletesen tágulva még sötétben is megtartja. A fundus ép. Refractio: emmetropia. E fejlődési rendellenességek nemcsak kellemetlenséget okoztak (nagyobb világosságban állandó káprázás és fénykerülés), hanem kozmetikai előnyt is jelentettek. Ünnepelt, kivételes helyzetet biztosított betegünknek „virágos" „rózsabimbó szeme". Utóbbi elnevezéshez tényleg nem is kellett sok phantasia, ha balszemére néztek.

A szivárványhártyarés a legszorosabb viszonyban van a szem fejlődésével, közelebbről a kehelyrés elzáródásának a kérdésével. Ezen kehelyrés viselkedése rendes körülmények között aránylag egyszerű, u. i. a rés szélei egymással érintkezésbe jutva, lassan teljesen egybeforrnak. Ha ezen elzáródás bármilyen okból elmarad, vagy akár csak hátráltatik, bizonyos körülmények között torzképződmény jöhet létre, melyet *„typusos colobomá"*-nak nevezhetünk, szemben az ú. n. *„atypusos colobomá"*-val, melynek létrejöveteléhez a kehelyrésnek nincsen semmi köze.

A kehelyrés összenövésének a megakadályozását többféle körülményben kereshetjük. A legrégibb felfogás szerint, — mely alapos hystogenetikai vizsgálatokra támaszkodik — a kehely szélei közé benőtt mesoderma állandósulása (persistálása) akadályozza meg az összenövést. Már *Manz, Hess* és *Hippel* e felfogás hivei. E mechanikai magyarázat mind a mai napig *(Kitahara, Seefelder)* igen kedvelt. Vallói legfennebb csak annyiban különböznek egymástól, hogy egyik magára a sejtes mesodermára, mások a mesodermában haladó edények atypikus persistálására, illetve viselkedésére gondol. Az edényekkel kapcsolatban talán azokra az anastomosisokra is gondolhatunk, amelyek az embryonalis életben a circulus iridis majort az arteria hyaloidea végágaival összekötik s amelyek közül a legfontosabb szerepet azok játszhatják, melyek éppen a kehelyhasadék mentén hozzák létre az anastomosist. Ezeket az ereket *Mann* vasa-irido-hyaloideáknak nevezi. Kifejlődésük a negyedik-ötödik hétre esik, tehát éppen arra az időre, mikor a kehelyrés ajkainak az összeforradása — először annak csak a középső részére szoritkozva — megindul. Ezek az erek — mind csak bizonyos ideig tartó anastomosisok — rendesen a harmadik hónapban szoktak eltünni. Ha pedig egy, vagy több ilyen vasa hyaloidea idejében nem fejlődik vissza s emiatt a szemkehelynek a széle megfelelő helyen az előre irányulo növekedésben akadályozva van — miközben a szomszédos részek zavartalanul kifejlődnek — előáll a rés.

A coloboma kifejlődésének ilyen felfogása, illetve elképzelésével minden más magyarázatnál jobban megérthető az atypikus formák jövetele is, hiszen ezek a persistáló vasa iridohyaloideák a kelyhek szélén körüskörül bárhol előforduihatnak. Igy a typikus coloboma mellett annak atypikus formája, sőt akár a polykoria és az aniridia létrejövetele is elképzelhető. Végeredményben akár az előbb emlitett feltevéseket, akár pedig az utóbbit is fogadjuk el, rés épp úgy a mesoderma tökéletlen felszivódása következményének fogható fel, mint például a jóval gyakoribb membrana pupillaris perseverans. Azokról a bizonyos kötőszöveti fibrosus kötegekről, melyekről *Mann,* de rajta kivül az irodalomban még mások, így legutóbb *Kitahara* is megemlékeznek, s amelyek rendesen a rés csúcsától, vagy pedig a cornea hátsó lapjától a csarnokzug táján indulnak ki s néha villa-alakban az üvegtestbe is hátrahúzódtak, vagy mint *Kitaharánál* a rések oldalsó végeit szegték be, s a colobomában szürkés-fehér finom hártyaként helyeződtek el, fel lehet tételezni, hogy az említett arteria (vasa) irido-hyaloideáknak, vagy az ezeket tartalmazó embryonalis kötőszövetnek a maradványai voltak.

El lehet képzelni az atypikus rések létrejövetelét nem mechanikai okokból is. *Marchesini* pl. az atypikus colobomát a szemhólyagnak — a fejlődés legelső idejében lejátszódó — atypikus forgásával magyarázza. *Adrogue* és *Pereyra* szerint pedig az atypikus coloboma egyszerüen az embryonalis szembogár szabálytalan fejlődése következtében jön létre. *Rones* emberi embryiók tanulmányozása kapcsán arra a megállapodásra jutott, hogy a kehelynek a növekedése nem történik minden irányban egyenlő mértékben, hanem hullámokban. Ha ez a növekedésre ösztönző energia ismeretlen okból bizonyos helyen vagy helyeken kevésbbé hat, vagy kimarad, ezen hely, illetve helyek a növekedésben visszamaradnak s előáll a kehelynek a szélén egy vagy több rovátka (behúzódás). A rések előállása tehát a növekedési energia ártalmára vezethetők vissza és tisztán az ártalom idejétől függ, hogy a keletkező defectus az érhártyát, a sugártestet, vagy csak az irist illeti-e. Ezen felfogás szerint az esetleg jelenlévő kötőszöveti kötegnek nincsen semmi köze a rés előállásához. A kötegek megjelenése csak másodlagos s a defectusok kitöltését szolgálja.

Fischer szintén ezekben a rovátkákban látja az iris colobomák kiindulását. Szerinte az embryonalis fejlődés alatt a pupilla kezdetben sokszor csaknem hatszögű. Az oldalak közti behúzódások, — melyek fent, lent, fent tempolalisan, lent temporalisan, nasalisan fent és nasalisan lent helyezkednek el — kiinduló pontjai lehetnek a későbbi réseknek.

Úgy hiszem, hogy a colobomát is, mint minden egyéb torzképződést több, mindenesetre csak részben ismert tényező rendellenes összejátszása hozza létre s ezen tényezők közös eredőjének lehet tartani.

Sokszor a kórosan nagy lencsének is szerepe van a baj kifejlődésében. Feltevésünk elhihetővé tétele nem ütközik különösebb nehézségekbe. Köztudomás szerint a szemkehelynek a szemhólyagból való kifejlődése a szemlencse kifejlődésének és lefűződésének az idejével nemcsak összeesik a legpontosabban, hanem a legnagyobb valószinűség szerint a szemkehely képződését éppen maga a lencse inditja meg. Könnyen elképzelhető, hogy a kórosan nagy lencsetelep a maga fokozott nyomásával a szemkehely növekedési energiájának a csökkenését idézheti elő a legkülönbözőbb helyeken. Ilyen módon typusos és atypikus colobomák jöhetnek létre.

A lencse és egyúttal a kötőszövet szerepére is 1928-ban egy colobomával kapcsolatban, mely veleszületett kicsinyszeműséggel és cystával volt keverve, alkalmam volt rámutatni. Feltünő volt a viszonylagosan nagy s a kehelyhasadék irányában egészen a bulbus falához lapuló lencse s emellett egy vaskos kötőszöveti köteg, mely az opticus belépési helyétől tehát a volt kehelyhasadék hátsó része felől ugyancsak nasalisan a kóros elhelyeződésű lencsetok hátsó felszinéhez húzódott s össze is nőtt azzal. Ugyancsak figyelemreméltók voltak azok a sövények is, amelyek a cystaszerű üregből indultak ki s az előbbivel együtt szintén a lencsetokhoz húzódtak elő. Az ilyen elhelyeződésű lencse s az említett kötegek maguk után vonhatják a kehelyhasadék rendellenes persistálását. Lényeges felvilágositást nyujtott még az elváltozások genesiséhez azon lelet, hogy a bulbus nasalis felén a str. pigmenti retinae és a chorioidea a látóideg betérésétől medialisan előrefelé a lencsénél fekvő retinarészletig teljesen hiányzott.

A felfogások különbözőségéből leszűrhető, hogy az iris rés hystogenesisének kérdése még egyáltalában nincs tisztázva. Bizonyos az, hogy a mikrophthalmus és cysta társaságában lévő coloboma elsősorban mint igazi idiovariatio és valószinüleg az atavismus megnyilvánulásának fogandó fel. A kérdés tökéletes megfejtésének a reményét nagyon elhalványítja az a körülmény, hogy mesterségesen még eddig nem igen sikerült olyan korcsképződményeket létrehozni, amelyek ontogenesisükben s az elért végeredményben az önként keletkező typikus indiokinenetikus korcsképződményekhez teljesen hasonlók lettek volna. Bizonyos csak az, hogy különféle ártalmakkal lehet az embriókat a méhben életképességük megtartásával bántalmazni. Röntgenbesugárzással (von *Hippel),* naphthalin-táplálással *(Pagenstecher)* specifikus cytotoxinok adagolásával, továbbá konyhasó, víz, meg levegő injiciálásával *(Oehes),* meg aztán különféle erőművi behatással végzett kisérletek részben eredménytelenek voltak, vagy pedig a látszólagos eredmények is *Szily* szerint merő véletlenségek lehettek, hiszen a talált elváltozások a kisérleti állatok mindenikén jelentkezhetnek, meg aztán a mesterségesen létrehozott colobomák legnagyobb része valamilyen megbetegedés nyomát viselik magukon, holott ez az idiotypikus korcsképződéseken teljesen hiányozni szokott.

Ha még tekintetbe vesszük azt is, hogy tervszerű tenyésztéssel milyen meglepően nagy száma hozható létre az idiotypikus colobomáknak, érthető lesz az a nagy bizalmatlanság, amivel a colobomáknak mesterséges úton létrehozását fogadják. Végül ki kell emelnem, hogy a fejlődési rendellenességek különféle létrejövetelének megértésében legtöbbet a magyar *Szily* hysto- és ontogenetikai vizsgálatainak lehet köszönni.

Emlékeztető!..

„Franciaországban, Angliában s ezek révén az egész világon elterjedt egészségügyi szabály, hogy az embernek hetenként egyszer ki kell tisztítania bélcsatornáját. Azt hiszem, mindnyájan meg vagyunk felőle győződve, hogy ez indokolt és jó dolog, és kívánatos, hogy nálunk is elterjedjen. És milyen hasznát látnák a mi pompás *glaubersós keserűvizeink,* amelyeknek mint a gyomortól a vastagbélig takarító, pompás nyálkaoldó és a máj működését is serkentő sóoldatoknak minden hashajtó gyógyszer fölött nagy előnyük van."

Vámossy Z. előadásából a M. O. O. Sz. 1925. é. congressusán.

A Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. belklinikájának közleménye. (igazgató: báró Kétly László ny. r. tanár).

Thrombopeniához társult idült fekélyes colitis.

Irta: *vitéz Czabafy András dr.* egyetemi gyakornok.

A tárgyunkat képező eset nemcsak mint ritkaság méltó figyelemre, hanem egyszersmind fontos problemát is kiván felvetni a thrombopenia essentialis chronica pathogenesise s gyógykezelése szempontjából.

Esetünk a következő:

K. S. 60 éves, egy testvére tbc.-ben halt meg. Gyermekbetegségről nem tud. Luest tagad. 40 évvel ezelőtt, katona korában a visszaütődő fegyvertől, hatalmas vérömlenyt kapott. Azóta, ha tompa tárggyal megütötte magát, vagy ha valaki erősebben megszorította karját, a testén kék foltok keletkeztek. Orra gyakran, hosszasan vérzett. 1933. febr. 15-től 20-ig naponta inyvérzés, febr. 20-óta naponta 8—10 szurokszerű szék, olykor friss vérrel. Utóbbi 2 hét alatt fogyott, fáradt, álmatlan. Láza nem volt. Két izben feküdt klinikánkon.

I. felvétel: 1933. III. 6. A különben jólfejlett és táplált betegen az ekg myokardium laesiót mutatott. Próbareggeli szerint mérsékelten hyperchlorhydriás. Anaemia nincs. Vérzési idő 7, alvadási idő 6 perc, thrombocyta 180.000. Rumpel-Leede positiv. Vér, vizelet bakteriologiailag negatív. Wassermann negativ. Vizeletben urobilinogen positiv. Szék normalis. Rectoskopia: 10 cm-rel az anustól, fillérnyi, felületes hámhiány, inflammatio nincs. 2 hónapos klinikai tartózkodás alatt egyszer volt száj- és egyszer orr-vérzése. Távozáskor rectoskoposan ép nyálkahártya. Vérzési idő 7, alvadási idő 6 perc, thrombocyta 160.000.

II. felvétel 1934. IV. 9. Panasza: 2 hét óta székletével friss vér ürül, orra, szája gyakran vérzik. Láztalan. V. v. s. 4.400,000, f. v. s. 8000, hgb. 88%, qualitative normalis viszonyok. Vérzési idő 17, alvadási idő 9 perc, thrombocyta 135,000. Rumpel—Leede positiv. Ekg szerinti myokardium laesio. Vér, vizelet bakt. negativ. Wa. negativ. Vizeletben urobilinogen positiv. Szék normalis. Rectoskoposan s röntgen szerint ép nyálkahártya.

Inye, orra és bele hetenként többször alig csillapithatóan vérzett. A súlyos vérzések idején alig találtunk néhány thrombocytát a készítményben. Megfelelő, vitamindús diaetát kapott. A vérzés-csillapitók egész seregét alkalmaztuk parenteralisan, per os, per rectum. Kapott öt lépbesugárzást is. A vérzés 8½ hónapon át minden kezeléssel dacolt. Ezen idő alatt 3 izben végeztünk rectoskopiát, mindig negatív eredménnyel. Minthogy minden conservativ kezelés csődöt mondott, széklet vaccina-kezelést kezdtünk betegünkön. Ezt azon régi felfogás gyakorlati megoldásának megkisérlése céljából tettük, mely a thrombopenia essentialist enterogen eredetünek tartja. 1934. XII. 17-től—1935. III. 18-ig végeztük ezt a kezelést. Két izben végeztünk kitenyésztést. Első esetben coli + enterococcus, második esetben két typusú coli + enterococcus tenyészett ki.* Adagolás subc. 0.20—1.0 ccm. A befecskendéseket nagy általános (hidegrázás, 39.6 láz) s góc-reactio (orr-, száj-, bélvérzés) kisérte. A góc-reactiók végül mind enyhébbek lettek, majd elmaradtak. Ekkor a kezelést hús7z befecskendés után abbahagytuk a beteg további megfigyelése végett. 2 héttel később rectoskopiát végeztettünk a colon ellenőrzése céljából. A végbél felett duzzadt, vérzékeny nyálkahártya volt észlelhető, felületes fekélyekkel. A beteg még hónapokig állott klinikánkon megfigyelésünk alatt. Thrombocyta 110,000—200,000, a vérzési idő 7—9 perc, alvadási idő 3—5 perc között váltakozott. 1935. VII. 12-én a beteg klinikailag gyógyultan távozott. A beteget az intézeten kivül is figyelemmel tartottuk. A vaccinatio befejezése óta, 9 hónapja panaszmentes.

Nem kérdéses, hogy esetünk, mai ismereteink szerint (typikus anamnesis: 20 éves kora óta, azaz 40 éven át fennálló multiplex traumás suffusiók, spontán orrvérzések) thrombopenia essentialis chronica, mit látszólag a colitis ulcerosa megjelenése tett oly súlyossá, hogy a a beteg intézetünkben keresett gyógyulást. Maga a coli-

* Úgy a kitenyésztést, mint a vaccina elkészitését a Pázmány Péter Tudományegyetem bakteriologiai intézete végezte, miért is e helyen köszönetünket nyilvánítjuk.

tis enyhe volt. Csak az első felvétel alkalmával látszott az ampullában egy, fillérnyi, felületes hámhiány. A további ellenőrzések alkalmával negativ volt a rectoskopiás lelet s csak a vaccinatio befejezése után mutatott az ampullában határozott fekélyesedést és gyulladást. Röntgen ép nyálkahártyát mutatott.

Felmerül a kérdés, vajjon a colitis ulcerosa, mint társult, önálló megbetegedés fogható-e fel s okolható-e a vérzések súlyosbodásáért, vagy csak következménye-e, szövődménye az alapbajnak. Továbbá mivel magyarázzuk a vaccinatio kedvező hatását a vérzékenységre.

E kérdésekre az alábbiakban igyekszünk választ adni.

Mering könyvében *Noorden* utal arra, hogy a morbus maculosus Werlhofi pathogenesisében egyesek enterogen eredetre gyanakodnak. Szerintünk az enterogen infectio gyanuja nem is indokolatlan, ha meggondoljuk, hogy bizonyos körülmények között a bélben normalisan is jelenlevő csirok — amik lehetnek bizonyos körülmények között pathogenek is —, vagy azok anyagcseretermékei az ép bélfalon — constitutiós gyengeség, figyelemre sem méltatott functio-zavar folytán — időnként átléphetnek s a vérképző rendszert bántalmazhatják. Ha e feltevést esetünkre vonatkoztatjuk, úgy ennek csak támogatására találunk azon tényben, hogy betegünkben colitis ulcerosa fejlődött ki. Ugyanis a colitis ulcerosát úgy is tekinthetjük, mint a bélben élő, normalis, de pathogen csirok által okozott időnkénti functiozavarnak kórbonctani elváltozáshoz vezető állapotát. Tehát itt a colitis ulcerosát nem különálló, hanem egyazon aetiologiai okból származónak is tekinthetjük s az általános vérzések kiváltásában közvetlen tényezőként nem is okolhatjuk. Inkább a thrombopenia, — mint alapbetegség — rosszabbodása tünetének minősíthetjük.

Ha esetünket e szempontokból nézzük, magyarázatát találjuk gyógykezelésünk sikerének is. Említettük, hogy coli + enterococcust tenyésztettünk ki a székletből. Ha felvesszük, hogy ez, a bélben normalis csirok, mik lehettek pathogenek is s a colitist is okozhatták, már a fekélyek kifejlődése előtt is bizonyos s említett módon bántalmazhatták a vérképző rendszert, akkor az e csirok parenteralis bevitelére beállott hatást, mai felfogásunk szerint, immunbiologiailag értelmezhetjük. E hatás egyelőre csak a vérzéseknek, mint az előtérben álló panaszoknak megszünésében nyilvánult meg. A thrombocyta szám nem mindig érte el a normalis alsó határt. A colitis nem gyógyult meg, bár panaszt nem okozott, amiért a 60 éves szervezetnek hiányos reactiokészségét okolhatjuk.

Az elmondottak alapján lehetőnek tartjuk, hogy a bél normalis csirái, alkalmilag pathogenné válva, fentebb említett módon, a vérképző rendszert bántalmazhatják s idővel a thrombopenia essentialis chronicát okozhatják. Kívánatos volna ezért egyrészt ezen ritka kórképekben a szokásos bakteriologiai vér-, vizelet-, tonsilla-, stb. vizsgálat mellett a bélflorát is tüzetes vizsgálat tárgyává tenni, a normal-florát állatokon pathogenitas-vizsgálatnak alávetni; másrészt az actualis florával vaccinatiót végezni s így immunbiologiai alapon is megközelíteni a kérdést. A súlyos vérzések, melyek a befecskendések nyomán keletkeznek, ne riasszanak vissza bennünket. Myokardium laesio — mint esetünk mutatja — nem képez contraindicatiót.

Nem célunk itt a thrombopeniás vérzések különféle problemáit megvitatni. Csak rá akartunk mutatni a ma még chronikus-essentialisnak nevezett kórképek pathogenetikai s therapiai lehetőségére.

LAPSZEMLE

Sebészet.

A Basedow-betegek exophthalmusa. *Justin—Besançon.* (La Presse Médicale, 1936. 30.)

A Basedow-betegek exophthalmiáját a szerző klinikai és kisérleti vizsgálatok alapján igyekezett tisztázni. Először összefoglalja a klinikai adatokat, megállapitván, hogy a Basedow-os exophthalmusnak a többi nem Basedow-os exophthalmustól megkülönböztető jellemvonásai vannak. A másik klinikai tény a hyperthyreoidismus nagy szerepe az exophthalmus létrejöttében. Mégis megállapitja a szerző, hogy: 1. a hyperthyreoidismus nem szükséges az exophthalmus létrejöttéhez és 2. nem is elegendő exophthalmus létrejöttéhez, tehát az exophthalmia független a pajzsmirigytünetcsoporttól.

A klinikai tapasztalatok két tényt mutatnak: 1. a Basedowos exophthalmus sympathicus, de nem cervicalis sympathicus izgalom, 2. a hyperthyreoidismus elősegiti az exophthalmust, de nem feltétlen velejárója utóbbinak. Ezen kérdések tisztázására irányultak vizsgálatai.

Állatkisérletekben tisztázta az exophthalmus helyi mechanismusát. Megállapitja, hogy a fibrae orbito-palpebrales (Müller-féle izom) összehúzódása magyarázza meg a Graefe-tünetet. A sympathicus idegelemek élettani sajátlagossága következik a szemgolyó protrusiós berendezésének bizonyos sympathicus-izgató vegyi anyagokra történő különleges sensibilisatiójából. Több állatkisérletről számol be, ahol ephedrin- és pilocarpin befecskendezésre sikerült erős mydriasis nélkül exophthalmiát előidézni, tehát bebizonyosodott, hogy a szemgolyó protrusiós készüléke független a pupillaris berendezéstől. Az ily kisérleti exophthalmus helyi vizsgálatakor a protrusióban gyakran egyenlőtlenség tapasztalható. A kisérleti exophthalmust viszont mindig kiséri kisfokú szétérés (Moebius tünet). A ilyen szemek vizsgálatakor kitünt, hogy a szemgolyó haránt irányban kiszélesedett (Stellwag tünet egyik oka). Végül ezekben a kisérleti exophthalmusokban sohasem észlelték a retina véredényeinek elváltozását, sem retrobulbaris értágulatot. Az állatok általános vizsgálata azt mutatja, hogy a szemgolyó protrusiós rendszere sajátlagos, független élettannal bir, a Basedow-os exophthalmus tehát nem egyszerüen az általános sympathicus-izgalom részjelensége. A thyroxin egyedül nem képes exophthalmiát okozni, de a kisérleti exophthalmiát elősegíti s egyben a mydriasist gátolja. Végül beszámol arról, hogy sympatholythicus anyagokkal és pedig a yohimbin-csoport alkaloidáival sikerült a kisérleti exophthalmust visszafejleszteni.

Móra Sándor dr.

Májrepedés utáni súlyos veseártalom. *F. Becker.* Basel. (Zblt. 1936. 12.)

Súlyos májsérülések prognosisa, eltekintve melléksérülésektől, a máj sérülés nagyságától, a vérvesztesség mértékétől, az epének a hasüregbe jutásától és a mütét időpontjától függ. A nagy halálozás okaként mindenek előtt a nagy vérveszteséget jelölik meg. *Herbst* a májrepedés következtében előállot müködési zavart teszi felelőssé máj szétesési toxicosis értelmében. A májrepedés okozta veseártalomra, mint halálokra eddig nem eléggé derítettek fényt.

Egy esete kapcsán vázolja az erre vonatkozó irodalmat, melyből kitünik, hogy fennáll egy hepato-renalis müködési összefüggés, amelynek kóros körülmények között tünt ki csak a fontossága. Megfigyelésekből, állatkisérletekből látjuk, hogy valószinüleg az elhalt májszövetnek a vérbejutása és ezáltal a fehérje szétesési termékeknek a vérben való felszaporodása elektiv toxikus hatást fejt ki a kanyargós csatornácskák hámjára.

Patat Pál dr.

Diabetes therapia haladása újabb sebészi szövődmények esetében. *E. Melchior* és *A. Wagner,* Breslau. (Zblt 1936. 12.)

Az insulin bevezetésének a diabetes therapiájában alapvető fontossága abban van, hogy az insulin segítségével a cukorbajos egyént egy időre cukormentessé tehetjük. Ez által a sebészi feladatok (carbunculus, phlegmone, gangraena) a normalishoz hasonló körülmények között válnak kezelhetővé. Az acidosissal nem komplikált esetekben elegendő a szénhydrat reductio és a táplálék összmennyiségének a megszorítása későbbi insulin adagolással. Az empirikus tapasztalatokon alapuló újabb irányzat szerint erőteljes zsírmegvonással nagyobb szénhydrat bevitel válik lehetségessé.A betegnek így az étrendje szabadabb. Az eredmények a diabetes sebészi eseteiben nagyon kielégitők. Néhány kórtörténetet kö-

zöl, majd röviden vázolja a fenti elméleti meggondolások gyakorlati kivitelét. A következő semát ajánlja: 6 ó. 20 E. ins.; 7 ó 30' zabliszt leves 1 tojással; 9 ó 30' 35 gr fehér kenyér, sovány sajttal; 11 ó. 20 E. ins. 12 ó 30' rizs, griz- (30 gr) leves, 100 gr burgonya-purée, amellett főzelék, saláta, esetleg 1—2 tojás, 100 gr gyümölcs vagy kompot; 14 ó 30' 35 gr fehér kenyér; 17 ó 30' 20 E. ins. 19 ó. mint 12.30-kor, 20.30 ó kompot vagy gyümölcs-lé 150—200 gr gyümölcsből; egész napra 30—40 gr vaj.

Patat Pál dr.

Szülészet.

Kiállott toxicosis utáni későbbi terhességek befolyása a veseműködésre. *G. Effkemann.* (Zbl. f. Gyn. 1936. 8.)

Az első terhességük alkalmával eklampsián vagy nephropathián keresztülment asszonyok sorsával foglalkozik, a recidivákat és a vesék állapotát illetően. A szülés után még esetleg hosszabb ideig megmaradó vesemüködési zavarok származhatnak terhességi nephrosis és nephritis combinált alakjától, vagy pedig chronikus nephritistől. Ez utóbbi az irodalom adatai szerint 10—40%-ot tesz ki. Szerző 25 esetében az összes asszony, kinek terhessége toxicosis által zavart volt és szülése után vesebetegségre utaló tünetek maradtak vissza, — fehérjevizelés, cylinderek a vizeletben, fokozott vérnyomás, a Volhard-féle higitási és concentrálási próba zavara, továbbá a vér maradéknitrogenjének emelkedése — kórelőzményében angina, scarlatina, izületi bántalom vagy vesegyulladás szerepelt. Ezen esetek belgyógyászati kezelésre gyógyultak. Későbbi terhességük alkalmával azonban 7 esetben a veseműködés zavara volt ismét kimutatható s ezek közül 3-ban kezdődő rosszindulatú sklerosis, veseinsufficientiával. Ez utóbbiak többszörszülők voltak, mely körülmény a lefolyt terhességek ártalmas hatása mellett látszik szólni. Ha a terhességi toxicosison keresztülment asszonyok kórelőzményében előző vesemegbetegedés nem szerepel, úgy a toxikus vesetünetek rendszerint 2—4 hét alatt eltüntek, olykor azonban hónapokig vagy évekig is fennállhatnak. Ezen kórképet chronikus nephrosisnak, vagy ha a vizelet vörösvérsejteket is tartalmaz, chronikus glomerulonephrosisnak nevezi a szerző. 26 ilyen esete közül lényegesebb veseműködési zavart: a vér maradéknitrogen-tartalmának fokozódását és a Volhard-féle vízkisérlet zavarát — egyben sem talált. Szerző szerint ezen folyamatok gyógyulnak és veseinsufficientia nem jelentkezik. Későbbi terhesség alkalmával az előző eklampsia után 6.7%-ban talált recidivát és 40%-ban terhességi vesét, továbbá nephropathia után 37%-ban kiújulást. Korai lepényleválás anyagában nem fordult elő. Eseteiben a vese-insufficientia tünetei hiányoztak, azonban 23%-ban vérnyomásemelkedés volt kimutatható, mely *Heynemann* szerint 1—1.5%-ban rosszindulatú sklerosisra vezet.

Hufnagl Kálmán dr.

A trichomonas vaginalisról. *M. Rodecurt* (Zbl. f. Gyn. 10.)

Wittvogelnek sikerült a trichomonas vaginalist 64 generatión át továbbtenyészteni *Takemura* által ajánlott Tanabe —Chiba-táptalajon. A táptalajban tenyésztett trichomonas vaginalis fertőzőképességét megtartotta teljes mértékben, amennyiben e cikk írójának sikerült egészséges nő hüvelyébe oltással 11 nap alatt trichomones-fluort és kolpitist előidézni. A folyamat intensiv. Yatren 105, pillula-kezelésre tökéletesen meggyógyult.

Kollár Sándor dr.

A pete transperitonealis átvándorlásának kérdéséhez. *Posatti.* (Zbl. f. Gyn. 1936. 12.)

A bécsi nőgyógyászati klinika 10 éves kürtterhesség anyagát vizsgálták át, kiindulván azon feltételből, hogy a transperitonealis átvándorlás mindazon esetekben bizonyitott, melyekben a sárgatest nem a terhes kürtnek megfelelő oldali petefészekben, hanem az ellenkező oldaliban van. A kérdés bizonyitása nem csak közvetlen módon — már a laparotomia alatti makroskopos lelet alapján —, hanem közvetve is történhetik olyképen, hogy a terhes kürttel együtt eltávolitott azonoldali petefészekben a leggondosabb szövettani vizsgálattal sem lehet a sárgatestet kimutatni. A talált számok csekély voltát az a tény is magyarázza, hogy a mütét sürgőssége miatt a másik petefészekben nem keresték a sárgatestet, vagy ha meg is találták, a makroskopos lelet megörökitését nem tartották fontosnak. 214 eset közül 45 esetben távolitották el az azonoldali petefészket is, a szövettani vizsgálattal 25 esetben vagy jól megtartott sárgatestet, vagy legalább is kétségtelenül megállapitható maradványait megtalálták. A megmaradt 20 eset (44.4%) sorozatos metszeteinek egyikében sem találtak olyan elváltozást, mely a sárgatest jelenléte mellett bizonyitott volna, vagyis ezen esetekben a külső átvándorlás közvetve bebizonyosodott. A többi 169 eset mütéti leirása szerint az egészséges oldali petefészekben a sárgatestet 9 esetben találták meg. Elgondolható, hogy a kürtterhesség létrejövetele a pete külső átvándorlásával összefüggésben áll oly értelemben, hogy a külső átvándorlás által feltételezett késés következtében idősebb pete az ellenkezőoldali kürtbe már beágyazásra kész állapotban érkezik.

Kriszt József dr.

Szemészet.

Glaukomások anyagcsere-vizsgálata. *Siegert.* (Ztschr. für Aug. 1936. ápr.)

Glaucomásokon végzett gázcserevizsgálatok ellentmondó voltát nyilván nem a vizsgált egyének különböző anyagcseréje okozza; gyakran kimutatható azonban, hogy a vizsgálat egyes feltételeire nem voltak figyelemmel. Egyik hibaforrás a beteg alkalmasságának megitélése; igy 65 éven felüli egyének — és éppen itt van sok glaukoma — nem alkalmasak gázanalisisre. A kapott érték megbizható ellenőrzője a specifikus dynamikus hatás. Ez tehát mindig meghatározandó. A vizsgálatok eredményei: primaer glaukoma összes alakjaiban az alapanyagcsere a normalis alsó határánál található, leggyakrabban kifejezetten alacsony (tehát hypothyreosis, szemben *Passow* magasabb értékeivel). Thyreotoxikus jelenségekkel combinatio fölötte ritka. A spec. dym. fehérjehatás glaukomában normalis; ez valószinütlenné teszi a hypophysis elülső lebenyének szerepét. A mérések a Schadow-féle készülékkel, néha a Knipping-gel történtek.

Grósz István dr.

Mesterséges láztherapia a szem syphilisében. *Culler* és *Simpson.* (Archives of Ophthalm. 1936. ápr.)

Szerzők a Kettering-féle hypertherm készüléket használták; ez egyszerüsitett „conditionált" levegőjü fülke, melyben könnyen változtatható a levegő hőfoka, nedvessége és áramlási sebessége. 58 beteget kezeltek, hetenként ismételve összesen 10-szer. Egy ülés 5 óráig tart. A beteg hőmérséklete 40.5 C-ra emelkedik. Feltétel: ép keringési szervek. Evvel kapcsolatban 30 bismut-arsphenamin injectiót adtak. Szemizombénulás eseteiben nem volt meggyőző az eredmény. Keratitis parenchymatosában a folyamatot megröviditi és meggátolja a visszacsést. Exsudativ uveitis kitünően reagál, úgyszintén neuritis optici és neuroretinitis is, valamint activ chorioiditis. Látóidegsorvadás 16 esetében semmiféle javulás nem volt észlelhető. A therapia a klinikai és serologiai leletet nem változtatja meg párhuzamosan. Szerzők a combinált (láz + specifikus) kezelés korai alkalmazásától várják a szemészeti complicatiók ritkulását.

Grósz István dr.

Orr-, torok- gégegyógyászat

Adatok a veleszületett orrsövénydeformitások kérdéséhez. *H. Richter.* (Der Hals-Nasen- und Ohrenarzt. 1936. 27. 1.)

Az orrsövény elferdülések vagy trauma folytán keletkeznek, vagy veleszületettek. Szerző és mások *(Franke, Mihálkovics)* vizsgálata alapján tudjuk, hogy gyakoriak az oly deformitások, melyek eredete az embryonalis időszakra nyulik vissza. A veleszületett orrsövény-elferdülések okának legelfogadottabb magyarázata az aránytalanság, mely egyrészt az egyes sövény-alkotórészek növekedése, másrészt annak csontos kerete (szájpad, orrtető) között áll fenn. Egyesek *(Passow)* tagadják azt, hogy kagyló hypertrophia következménye lenne a sövény, kitérése és elhajlása a másik oldal felé és állitják, hogy a deviatio a primaer állapot és a kagyló-hypertrophia csak compensatorikus.

Szerző esetében 58 éves nőbetegen ivalakú septum-deviatio volt észlelhető balfelé a jobb középső kagyló nagyfokú hyperplasiája mellett. A betegnek veleszületett szájpadhasadéka volt, tehát a septum csontos kerete hiányzott és igy nyilvánvaló, hogy a deviatio a megnagyobbodott kagyló következménye volt. Kagyló-hyperplasia egyébként már az embryonalis időszakban is előfordul és igy felvehető, hogy a veleszületett orrsövény-deviatiók oka, — ha nem is mindig, de gyakran — egy, vagy több orrkagyló primaer megnagyobbodása.

Ajkay Zoltán dr.

Nagy nyelőcső-idegentestek eltávolítása két oesophagoskop segítségével. *Vogel.* (Der Hals-Nasen- und Ohrenarzt. 1936. 27. 1.)

Szerző esetében nőbeteg nagy darab marhacsontot (2x3 cm) nyelt. Az éles és csipkésszélű, lapos idegentest közvetlen az oesophagusbemenet alatt akadt meg, úgy hogy a szük viszonyok miatt a szokásos extractio minden valószinüség szerint nagyfokú oesophagus-sérülést okozott volna. Azon elgondolásból kiindulva, hogy még egy második cső levezetésével az oesophagus-bemenet jobban tágitható, az idegentest egyik sarkát a csövön át fogóval rögzitette, az oesophagoskop markolatát és világitókészülékét a csőről eltávolitotta és egy második csőre szerelte, majd a szem ellenőrzése mellett az első cső mellé vezette le.

Az igy kitágitott oesophagus-lumenben a csont másik sarkát nem volt nehéz a második csövön át fogóval megragadni és az idegentestet a két csővel együttesen extrahálni. Az egész eljárás igen gyorsan ment végbe és nem okozott nagyobb szenvedést a betegnek, mint a szokásos oesophagoskopia.

Szerző ajánlja ez eljárást oly esetekben, ha a nagy, vagy sima és nehezen megfogható idegentest a szükebb oesophagus-bemeneten keresztül a szokott eljárással nehezen hozható ki.

Ajkay Zoltán dr.

Gyermekgyógyászat.

Változások a Landry-féle bénulás charakterében. *Toshiwo Tanaka.* (Amer. Journ. Dis. Childr. 1936. 51. 2.)

Szerző egyik esetben j. o. empyemát észlelt, amelyet 4 héten át punctiókkal kezeltek. Ventil pneumothorax jelentkezett, thoracocentesist végeztek. Mellkas nyilásán át ételmaradékok ürültek. Röntgenátvilágitással constatálták, hogy az itatott pép nagyrésze nem a nyelőcsőbe, hanem a bifurcatio magasságában a mellüregbe ürül. Sectiókor 10 filléres nagyságú folytonossági hiányt találtak. Egy másik esetben 2½ éves gyermeken j. o. empyema punctiókra 14 nap alatt gyógyult. Pár nappal a gyógyulás után nehézlégzés támadt. Röntgenátvilágitás 3 nap után b. o. a kulcscsont magasságában fluctuáló tumort mutatott. Megpungálva 100 ccm genyet kaptak. A gyermek 3 hét alatt meggyógyult.

Kulcsár Margit dr.

Két ritka empyema-szövődmény eset. *Knauer.* (Arch. f. Kk. 1936. 106. 3.)

Yamaguchi körzetben az utóbbi 4 év alatt megváltozott a Landry-féle bénulás lefolyása. A typikus megjelenési alak, mely a spinalis idegek peripheriás bénulásával kezdődik, eltünt, helyette újabban egy másik alak jelent meg, melyben a bénulás bár gyorsabb gyógyulási tendentiát mutatott, de a bénult testrészen spontán fájdalmak támadtak. A legutolsó évben gyakoriak voltak olyan esetek, melyekben az agyi idegek is érintve voltak.

Az észlelt eseteket nem tartja poliomyelitises, inkább grippés eredetüeknek.

Kerpel—Fronius Ödön dr.

Terhesség alatti calcium- és phosphorhiány, valamint D-hypervitaminosis hatása a foetusra. *Sontag, Munson* és *Huff.* (Amer. Journ. Dis. Childr. 1936. 2.)

Patkányok, melyeket terhesség alatt Ca és P-ben hiányos diaetán tartottak, oly magzatokat ellettek, melyekben quantitative kimutatható a calcium- és phosphorhiány. Az anyaállat D-hypervitaminosisa esetén az újszülöttekben szintén Ca és P demineralisatiót lehetett kimutatni. A kisérletek világosan mutatják, hogy a foetus testének ásványtartalma nem független az anyaállat ásványi anyagcseréjétől.

Kerpel—Fronius Ödön dr.

Bőrgyógyászat.

A lázas gonorrhoeás adnexitisek és cystopyelitisek Auro-Detoxin kezelése. *Harro Vogt.* (Derm. Wschr. 1936. 2.)

Szerzőt a kezeléssel dacoló adnex-megbetegedések és a conservativ kezelés ki nem elégitő eredményei birták rá az arany adagolására. Intramuscularis alkalmazáskor a legtöbb esetben 3—4 injectio szükséges, míg intravenás adagoláskor már egy 0.5 gr-os auro-detoxin kritikus temperaturaesést eredményezett. Leghelyesebb a szert másodnaponként adagolni intravenásan (0.5 gr-ot) és a közbeeső napokon 10—20 ccm, 40%-os szőlőcukoroldatot. Táblázatban közli 12 kankó adnexitis, cystopyelitis, pelveoperitonitis esetének hőmérsékletét, az injectiók számát és dosisát, továbbá a lázatalanodás napját. Tapasztalatai alapján az auro-detoxin minden formában jó eredményt ad heveny adnexitisek és cystopyelitis esetén. A legjobb eredményeket a szer intravenás alkalmazásával érte el. A mellékjelenségeket, mint pl. exanthemákat egyidejü szőlőcukor injectio alkalmazásával el lehet kerülni.

Fülöp Gyula dr.

Leukopathia reticularis atypusos angiomatosissal livedo reticularis perstanssal és bronz diabetessel. *Mildbrandt.* (Derm. Wschr. 1936. 5.)

Részletesen közli 37 éves férfibetegének kórtörténetét, akin bronzdiabetesnek, leukopathia reticularisnak, livedo reticularis perstansnak és angiomatosisnak eddig még nem közölt combinatióját észlelte. Bár a családban öröklődést nem sikerült kimutatni, theoretikus meggondolások alapján mégis constitutionalisan öröklődő hajlamot kell felvenni a véredény újképződményt illetőleg. Kb. 10 év előtt legelőször a livedo reticularis keletkezett a tenyereken, valószinüleg ugyanazon csiroknak a fertőző, vagy toxikus hatására, amely a betegen észlelt májcyrrhosist is előidézték. A májcyrrhosissal parallel haemochromatosissal kezdődő pigmentálódás (leukopathia reticularis) kiséretében az alkaron. Az edény újképződményekre hajlamnak megfelelően a beteg bőrén számos teleangiektasia és angioma jelentkezett, ép úgy, mint a szomszédos nyálkahártyákon, melyek valószinüleg a gátló májanyagok kiesésének következményei.

Fülöp Gyula dr.

Psoriasis vulgaris és pyodermia. *Maschkilleisson* és *Abramowitsch.* (Derm. Wschr. 1936. 4.)

Psoriasisban szenvedők bőrén ritkán keletkezik pyoderma. Szerző az irodalmi adatok felsorolása után két rövid kórtörténetet közöl. Mindkét esetben a pyodermás elváltozások psoriasisba mentek át. Első esetében 12 i. m. adott autovaccina és ichthyol kenőcsös kezelés után ujabb psoriasis gócok nem keletkeztek, a régiek genyedésbe mentek át, hogy azután a psoriasisra jellemző száraz jelleget vegyék fel. *Périn* és *Vrettakis* esetében három strepto-staphylococcus vaccina injectióra gyógyult a psoriasis. Szerző nem tudja megerősiteni *Woronow* véleményét, miszerint a pyococcus fertőzés psoriasisban kedvező befolyással bir. Megegyezik *Fesslerrel* abban, hogy psoriasisban szenvedőkön a pyodermás jelenségek a psoriasisra provocálólag hatnak. Psoriasisban szenvedőkön a pyodermának ritka jelentkezését azzal lehet magyarázni, hogy bőrük minden esetben a pyococcusok activálására nem pyodermás, hanem — mint más ingerre — sajátos parakeratosisos reactiókkal válaszol.

Fülöp Gyula dr.

Complementkötési reactio lymphogranuloma inguinale esetén. (K. B. L. i.) *H. Hecht.* (W. Kl. Wschr. 1936, 48,)

A Frei-reactiót diagnostikai célból eléggé kipróbálták eredményesen. Szerző fontosnak tartja egy megbizható seroreactiónak az elvégzését is, már csak azért is, mert a beteg tudta nélkül a syphilises, gonorrhoeás, tbc-s seroreactiókkal együtt elvégezhető. Egyébként a Frei-féle reactio sem absolut biztos, mint azt általában hiszik. Hivatkozik *Clement-Simon, Bralez, Minck, Chevalier, Moline* és mások eredményeire. Lymphogranuloma inguinaleban már történtek kisérletek complementkötéses reactióra vonatkozólag. Legutóbb Cott és Ponce végeztek ily irányú kisérleteket a maguk készitette antigennel. A szerző által ajánlott technika megegyezik a syphilis, gonorrhoea és tbc. activ módszereivel, azonban l. i-ban csak egy kivonattal dolgozik. Kivonatul a prágai állami egészségügyi hivatal antigenjét alkalmazta 0.2 + 0.8 physiologiás konyhasóoldattal történő higitással. Közli az activ serummal történő kisérlet sémáját. Az állványt thermostatba állitja, 25 perc mulva a 8%-os birkavörös vérsejt emulsióból az első csőbe 0.1, a másodikba 0.2, a harmadikba 0.4 ccm-t ad; 20 perc mulva történik a leolvasás, hogy melyik csőben következett be a teljes oldás, majd ezen csőbe adott birkavörös vérsejt mennyiséggel — egy órai thermostatban állás után — az 5-, 6-, 7- és a 8-ik csövet utántölti. Leolvasás akkor történik, amikor a 4. sz. csőben lévő serumcontroll teljesen kioldódott. A kérdéses serum mellett controll céljából egy biztosan Wa. negativ és egy biztosan Wa. positiv serumot is beállit. Ezenkivül a kérdéses serumot syphilisre és tbc-re az activ methodussal is meg kell vizsgálni. Negativ syphilises és tbc-s reactio mellett positiv eredményt adó lymphogranuloma inguinale complementkötési reactio biztosan lymphogranuloma inguinale mellett szól. Ha azonban a controll reactiók positivak, a lymphogranuloma inguinale nem zárható ki.

Fülöp Gyula dr.

Urologia.

Adatok a prostata hypertrophia belső secretiós vonatkozásaihoz. *C. L. Deming, S. H. Jenkins* és *G. Van Wagenen.* (Journ. of Urol. 1935. 34. 678.)

A prostata hypertrophiának két kiindulási pontja lehet, az egyik maga a prostata, a másik a hátsó húgycső submucosus mirigyei. Kisérleti úton bizonyitást nyert, hogy castratio után a többi genitalis miriggyel együtt a prostata is atrophisál. Jelen kisérleteikkel arra a kérdésre akarnak feleletet adni, hogy castratio után vajjon a submucosus mirigyek is atrophisálnak-e. Ilyen kisérletekre egyedül a patkány alkalmas, mert csak ez rendelkezik a hátsó hugycsöben és a trigonumon az emberéhez hasonló submucosus mirigyekkel. Azt tapasztalták, hogy castratio után, bár a prostata sorvadt, a patkány submucosus mirigyeiben semminemü elváltozás nem volt észlelhető. Ebből azt a következtetést vonják le, hogy a castratio az ilyen typusú prostata hypertrophiákra nem lehet befolyással. Csatolják egy észleletüket, melyben egy emberben, kit 22 éves korában castráltak, 74 éves korában prostata hypertrophia fejlödött ki.

Bodon György dr.

A here interstitialis sejtjeinek vonatkozásai a prostata hypertrophiához. *M. van Buren Teem.* (Journ. of. Urol. 1935. 34. 692.)

A prostata átlagos nagysága fokozatosan nő a születéstől az öreg korig. A Mayo-klinika boncolási statistikájából kiderül, hogy 40 éven felül az esetek 45%-ában lehet a normalisnál határozottan nagyobb prostatát kimutatni. A here Leydig-féle sejtjei már a születéskor is elég nagy számban mutathatók ki. Az átlagos legnagyobb számukat a 10—19 év között érik el, hogy azután a kor növekedtével számuk fokozatosan csökkenjen. A 69 éves korig a Leydig-sejtek korral járó csökkenése teljesen egyforma mértékü prostata hypertrophiával biró és normalis prostatájú egyénekben. 69 éves koron túl a Leydig-sejtek rohamosabban csökkennek prostata hypertrophiás, mint normalis prostatájú egyénekben.

Bodon György dr.

Vesefehérje megjelenése a vizeletben súlyos chronikus glomerulonephritis néhány esetében. *G. Gilman.* (Journ. of Urol. 1935. 34. 727.)

Kisérleteket végzett annak az eldöntésére, hogy glomerulonephritis esetében a vizeletben jelenlévö fehérje azonos-e a vér fehérjéivel. Egy glomerulonephritises vizeletből eredö fehérjét két részletben fractionált; az egyiket 0—50%, a másikat 50—100% ammonium sulphat telitéssel. Mindkét fractióval nyulakat immunisált. 2 hét mulva az első fractióval szemben 1:100.000, a másik fractióval szemben 1:1,000.000 titert kapott. Ezeket a savókat ezután kimeritette serum albuminnal, pseudoglobulinnal és haemoglobulinnal. Kimeritès után ezek a savók az eredeti antigennel szemben positiv titert adtak; még pedig a 0—50% savó 1:1000-ig, az 50—100% savó 1:10.000-ig. A következökben különbözö vizeletfehérjét titrált ezzel a savóval. Pangásos eredetü fehérjék, acut glomerulonephritisből eredö fehérjék, chronikus nephritisből eredök, mind negativ eredményt adtak; súlyos praeuraemiás vizeletből eredö fehérjéknél, melyek halálosan végzödtek, 7 esetből két esetben kapott positiv reactiót. További fractionálás után kiderült, hogy ez a fehérje a 70—80 % ammoniumsulphat telitésnél csapódik ki a legtömegesebben. A fehérje eredetének kideritése végett a vesékből, mellékveséből, májból, lépből és pankreasból készitett vizes kivonatokat; azonban egy esetben sem kapott positiv reactiót. Vese autolysisből nyert fehérje azonban mindkét savójával positiv reactiót eredményezett. Kisérleteiből azt a következtetést vonja le, hogy súlyos, lethalisan végzödö glomerulonephritis esetében a vizeletben megjelenö fehérje nem a vérből ered, hanem a vese autolysise folytán kerül a vizeletbe. Ugy látszik, hogy ennek a fehérjének a megjelenése súlyos prognostikus következményekkel bir.

Bodon György dr.

Elméleti tudományok.

Laboratoriumi vizsgálatok a conservált hullavérben előálló haemolysis keletkezési feltételeiről. *L. Bogomolova* és *A. Karlavova,* Leningrad. (Zblt. f. Chir. 1936. 8.)

A szerzök a hullavérben létrejövö haemolysist vizsgálták. A vért Jankovszky módszerrel fémcanülön át steril körülmények között vették le a hullából, mely vizszintes, majd Trendelenburg-helyzetben volt. A vér minden segitség nélkül folyik ki, mit azután steril edényekben fognak fel. 35 hullából vett vér vizsgálatát a következökben adják a szerzök: 1. Higitatlan hullavér, melyhez rögzités (stabilisatio) céljából reagenst nem adtak, igen hosszú ideig használható állapotban marad. Rögzitö folyadékoknak hozzáadása sietteti a haemolysis felléptét. 2. Hullavért rögzitök hozzáadása nélkül jégszekrényben 16—40 napig tarthatjuk el. 3. A szoba hömérsékleten természetesen gyorsabban jelentkezik a haemolysis. 4. Melegités és rázás gyorsitja a haemolysis felléptét, még a conserválás tartóssága után is, akár több, akár kevesebb számú nap elteltével is. 5. A hullavér erythrocytáina osmoticus ellenállása (resistentia) úgy a legkisebb, valamint a legnagyobb is, számottevöen hatalmasabb, mint az élö vértadóból vett véré. 6. Az erythrocyták resistentiaképességének csökkenése a higitatlan hullavérben — melyet jégszekrényben tartottak, — a 6. napon kezdödik meg.

Bujda Zoltán dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Gyakorlati és műtétes szülészet. *Kovács Ferenc.* (Budapest, 1936. a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat kiadványa. Főbizományos: Eggenberger. 430 oldal, 258 szöveg közé nyomott, részben szines ábrával. Ára kötve 27 P, füzve 25 P.).

A magyar orvosi tankönyvirodalomnak, különösképen a magyar szülészetnek nevezetes eseménye *Kovács* könyvének megjelenése. Értékét több körülmény szerencsés együtthatása biztositja: Kovács, aki közel másfél évtizeden át szivta magába Tóth tanár iskolájának szellemét, majd mint kész szakember, gazdag klinikai felkészültséggel hosszú időt töltheteti az újabb kor egyik legnagyobb szülészi lángelméjének, a baltimorei Williamsnek intézetében, ahol szinte első kézből ismerte meg az új világnak ma már a szülészet terén is elismert számos vívmányát és térhódító gondolkodását, végül pedig önálló müködési körben, a vezetés nagy felelősségének súlya alatt gazdagon szerzett tapasztalatokból kikristályosodott egyéni véleményformálódásnak olyan tárházát gyüjthette össze, hogy az szinte benső kényszerként adta kezébe a tollat régóta tervezett könyve megirásához. Kovács e müvében olyan pazar bökezüséggel ontja éleslogikájú, mélyenszántó, természettudományos-biologiai szemlélettől áthatott gondolkodásának eredményeit, sokszor minden ellenvéleményt megsemmisitő s ingadozást nem ismerö biztonsággal kialakitott felfogását, hogy azt nemcsak a szakember olvassa lelki gyönyörüséggel és a biztos irányitás megnyugtató érzetével, hanem a szakmától távolálló orvos is sok olyan fejezetet fog találni a könyvben, ami érdeklödését felkelti és a szülészet problematikájának sok általános érvényü vonatkozását pompásan szemlélteti.

Egy könyvismertetés szükreszabott keretei között nem térhetünk ki a részletekre, csak rámutatunk azokra a főbb szempontokra, amelyek Kovács könyvének értékeléséhez tartoznak. Mint a könyv cime is elárulja, nem egy sablonos, elcsépelt mütéttan felújitása volt a szerző célja, hanem egy olyan tanácsadó munka megszerkesztése, amiben megtalálja a gyakorlóorvos az alapismereteket, a szakorvos pedig az irányitást a részletkérdések legkényesebb problemáinak útvesztöiben is. A szülés physiologiájának és pathologiájának elméleti ismertetését, a sok anatomiai és functionalis térbeli folyamatot pompásan érzékeltetik az Ebergényi által készitett, jórészt ismert rajzok és szines ábrák, amelyek rajz- és nyomdatechnikai szempontból egyaránt sikeres alkotások és könnyen érthetövé teszik a sokszor tömör és elvont szöveget. Az általános mütéttan egyes tételeinek tárgyalása közben hangsúlyozottan elválasztja a házi és az intézeti szülészet feladatkörét és teljesitőképességének határait. A javallatok tárgyalásakor szinte végigpergeti szemünk előtt a terhességi és a szülészeti pathologiának úgyszólván minden részletkérdését azoknak a szempontoknak kidomborításával, amelyek a nálunk eddig egyeduralkodónak ismert német szülészeti iskolának elveit megkülönböztetik az angolszász népek, a franciák és tágabb értelemben véve a világirodalom felfogásától. Számos helyen rámutat azokra a tévedésekre, helytelen következtetésekre, elnevezésekre és történelmi adatokra, amelyek a német forrásmunkákból a magyar irodalomba is átszivárogtak.

Megnyugvással olvashatja minden felelösséget átérző szülész azokat a fejezeteket, amelyekben a császármetszés javallatainak túlhajtásával és a sok technicismussal foglalkozik, melyeknek alkalmazásával az anya életét gyakran súlyos veszélynek teszik ki anélkül, hogy a legtöbbször problematikus életviszonyok között lévö méhmagzatot megmentenék. Ezek után érthető, hogy inkább hajlik a veszélyeztetett anya további kockáztatása helyett az élő magzat perforatiójára, semmint a császármetszésre, vagy annak valamilyen módositására, aminek sok veszélye és hátránya ma már kezd közismertté válni.

Végül engedje meg az illustris szerző, hogy rámutassak egy körülményre, ami a magyar szülészeknek bizonyára szívfájdalmat fog okozni és ez a magyar irodalmi vonatkozások mellőzése. Igaz, hogy még a külföldi irodalom adatai is csak szórványosan vannak feltüntetve, úgy hogy nem lehet mindig megállapitani, milyen forrásmunkákból származnak egyes megállapitásai, de talán lehetett volna a magyar kutatóknak itt-ott egy kis helyet szorítani, legalább a név felemlítése által. Szerény észrevételünk azonban csak formai jellegü, nem érinti a lényeget s remélhető, hogy az említett hiányok egy új, terjedelmesebb kiadásban könnyen pótolhatók lesznek.

Mindent összefoglalva, nyugodtan állithatjuk, hogy *Kovács* könyve nyeresége a magyar orvosi tudománynak, mely a külföldi irodalomban is méltó helyet fog elfoglalni, ha idegen nyelvekre lefordítják.

Batizfalvy János dr.

Kleines Merkbuch zur Differentialdiagnose. *Johann Stur.* (Kiadó: Urban & Schwarzenberg 1935. Ára: 18 Sch.)

350 oldalas könyv, két részből áll. Az első 120 oldalra terjedő rész 63 kórképnek és tünetcsoportnak vezérszavakban összefoglalása. Röviden vázolja a betegségek lényegét, majd az elkülönitő kórismében a legfontosabb tüneteket veszi sorra. Gyakorlati hasznavehetősége szempontjából ügyesen cselekedett a szerző, amikor az egyes kórképeket az eddigi könyvekben szokatlan fej—láb sorrendben irta le. Ugy tekinti, mintha az orvos a betegével szemben állva, őt a fejétől kezdve a talpáig megvizsgálná. Ennek a vizsgálatnak minden egyes mozzanatához megtalálhatja itt a megfelelő támpontokat és irányitást a továbbhaladásra.

A második 230 oldal nem egyéb, mint 8500 betegségi tünet abc sorrendje. A tünetek mellé jegyezve található azoknak leggyakoribb előfordulási lehetősége és más tünetekkel társulása, továbbá pontos oldalszám és fejezetjelzés az első részben feltalálhatóságukra.

Különösen hat, hogy a tulajdonképeni szöveg csak felényi terjedelmü, mint a rávonatkozó register. De ez a körülmény a könyv célját tekintve előnyös. Ez a könyv nem tanulásra, nem rendszeres olvasásra készült, célja az irányitás, a gyors tájékozódás. Annak való, aki már eleget tapasztalt és olvasott, akinek megvan a tárgyi ismerete.

E könyv nem gazdagitja elmlékképeinket, de biztossá teszi köztük az eligazodást. Megbecsülést érdemel és minden orvos hasznát veheti.

Markovits Ferenc dr.

Nem hivatalos gyógyszerek és vegyiszerek vizsgálata és használata *Csipke Zoltán.* (A szerző kiadása. Budapest, 1936. 209 oldal. Ára: 8 P.)

A hivatalos gyógyszerek és vegyszerek chemiai összetételére és vizsgálatára vonatkozólag elegendő adatot találunk a Gyógyszerkönyvben úgy, hogy ezek azonosságának és jóságának megállapitása nehézségekbe nem ütközik. Az orvosi gyakorlatban azonban sok olyan gyógyszert is használnak, mely a Gyógyszerkönyvben nem hivatalos. Ezek vizsgálata már sokszor nagy nehézségeket okoz, mert a vizsgálati eljárásokat gyakran fáradságos munkával, idegennyelvü szakkönyvekben és folyóiratokban kell megkeresnünk, de akkor sem vagyunk biztosak afelől, hogy az ajánlott vizsgálati eljárások megbizhatók-e? Igy érthető, hogy *Csipke Zoltán dr.* egyet. magántanár és a Pázmány Péter Tudományegyetem Gyógyszerészeti intézetének fővegyésze jó szolgálatot tett azzal, hogy a nem hivatalos gyógyszerek és vegyszerek vizsgálatára szolgáló bevált eljárásokat összegyüjtötte és könyv alakban kiadta. Munkájában kb. 300 olyan, főleg egységes összetételü készitményt dolgozott fel, amelyeket a budapesti klinikák rendelnek.

Az egyes készitményeknek megmondja a chemiai összetételét, synonimáit, leirja a szerek előállitását, tulajdonságait, felismerését, vizsgálatát, eltartását és alkalmazását.

A könyv elsősorban gyógyszerészek részére készült, de az orvos is hasznát látja, mert: 1. megismeri a védett nevü készitményeket és ezeket gyógyszerkeverékekbe is rendelheti, amennyiben a gyár „pro receptura" alakban is forgalomba hozza, 2. megismeri a készitmények használatának módját, célját és adagját és 3. együtt találja azokat a nem hivatalos szereket, amelyek a modern therapiában leginkább használatosak.

Őszinte elismerés illeti a szerzőt azért, hogy a gyógyszerészeti irodalmat ily hézagpótló művel gazdagitotta. A könyvet *Mozsonyi Sándor* min. tanácsos, egyet. magántanár látta el előszóval.

Lipták Pál dr.

Die Verwendung der Sojabohne in der Heilkost. *Schellong-Kaestner.* (Verl.: Steinkopf, Dresden-Leipzig. 1935. Rm. 1.60)

A kis 36 oldalas füzet célja nyilvánvalóan a szójabab propagálása. Szerzője az orvos és diaetás segédereje, a diaetás néne számára irta, de megjegyzi, hogy a betegnek is kezébe lehet adni.

Rövid bevezetés után ismerteti a szójabab összetételét összehasonlitva azt egyrészt a borsóval, amelyhez botanikai rokonság füzi, másrészt a buzával, amely felhasználás szempontjából hasonlit a szójához. Hangsúlyozza és indokolja viszonylagos szénhydratszegénységének fontosságát a cukorbaj diaetájában. A fogyókuránál a zsirtalanitott szójaliszt nek és a szója magas specificus dinamiás hatásának tulajdonit fontosságot. Említést tesz ezen kivül felhasználási lehetőségéről egyéb betegségeknél is. E rövid elméleti fejtegetés után csoportosan ismerteti az étrendi előirásokat, majd az ételrecepteket. Előbb az erősen caloriaszegény-fehérjedús étrendet, majd a fehérjedús, zsír- és szénhydratszegény étrendekre adva példákat. Közel 100 recept egészíti ki a kis munkát, amely nyilvánvalóan erősen propagativ jellegü mü s talán éppen ezért kissé egyoldalunak látszik, de minden esetre dicsérendő, hogy azoknak, akiket a szója érdekel, kellő útmutatással szolgálhat annak felhasználására és kipróbálására.

Mészáros dr.

Moderne Therapie. *Rudolf Franck.* VIII. kiad. F. C. Vogel, Berlin. Ára kötve: 19.50 R. M.

A külföldön igen elterjedt és nálunk is ismert gyógyszer és receptgyüjtemény VIII. kiadása a legutóbbi kiadás óta megjelent gyógyszerek ismertetésével és egy új fejezettel — Modern táplálási therapia — fejezetével bővült. Amennyire jó és áttekinthető a klinikai és diagnostikai rész — magyar szempontból, annyira hiányos a gyógyszereket ismertető fejezet. Egy-két — a magyar gyárak által külföldi licentia alapján idehaza gyártott készitményen kivül hiába keressük az igen jól bevált és külföldön is jelentős forgalomnak örvendő magyar készitményeket. Magyar orvos szempontjából a munka hiányos.

Fritz G. dr.

A tuberkulózis — a tüdőbaj — megelőzése és gyógyitása. *Marberger Sándor dr.* Teljesen átdolgozott és bővitett 4. kiadás. Budapest, 1936. Ára: 2.40 P.

A betegségek megelőzésének és gyógyitásának megfelelő népszerü ismertetése nem könnyü feladat. — Az ily vállalkozás sikeréhez a szaktudáson kivül a laikus közönség érdeklődését biztositó élénk stylus és tapintat szükséges, amellyel a felvilágositás munkáját a gyógykezelő orvos hatáskörétől el lehet határolni. — Marberger Sándor dr. a fent említett tulajdonságokkal rendelkezve nagyon hasznos munkát végzett könyve megirásakor, melynek jelentőségét fokozza az, hogy a tuberculosis nem magánügye a betegnek, igy az egyén felvilágositása a küzdelem és az egész társadalom szempontjából feltétlenül kivánatos. — A régebbi kiadásokhoz képest erősen bővült a könyv, az átdolgozás fontos, mert a legújabb ismereteket is figyelemmel kiséri. — A gyakorló orvos is haszonnal olvashatja, ha rendszeres összefoglalását keresi annak, amit betegeinek a tuberculosisról el kell mondania. Ha olvasását ajánlja, sok időt takarit meg, mert a könyv segitségével a beteg könnyebben tanulja meg a hygiénét, célszerü életmódot és mindazt, ami a tuberculosis gyógyitására vonatkozik. — A tartalomjegyzék összeállitása igen ügyesnek mondható, mert dióhéjban sürítve, syllabusként találjuk meg benne azt, amit a szerző 154 oldalon részletesen tárgyal.

Országh Oszkár dr.

Közkórházi Orvos-Társulat május 6.-iki ülése.

Erdei I.: *Részleges ileocoecalis resectio esetek.* Két eset. Elsőben a gümőkóros ileumfekély közvetlenül a coecum mellett perforált és súlyos peritonitist okozott. Mütékor *(Mező)* a fekélyt tartalmazó bélrészletet a coecum egy részletével resecálták és end to side anastomosist készitve, a physiologiás helyzetet állitották vissza. Sima gyógyulás, melynek végleges voltát a három év mulva végzett újabb mütétkor constatálhatták. Második esetükben perforált appendixből eredő peritonitis után jelentkező bélparalysis megoldása végett a coecumot megnyitották. Az igy támadt bélsipolyt ugyancsak részleges ileocoecalis resectióval zárták, ugyancsak jó eredménnyel.

Szász Gy.: *Duodenum ruptura esete.* Autógázolt 22 éves férfibeteg, akinek hasát ért trauma következtében a máj jobb lebenyén a lig. falc. hepatis tapadása mellett 3 cm hosz-

szú repedés van. A duodenum flexura duodeno-jejunalisán a hashártya mögül történt kilépés előtt két haránt ujjal 1½ cm hosszú haránt repedés van, a bélfal sebén keresztül sok epésen festenyzett duodenum tartalom ürül a szabad hasürbe. A bélseb elvarrása, gummicső-tampon bevezetése után 30 nap mulva másodlagos gyógyulás.

Piri L.: *Tanulságos hypernephroma esetek.* Két hypernephroma esete. Az egyiket más helyen négy hétig vizsgálták és elmulasztván a beteg klinikai vizsgálatát, még mindig bizonytalan diagnosissal küldték osztályukra. A tapintható nagy tumor hamarosan tisztázta a kórképet, amit a mütét is igazolt. Sima gyógyulás. Második esetükben a betegnek egyetlen typikus kőrohama volt. Mégis pontosan kivizsgálták a már teljesen panaszmentes beteget és a vizsgálatok nagy hypernephromát mutattak. Ektomia után a beteg simán gyógyult.

Kolosy B.: *Kettős vesék érdekes esetei.* Négy fejlődési rendellenesség. Első és második esetben ureter fissus jobb oldalon, másodikban elzáró uretér kövel az ureter alsó elágazódásánál; továbbá egy egyoldali és egy kétoldali ureter duplex eset.

Mező B.: *Hólyagnyak megbetegedései, prostata hypertrophia, sphincter sklerosis, tabeses sphincter-merevség kezelése transurethralis resectióval.* Felhivja a figyelmet arra, hogy a prostata hypertrophiának nevezett kórkép lényegét a valóságban nem a prostata, hanem a prostatás húgycsőben lévő húgycsőmirigyek fibro-, myo-adenomás megnagyobbodása okozza. Mivel ezek a daganatok a hólyagnyakon vannak, az eddigi téves prostata hypertrophia elnevezés helyett e kórkép megjelölésére a „jóindulatú hólyagnyakdaganat" elnevezést ajánlja. A jóindulatú hólyagnyakdaganatok gyökeres eltávolításának a hive, mert az ép mellkasi szervekkel és jó veseműködéssel biró betegek 4—5% halálozás révén bajuktól végleg megszabadulnak. A myodegeneratiós, véredényelmeszesedéses, emphysemás és rossz veseműködésü idősebb betegek azonban a gyökeres mütétre nem alkalmasak. A hólyagnyakdaganatok transurethralis diathermiás resectiójával azonban ezeken a betegeken is tudnak segiteni. Ez az eljárás majdnem veszélytelen. A szem ellenőrzése mellett a hólyagnyakból a szükség szerint annyit el tudnak távolitani, hogy a vizelési akadály megszünik és a betegek panaszmentesek lesznek. Ez az eljárás a kötőszövetes hólyagzáróizom-merevség és a tabeses hólyagzáróizommerevség gyógykezelésére is alkalmas. A merev záróizom alsó részletének eltávolitásával ezekben a betegségekben is megszünik a vizeletretentio. 24 transurethralis resectióval kezelt esete közül 4 sphincter sklerosis volt, a többi jóindulatú hólyagnyakdaganatos vizeletretentio volt. Esetei közül a mütét előtt egyáltalán nem tudott vizelni 16. 300 ccm-ig terjedő residuuma volt 8 betegnek. Egyszer resecált 12, kétszer 10 és 3-szor 2 esetében. A mütét után a hólyag 9 esetben teljesen kiürült, 10 esetben a residuum 15 ccm-en alul, 2 esetben 30 és 2 esetben 40 ccm-en alul volt. A sima gyógyulás érdekében fontos a gondos kezelés. A mütétet csak gyulladásmentes területen végezzük. Jó eredményei elérésében segitségére volt a bórsavas hypermangankeverékkel végzett gyógykezelés, amellyel a mütét utáni sima lefolyást biztositani tudta.

A Magyar Szemorvostársaság március 7-i ülése.

Bemutatások:

Kaáli Nagy S.: a) *Blaskovics-féle visszájáról történt sugarastest leválasztás* hét esetének mütéti eredményeit ismerteti. A mütét nyomáscsökkentő hatása feltünő. A hét eset közül is kiválik egy glaukoma simplex, a látsáélességnek 5/0 és 6/0-ról mütét utáni 15-ik napra 25/0 és 50/0-ra javulásával, a tensio pedig 41 Hgmm-röl a rendes értékre csökkent. Az eset érdekessége az, hogy a beteg a látásjavulás ellenére közelre a Csapody V—VI. sz. olvasótáblát sem tudja olvasni, megfelelő üveggel sem. Oka: paracentralis scotoma.

b) *Colitis anaphylactica*-val kapcsolatos infiltratum corneae, urticariás szemhéj és szemgolyó körüli vizenyő két esetét ismerteti. Az infiltratum corneae recidivans évek óta jelentkezik, minden kezeléssel dacol. Vizsgálati eredmény: vagotoniás vérkép, leukopenia, vérnyomáscsökkenés. A cutanreactiók fehérjékkel szembeni túlérzékenysége feltünő, de a specialis antigent nem sikerült megtalálni. Roham alatt vett székletvaccina valamelyes javulást eredményez, de teljes gyógyulást nem. Feltehető, hogy a conjunctiva előrement túlérzékenysége ugyanazon allergennel történt, mely a béltractus túlérzékenységét is kiváltja.

Kreiker A.: a) A glaukomás beteg rossz olvasóképessége esetében nem lehet másról szó, mint igen apró, a horisontalis meridiánban elhelyezkedő paracentralis scotomáról. A szavakat mi csak mint szóképeket vagyunk képesek elolvasni, ha ebből egy részlet kiesik, úgy annak ellenére, hogy a központi látásélesség jó, az olvasási képesség megszünik. Ilyen scotomát csak a tangensfüggönnyel lehetne megállapitani, a legkisebb, 2 mm átmérőjü, objectum használatával.

b) A colitis allergiás jellegének biztositására ajánlja a vércamplement titrálását, amely ilyen esetben feltétlenül csökkent. A colitis gyógyitásában a belklinika igen jó eredményt ért el lóserumbeöntéssel. Esetleg hasonló jó hatást lehetne elérni allergiás szembetegségek kapcsán lóserumnak a kötőhártyazsákba cseppentésével. Megfelelő esetek hijján még nem volt alkalma ezt a gyógykezelést kipróbálni, de előadó esete erre kiválóan alkalmasnak látszik.

Grósz I.: *Lupus erythematodes palpebrae.* Egyik betegén a kórkép isolált jelenség. A diagnosist csak az atrophia megjelenése biztositotta. A conjunctiva valószinüleg szintén részt vett a folyamatban. A másik betegen az arc- és szájnyálkahártya erythematodesének kiséretében jelentkeztek friss gócok. Előadó a betegség tünettanát, aetiologiáját és therapiáját (arany stb.) röviden ismerteti.

Előadások:

Linksz A.: *Kozmetikai problémák a mindennapi szemorvosi gyakorlatban.* Kórtörténetek kapcsán a dermatotherapiában mindennapos, a szemészeti gyakorlatban viszont többé-kevésbbé elhanyagolt gyógykezelési lehetőségekről számol be. A szemhéjak bőrbetegségeiben a kezelésnek a bőr faggyumirigyeinek állapotához (szárazság, zsirosság) kell alkalmazkodnia. Az úgynevezett szemhéjszéli gyulladások esetén előadó megkülönbözteti a hormonalis eredetü pillatalajmegbetegedést a vérkeringési elégtelenségre visszavezethető Meiborm-seborrhoeától. A két kórformának nemcsak megjelenése és oka, hanem kezelése is különböző.

Majoros J.: Sok ember félig nyitott szemmel alszik Ez chronikus szemhéjgyulladásnak is lehet oka. Jó ilyenkor a kenőcsös kötés, vagy kenőcs szembe helyezése.

Horváth B.: *Hályogmütét utólagos tokkihuzással.* Előadó a hályogmütétet úgy végzi, hogy a lencsetokból először a lencse állományát eltávolitja, azután a tokot egészben kihúzza a szemből. A mütétnek ilyen elvégzését az általa construált tokhúzócsipő teszi lehetővé. Részletesen elmondja csipőjének történetét és leirja alakját, amelyet már 1933. évben bemutatott a Szemorvostársaságnak. Állatszem-kisérletek után emberen is próbálta a hályogmütét elvégzését, amelynek menete: intracapsularis mütéthez szükséges előkészités, 2/5-ös sebkészités, peripheriás, vagy teljes iriskimetszés, tokhasitás discissiós tüvel, lehetőleg minél aequetorialisabban és minél nagyobb hosszúságban, a lencseállomány expulsálása. Azután csipőjét az elülső csarnokba bevezeti oly módon, hogy a csipő hátsó szára a tokseben keresztül a tok zsákjába kerüljön, előzőleg szükség szerint Blaskovicsféle diagnostikus csarnoköblités végezhető. A csipővel az alsó pupillaszél mögé menve, megfogja a tokot és azt óvatosan kihúzza a szemből, majd kötőhártyakötényt húz a sebre. Ismerteti a mütét közben támadható complicatiókat, a mütét előnyeit és hátrányait. 26 betegen, 30 esetben végezte a mütétet, melyek között jóformán az összes hályogalakok képviselve voltak. 9 esetben kerek pupillával, a többiben teljes iriskimetszéssel. 5 esetben sarlóalakú tokmaradvány maradt a seb átellenében. 2 esetben kellett a tokot horoggal eltávolitani, 2 esetben nagyobb tokrész maradt. Üvegtestveszteség nem volt. Visus nem erőltetve legtöbbször 15 és 30/0, de volt 40/0 is. Ennél kisebb érték csak complicált hályogok esetében. Előadó a mütétet főképen azokra az esetekre ajánlja, ahol már eleve kétséges az intracapsularis mütét lehetősége, de ajánlja általános methodusképen is, mert végzése nem nehezebb az intracapsularis mütétnél.

Csillag F.: Az eljárást az eddigieknél veszélytelenebbnek és jobbnak véli, mert nagy előnyei vannak mind a csúsztató (direct), mind a fordító (buktató) lencsekivonással szemben. Célszerünek tartaná, hogy a zonularostok elszakitása közben a szemtekét, mindenkor a legjobban feszülő zonularostok irányában, közvetlenül a limbus mellett rövid fogú episkleralis csipővel rögzitsük, amely müveletről legutóbbi előadásában részletesen megemlékezett. Utal egy dolgozatára, amelyben cataracta Morgagniana esetén a hig kéregállománynak a felül ejtett tokrésen át kihajtását, majd a toknak támogató tolás nélkül végzett eltávolitását ajánlotta.

Liebermann L.: A közölt esetek száma teljesen megnyugtató a módszer értékét illetőleg. Jelentős haladás a sikeres tokos extractio számarányának fokozásában. Logikus következetességgel felépített munka: helyes combinatiója a Kuhnt-féle utóhályogextractióval és a sebajkakba becsipődött tok kiszedésével szerzett tapasztalatoknak. Előfeltétele volt az orbitalis befecskendés általános használata, enélkül hallatlan merészség lett volna. Hozzászóló nem hiába küzdötte ki az orbitalis befecskendésnek — melyet nálunk ellenszenvvel fogadtak — a polgárjogot.

Kreiker A.: A műtét kétségtelenül új és nagyjelentőségű lépés az intracapsularis műtét fejlődésében. Ezen módszer fejlesztése szükséges, mert bizonytalanságot jelent az a körülmény, hogy tokös műtét eddig a legjobb esetben is legfeljebb 80—85%-ban volt elérhető, már pedig az extracapsularis kivitel — ha principiálisan tokos műtétre törekszünk — a sikertelenség érzetével jár. Igy most már a nagy, puhakérgü és teljesen sklerotisált, nem fordítható lencsék tokja is eltávolítható. Hozzászóló a duzzadó lencsét pungálta és igy igyekezett a tokot megfoghatóvá tenni a fordítás számára. De ez a műtét különösen nagy sebet igényelt, hogy a lencse nyomás nélkül haladhasson át a seben. A szarú visszahajtására, ha utólag akarta a tokot bármely okból megfogni, hegyes iris-horgot használt. Ez igen kezes szerszám és nem zuzza a sebajkat. A csipő helyett inkább a horgot ajánlaná. Az eljárás, sok előnye miatt, alkalmasnak látszik arra is, hogy főmódszerré váljék, tehát a buktatást teljesen pótolja.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztályának ápr. 21-i ülése.

Bemutatások:

Boskovitz Gy.: a) *Röntgen-ernyő előtt a felsőlégutakból eltávolított idegen test.* 38 éves nő véletlenül varrótüt nyelt. Panaszai csak a nyelést követő 8-ik napon jelentkeztek. A röntgenvizsgálat a jobb sinus piriformisban localisálta a tüt. Sem indirect, sem direct vizsgálattal a tü nyoma nem látszott. Röntgenernyő alatt rámetszett a sinus pirifornusra s a röntgencontroll mellett sikerült a tüt eltávolitani. A beteg 2 nap mulva panaszmentes lett.

b) *Tumort utánzó fekély a buccán.* 60 éves férfi 2 hete beteg. Az utolsó alsó molaris magasságában diónyi tumor látható, melynek közepén kráterszerü ulcus van. Elhelyezkedését, küllemét illetőleg carcinomának felelt meg az elváltozás; ellene szólt a láz s a fájdalmasan beszüremkedett nyaki mirigy. A próbakimetszés előtt 5%-os trypaflavin szájvizet rendeltek, melynek hatására az elváltozás rohamosan kisebbedni kezdett. Ebből nyilvánvalónak tartja, hogy fusiformis eredetü infiltratumról volt szó. A trypaflavin szájvizen kivül a 3-ik napon egy izben 0.15 gr neosalvarsant kapott a beteg. Az 5-ik napon a fekély nyom nélkül meggyógyult. Hangsúlyozza a próbakimetszés és bakteriologiai vizsgálatok fontosságát a typikusnak látszó tumor esetekben is.

Manninger V.: Hasonló esetet észlelt, amelyben kiváló histologus tumort diagnostisált és csak újból, mélyebb helyekről vett próbakimetszés alkalmával nyert részlet ismételt kórszövettani vizsgálata deritette ki, hogy az pusztán hám-megvastagodás volt, amelyet valószinüleg háborús sérülés alkalmával odajutott lövedékszilánk állandó irritatiója váitott ki.

Lénárt Z.: A szövettani leletnek döntő jelentősége van a carcinoma kórismézének a biztositására, ezért klinikáján az az elv, hogy az operatio előtt minden esetben elvégzik a szövettani vizsgálatot, még akkor is, ha a diagnosis a klinikai kép alapján biztosnak látszik.

Paunz M.: Nemcsak a histologiai viszgálat a fontos, hanem a beteg egész szervezetének az átvizsgálása is szükséges a műtét előtt, mert sok esetben csak igy állapitható meg, hogy lues vagy tbc.

Campian A.: 26 éves nőbeteg, akin gégecarcinomát állapitott meg és ezért totalis gégeexstirpatiót ajánlottak, műtét céljából jelentkezett. A klinikai vizsgálat alapján felmerült a tuberculosis gyanuja, amiért újabb próbaexcisiót végzett és a szövettani vizsgálat kétségtelenül tuberculosist állapitott meg. A köpet: Koch-negativ; tüdővizsgálat: inactiv folyamat. A tuberculotikus infiltratiót indirect uton eltávolitotta és ignipuncturát végzett. Az eltávolitott részlet szövettani vizsgálata ugyancsak tuberculosist állapitott meg. Rámutat a carcinoma és tbc. diagnostikus tévedéseinek lehetőségére és kiemeli, hogy a műtéti indicatio felállitásakor mindig nagy körültekintésre van szükség.

Safranek I.: Gégetuberculosis eseteiben a próbaexcisióval nyert részlet kórszövettani vizsgálatakor tévedésre vezethetnek az olykor igen intensiv, *mélyre nyuló csapalakú reactiv hámburjánzások.* Számos ily eset van ismertetve, melyet mikroskopice carcinomának diagnistizáltak. Tuberculosis és carcinoma *együttesen* is előfordulnak. Gyakoribb a tuberculosis és syphilis, illetve syphiis és carcioma symbiosisa. Vannak esetek, melyekben a leggondosabb klinikai, serologiai, bakteriologia, de még a *kórszövettani vizsgálat* sem ad biztos diagnosist.

Előadás:

Deseő D.: *Az orr-melléküregek élettani jelentősége és szerepe.* Az orr-melléküregek szerepéről vallott felfogások ismertetése után legföképen azzal az eggyel foglalkozott, amely a melléküregeket a lélekzés szabályozásával hozza kapcsolatba. *Fodor Lajos dr.*-ral végzett kutyakisérletekben azt találta, hogy a szél behatásakor a lélekzés mélyebbé vált ugyan, de ezt nem a melléküregekbeli nyomásingadozás megváltozása okozta, mert a homlok- és rostacsontüreg felől sem a nyomás fokozása, sem pedig csökkenése a lélekzést feltünően nem befolyásolta. Ezért a légvételek mélyebbé válását vagy fokozott tüdötelődés, vagy az orrnyálkahártya felől ható inger következményeinek tekinti.

Kerekes Gy.: A melléküregeknek a mellkasi légzéssel functionalis összefüggése, mint munkahypothesis, kitünően bevált és további klinikai kutatásoknak nyitott lehetőséget. Saját állatkisérletei más kisérleti feltételekből indultak ki és igy azok eredményei más magyarázathoz vezettek, mint az előadottak.

Deseő D.: Utal arra, hogy vizsgálataiban az élettani körülményeket iparkodott fenntartani és azokra a nehézségekre, amelyekkel a kisérletezőnek meg kell küzdenie.

Safranek I. elnök: A szakosztály nevében hálás köszönetet mond az előadónak rendkivül értékes és tanulságos kisérletes vizsgálatainak ismertetéséért.

A budapesti Kir. Orvosegyesület Rákbizottságának május 14.-i ülése.

Tóth B.: *Daganatos állatok oxygenérzékenysége.* A pajzsmirigyfunctio vizsgálatában az alapanyagcsere, savbasisegyensúly és histologiai kép mellett jelentős szerepet játszik az O_2-érzékenység vizsgálata is. 76 daganatos és ugyanannyi normal állaton végzett a bemutató az Asher—Streuli-légritkitó kamra segitségével O_2-érzékenységi vizsgálatot. Az eredmény általánosságban, hogy a tumoros állatok a normalisakhoz viszonyitva — föképen a 8—13 napos tumorúak — fokozott mértékben mutatják az O_2-hiány okozta tüneteket, mint az izgalmi és kimerüléses állapotokat. Ez a fokozott O_2-érzékenység egyéb irodalmi adatok mellett thyroxynnal kezelt állatok vizsgálatai alapján is a pajzsmirigy fokozott müködésére enged következtetni.

Erős G.: *Érdekesebb neuroma esetek.* Három neurogen eredetü, különböző typusú idegtumort mutat be. Az egyik kétéves leánygyermekben — paravertebralis sympathicus telepből kiinduló éretlen ganglioneuroma, ganglionsejtekkel, Schwann-féle sejtekkel, neurofibrillumokkal és differentiálatlan neuroektodermalis sejtekkel.

A másik — 35 éves férfi — gyermekfönyi neurinomája, amely a kismedencében foglal helyet és differentiálatlan neuroektodermalis sejtekből álló sejtcsoportokat, ganglionsejtszerü elemeket is tartalmaz. A harmadik — 64 éves nő — emberfönyi fibromaszerü pleuralis tumora, amely a Grawitz által leirt pleuralis neurofibromák csoportjába tartozik és fibromás szerkezet mellett a neurinomák felé mutat átmenetet.

Kisfaludy P.: *A rákgyógyitás sugaras és műtéti vonatkozásai.* A különféle theoriákra felépitett rákgyógymódok közül egy sem tudott méltó vetélytársa lenni sem a sebészeti, sem a sugárgyógymódnak. Az előadó valószinünek tartja, hogy amint a rádium és röntgensugaraknak a helyi hatáson kivül általános hatásuk van, éppúgy a daganat eltávolításának tényén kivül a műtéttel kapcsolatban még egyéb más tényezők is szerepelnek. A szervezet védekező és a carcinomás támadó frontok harcában az ú. n. kisegitő eljárások (fémsók, festék, protein, diaeta, organotherapia) föképen azt a célt szolgálják, hogy a védekezőfront erejét növeljék. A legyengült, kachexiás betegen minden radicalis műtéti és sugaraskezelés ellenjavalt, amennyiben ilyen állapotban a

már elerőtlenedett védekezési frontot mobilizálni nem tudjuk, miáltal ezt még jobban megterheljük. Igy magyarázhatók a betegség előrehaladottabb állapotában lévőkön alkalmazott kezelések után észlelhető visszaesések. A sebészet és a sugárgyógymód egyesitése az adott esetekben határozottan javitanak az eredményeken.

Kövesligethy I.: A nőgyógyászati rákok gyógyitásában szintén a műtét és a sugárkezelés együttes alkalmazása adja — a közel három évtizedes tapasztalat alapján — a legjobb eredményeket. A rákgyógyitásban az elective therapia a helyes eljárás, amely a műtétet és a sugaraskezelést egyaránt alkalmazza; az adott helyzethez igazodva, hol az egyiknek, hol a másiknak juttat nagyobb szerepet. A rákgyógyitásnak a műtét és a sugaraskezelés mellett fontos tényezője a betegellenőrzés is. Külföldön a stockholmi Radiumhemmet eredményei igazolják a controll kérdésének fontosságát. Nálunk az OTI rádiumosztálya e tekintetben is a stockholmi mintára van megszervezve és igen kivánatos, hogy az újonnan felállitandó rákgyógyitással foglalkozó intézetek is kellő figyelemre méltassák a rákgyógyitásnak e fontos kiegészitő tényezőjét.

Manninger V.: Mindenben csatlakozik az előadó és hozzászóló felfogásához, mert a rákgyógyitásban tényleg csak a rendelkezésre álló gyógyitó tényezők összefogásával tudunk eredményt felmutatni. Ha a rákgyógyitás mai eredményeit a régiekkel összehasonlitjuk — úgy érzi, — nincs okunk csüggedésre. De még szorosabb együttműködéssel a mai eredményeket is megjavithatjuk.

Láng A.: Elismeréssel van az előadó szép eredményei iránt, de a gégecarcinoma rádiumgyógyitását illetőleg más a felfogása. A hozzászóló szerint a gégecarcinoma rádiumkezeléssel megjavitható — ezt bizonyitják kezelt betegei, akik között több évek óta tünetmentes.

A Magyar Phonetikai Társaság közgyülése és ülése.

Deseő D. alelnök elnöki megnyitója után főtitkár és pénztáros terjesztik elő jelentésüket, majd a számvizsgáló bizottság a felmentvény megadását javasolja, amelyhez a Közgyülés szintén egyhangúan hozzájárul. Az alapszabály módositásait a Közgyülés magáévá teszi és elhatározza, hogy jóváhagyás végett a m. kir. Belügyminiszter Urhoz felterjesztessék. *Deseő Dezső* alelnök bejelenti, hogy más irányú elfoglaltsága miatt kénytelen az alelnöki tisztségről lemondani.A Közgyülés a lemondást sajnálattal tudomásul veszi és a lelépő alelnöknek értékes munkásságáért jegyzőkönyvi köszönetet mond. Alelnökké *Sarbó Arthur* professzort választották meg.

Pulvári K.: *A hangosfilm készités fejlődése és a synchronisálás.* Ismertette a hangforrások physikáját, a fül berendezettségét és az akustikának a hangforrásra gyakorolt hatását. Előadta a phonetikával és akustikával kapcsolatos mértékegységeket, definitiókat és néhány számitás kiindulási elveit. Ezután a hangrögzitéstől függetlenül képet adott a hanggal kapcsolatos természeti jelenségekről és azok összefüggéséről, majd áttért a hangosfilm hangrögzitésének problemájára és a mikrophon, erősitő, fényvezérlő szerv, film, filmre történő photographálás fejlődésére és physikájára. Keskeny hangosfilm vetitőgép nyomán ismertette a hangosfilm és hangvisszaadás technikáját, majd megemlékezett a világszerte nagy fejlődésnek indult keskeny hangosfilm kérdésről. Végül a synchronisálásról, a Pulvári-féle után-synchronisáló eljárás alapgondolatáról és technikájáról szólott.

Eötvös Lóránd rádium- és röntgenintézet.

Most volt egy éve, hogy Budapest közönsége megszavazta azt a nagy pénzösszeget, amely szükséges volt a *Szendy Károly* polgármester és *ifj. Wolff Károly* kórházigazgató tervének, a nagystilusú radium- és röntgenintézetnek megvalósitására. Mielőtt a kiszemelt épület, a Bakáts-téri kórház átalakitására sor kerülhetett, előbb pótolni kellett az igy megkevesbbedett ágyakat nőbetegek számára. Az őszre teljesen átépitették az Alföldi-utcai nőbetegosztály épületét és csak ezután kerülhetett sor a radium- és röntgenintézet átalakitására. Aki a szombati sajtóbemutatón végignézte ezt a 250.000 P. költséggel átalakitott és felszerelt új otthont (a stockholmi radium „hemmet" *otthont* jelent), örömmel láthatta azt, hogy a főváros és kórházainak új vezetősége csakugyan a rideg, sablonos kórházi termek helyett került, kisebb szobákra tagozott, otthonos keretet teremtett ott, ahol a jövedelmezőség azt megengedte. A külön szobákban piros és kék szinben váltakozva, magyar szőttes helyettesiti az eddigi kórházi pokrócokat. Otthonos bútorzat és virág van a fogadóhelyiségben, minden kórteremben, ahol a könnyebb betegek pihenőjüket tartják. Az intézet földszintjén vannak elhelyezve a bejáró betegek részére szolgáló kezelő- és vizsgálóhelyiségek, a magasföldszinten és az I. emeleten kórtermek vannak, általában 4—4 ággyal, a II. emeleten pedig az orvosok és az alkalmazottak laknak. Az intézet 1500 milligramm vásárolt és 3342 milligramm kölcsönvett rádium birtokában van. A megvett rádiummennyiség vételárát négy esztendő alatt fizetik ki, a bérbevett rádiummennyiségre pedig három éven belül nyilatkozhatik a főváros, hogy kivánja-e annak megvásárlását.

„Mindez azonban — ahogy ezt a sajtóbemutatón *Szendy Károly* polgármester mondta — csak keret, amelybe az életet azok fogják bevinni, akiknek feladata lesz a gyógyitó sugárféleségekkel a betegséget, a bajt kezelni." A kórház orvosi kara mind régi, fővárosi kórházi orvos, akik a mult évben a külföldi radiumintézetekben megtanulták ennek az áldásos, de sok szaktudást igénylő módszernek alkalmazását. *Ifj. Wolff Károly* igazgató, *Manninger Vilmos* és *Czunft Vilmos* főorvosok a mult nyáron és ősszel meglátogatták Európának összes sugárkezelő intézeteit és az ott szerzett adatok alapján dolgozták ki az intézet orvosi programmját.

Beszéltünk az intézet orvosi vezetőjével, aki ezt a tervezetet a következőkben foglalta össze: Nincs Európának egyetlen oly intézete sem, amelynek munkabeosztását hazai viszonyainkat tekintetbe véve szolgai módon utánozhatnók. Talán legközelebb áll a mi viszonyainkhoz az Hopital Brugmann szervezete Brüsselben, amely a francia és a stockholmi intézetek munkabeosztásának synthesisén épült fel. De itt is aránylag kis körlet ellátására van beállitva az intézet munkája, mig nálunk úgy kell ennek a központnak munkarendjét megállapitani, hogy ne csak Budapestnek, hanem az egész országnak radium- és röntgensugárzásra szoruló betegeit is el tudja látni. Ebbe a munkába be kell vonni az egész ország orvosainak együttműködését. Hogy a rendelkezésre álló 100 ágy elégséges legyen (legalább egyelőre), csakis sugárkezelésre szoruló betegeket szabad abba fölvenni és csakis arra az időre, amig erre feltétlen szükség van. Négytagú orvosi tanács, amelyben a vezető főorvos elnöklete alatt a radiologus, sebész, nőorvos és a kórszövettani leletet nyújtó kórboncnok állapitja meg a betegnek sugárkezelésre alkalmasságát, dönt ennek módjáról. A külön szakmák (orr-gégészet, stomatologia, urologia, bőrgyógyászat stb.) annyiban kapcsolódnak be e munkába, hogy a kórhatározást ők adják és velök egyetemben történik a kezelési terv megállapitása. Utókezelésre és az utólagos ellenőrzésre ők veszik vissza a beteget és ők utalják vissza állandó, évekig tartó ellenőrzésre, esetleg újabb besugárzásra az intézetbe. A vidéki betegek utólagos ellenőrzését a kezelő orvosok végzik, akik a kibocsátott beteg kórtörténet-kivonatát kapják kézhez. Most folynak tárgyalások az illetékes ministeriumokkal, hogy az igazoltan szegény beteg esetleg szükségessé váló felutazásának költségeit elő lehessen teremteni. A Radiumhemmet Stockholmban erre 75.000 svéd koronát kap az államtól évenként. Az intézetben önálló sebészeti kezelés nem lesz, csakis az ú. n. radiumchirurgia (a tűzdelésre szükséges beavatkozás) és esetleg a maradékdaganatnak elektrochirurgiás kezelése van célba véve.

Csakis ilyen szigorúan körülirt keretekkel lehetséges, hogy ez az intézet mint komoly tényező léphessen be a daganatelleni küzdelembe országos vonatkozásban is. A radiummennyiség és az egyéb sugaras eszközök (röntgen, rövidsugár stb.) úgy vannak méretezve, hogy ily feltételekkel alkalmazva, a legnagyobb megterhelést is elbirják. Maga a radium három alakban kerül alkalmazásba: mint *„telecurie-therapia"* (távolságból radiumágyú és radium csomagolásban), mint *izüzdelés* (radiumchirurgia) *és felületkezelés,* végül *radiumemanatio* alakjában (Rn.). Az utóbbi főleg bőrbajoknak izületi és rheumás bajok, valamint a végtagok keringési bajainak kezelésére alkalmas az utóbbi évek igen kiterjedt tapasztalatai alapján. Fontos Stockholm sokéves tapasztalata, amelynek 1934. évi kimutatása szerint a radiumhemmet betegei közül csak 44%-nak volt rosszindulatú daganata, míg 56% egyéb, sugaraskezeléssel gyógyitható betegségben szenvedett. Valószinű, hogy az Eötvös Lóránd radium- és röntgen intézetében hasonló lesz az arányszám.

Az intézet június elsején kezdi meg működését, mely elé a legnagyobb érdeklődéssel tekint orvosok és betegek serege egyaránt. Biztató, hogy az intézménynek lelke van, ami nélkül soha semmi sem sikerülhet, — s ez az örökmozgású, villanó gondolkozású, lelkesedéstől fűtött és egy nagy sebészi múlt tapasztalataiban gazdag lélek: *Manninger Vilmos* professor.

Sz.

A rák kétszázéves leírása.

Irta: *Héjja Pál dr.,* ezredorvos.

A székesfővárosi rákintézet megnyitásával kapcsolatban nem lesz érdektelen, ha *Miskoltzy Ferentz* egykori tábori chirurgus „Manuale Chirurgicum"-a alapján viszszapillantunk arra, hogy két évszázad előtt nagy általánosságban mit tudtak a rákról mint betegségről s igyekeztek-e gyógyítani és hogyan? Bár a könyv szerzője, mint előszavában irja, könyvét nem a „medikusok" számára, hanem a chirurgusok, tábori borbélyok és a nagyközönség számára irta, kérdések és feleletek alakjában, éppen ezért adatai annál érdekesebbek a nagy tömegek rákismeretére vonatkozólag. Könyve 1742-ben jelent meg magyar nyelven s amint állitja, az első magyar nyelven irt sebészi könyv, ami annál valószínűbb, mert *Balsaráti Vitus* másfél évszázaddal előbbi időről kéziratban hátrahagyott „Magyar Chirurgia"-ja egyelőre ismeretlen helyen rejtőzik, ha ugyan egyáltalán fennmaradt.

A szerző szerint a rák iszonyú és fájdalmas dagadás, melynek két alakját ismeri: a rejtett és a dagadt vagy kifakadt alakot. Nevét alakjáról veszi, mert a megfeketedett bőr s az ebből szétágazó fekete vérrel telt erek rákhoz hasonló alakot kölcsönöznek neki. Keletkezésének okául a diaetát, a rossz májműködést, a lép gyöngeségét, mely által a magához szivott vért nem tudja megtisztítani, s az arany érből és a menstruatio pangásából kiindulónak tartja.

A rákosdaganat felismerését a következőképen irja le: „kemény, darabos, egyenetlen, gömbölű, meg-megmozdulhatatlan, fekete vagy hamuszinű, az ő fekete nedvessége miatt. Annak az ő erei köröskörül iszonyú csúnyasággal teli vagynak, hogyha pedig a dagadás megevesölt és megnyilt, abból vékony s büdös matéria jön ki . . . s az ember ajakát megkeményiti, meg-szárasztja, temérdekiti, felpuffasztja és csomósítja, annak színét elváltoztattya és útálatossá tészi." A rák leggyakoribb keletkezési helyei: az arc, a száj, az orr, a méh és a mellbimbó. Amint irja, kezdetben a daganat nem okoz fájdalmat, csak később, ha a vérerek megtelnek s a sűrű vér gyulladásba megy át, amikor láz és szédülés csatlakozik hozzá.

A fistulától abban különbözik: „hogy az rák temérdek felhólyagzó fekete, kék ajakú büdös, tisztátalan, kemény mérges hússal, öszve nyőlt daganat." Az egyéb sebektől és fekélyektől azáltal különbözik, hogy míg ezek lúggal vagy sósvízzel megmosva, megtisztulnak és véresek lesznek, a rák sebei halványak, kékek és színtelenek s savanyú szagúak. Az arcrák búzaszem nagyságú sebből keletkezik, majd mindinkább nagyobbodik, megkeményedik és kisebesedik. A méhrák vese- és ágyéktáji fajdalmakkal kezdődik, később vizelési zavarok és bűzös genyedés indul meg a hüvelyből, mely később az agyra terjed és gyakori ájulásokat idéz elő.

A rák gyógykezelését kezdetleges stadiumban ajánlja: „ha pedig régi, megavult és meggyökeresedett, nem használ sem sütés, sem metszés, sem étetés, hanem inkább meg-mérgesül." Amikor még kis terjedelmű a rák, ajánlja gyökeres kimetszését, majd a sebet szárító orvosságokkal gyógykezelteti. A műtét alkalmával vigyázni kell arra, „hogy az sebes jó erőben légyen és hogy el szenvedhesse. A metszés előtt purgálással és érvágással kell élni. Az megrothadott húst éppen az elevenig kell kimetszeni. Az vért nem kell mindjárt megállítani, hogy az erekből a rossz vér kimenjen és az metszés körül való helyet jól ki kell nyomni." Az arcrák gyógyítására az égetést és az égető orvosságokat nem javalja, hanem ellenkezőleg hűsítő, szárító orvosságokat ajánl, úgy mint unguentum Cerussae-t, oleum Rosarum-ot vagy succinit és camphort. A méhrák gyógykezelését illetően megemlíti, hogy ez gyógyíthatatlan; legfeljebb öblítésekkel és csapok behelyezésével lehet a fájdalmakat enyhíteni. Ha a rák még nem fekélyesedett ki, akkor a következő kezelési módot ajánlja: belső orvosságokkal erősíteni kell a májat és a lépet s arra kell törekedni, hogy a megrekedt aranyér és menstruatio meginduljon. Jó diaeta szükséges. Belső és külső orvosság gyanánt néhány gyógyszert ajánl, részint mint italt, részint mint a sebre alkalmazandó tapaszt. Többek között az alábbi kenőcsreceptet irja elő:

Rp. Butyrum recens 2 uncia
Cerae novae 1 uncia
Ol. ovorum 1½ uncia
Mercurii rubri praecipitati 1 drachma
Emplastr. de minio 1 drachma
Cornu Cervi praep. 1 drachma
Plumbum ustum 1 uncia
M. F. ungv.

Amint irja az ajakon lévő „gombos tsomó" (melyet némelyek sülnek szoktak nevezni) a lemetszés után ezen Unguentummal három hét alatt meg-kúráltatott."

Stáhly Ignác szerepe a pesti kolerazavargásokban (1831).

Stáhly tanár (igazában *Stahly,* mert az elei a badeni Donaueschingenből vándoroltak be hozzánk) a genialis emberek közül való volt. Már kis gyermek korában feltünt rendkivüli képességeivel. *Toldy* Ferenc, kinek rokona volt, emliti, hogy már tizenhat éves korában a bölcsészet doktorává avatták a pesti egyetemen[1]); 21 éves volt, mikor az egyetemen tanszéket kapott s 25 éves korában egyetemi ny. rendes tanár lett, (a bonctant adta elő, később a sebészetben is kivált). Kár, hogy gyakorlata és egyéb elfog-

[1]) *Toldy* F. összegyüjtött munkái V. 287.

laltságai miatt az irodalom terén nem működött, talán azért sem, mert (mint később egyik utódjánál, *Kovács* Józsefnél is sajnálattal tapasztaltuk): „az írás olyan mesterség, melynek velünk születnie és nevelkednie kell", — ahogy *Toldy* mondja emlékbeszédében.

Általánosan tisztelt és kedvelt ember volt s legjobban jellemezhetem, ha tanítványának, *Herczegy* Mórnak német szavait idézem[2]): „Michael von Lenhoschek, k. k. wirklicher Hofrath, war Protomedikus etc., ausgezeichnet als Mensch und von seinen Schülern geliebt und verehrt um seiner Wohlthätigkeit willen, die vielen Ärmeren ihre sonst kummervolle Studienzeit erleichterte. Sein Nachfolger war der Hofrath und Professor der Chirurgie Ignaz *v. Stáhly*, geborner Ungar und ohnstreitig eines der grössten Genies im Reiche der Gesammt-Arznei-Wissenschaft. Er war in allen Fächern volkommen und sein Glück beispiellos. Er war aber nicht nur eine genialer Arzt, Geburtshelfer, Operateur, sondern auch ein gründlicher Kenner der Literatur, der fast alle neun Sprachen wie seine Muttersprache, die magyarische, redete und schrieb und überdies ein Cavalier wie er sein soll. Er hätte wenigstens ein Paar Millionen hinterlassen können; denn einer solchen beispiellosen hohen und allerhöchsten Praxis konnte sich vielleicht noch kein Arzt rühmen. Aber als er vor etwa anderthalb Jahren starb, hinterliess er — Nichts. Durchaus nicht hübsch, imponirte er wie kein Zweiter der hohen vornehmen Welt — und den Schönen. Zu seiner Seltsamkeit gehörte es, dass er oft zehn, zwölf Equipagen vor seiner Hausthüre warten liess und — zu Fuss nach seinem Schuster, Schneider oder Huterer rannte, wenn bei einem oder anderen etwas fehlte. Reitpferde die schönsten, Equipagen die theuersten, hatte er und fuhr nie anders als in einem Fiaker. Er war der Abgott seiner Schüler und aller Patienten und doch wollte man ihn ein bischen todtschlagen, als uns die Cholera zum Erstenmal beehrte."

Szinte könnyelműségbe vágó jóságáról és nemeslelkűségéről tesz tanuságot az az eset, melyet dr. *Rosenzweig* József abonyi orvos (*Ágai* Adolf apja) mond róla. Mikor már a délvidéken is erősen pusztított az 1831. évi kolerajárvány, a helytartótanács meghirdette, hogy (kellő honoráriummal) orvosnövendékeket is alkalmaz a vidéken. *Rosenzweigot* is leküldték Tolnamegyének egyik sváb lakosságú járásába, hol borzalmas volt a járvány ereje. A halottakat éjjel-nappal temették, ötösével-hatosával rakva őket a kocsira, loncsos módra összeabdált koporsókba, közös nagy gödrökbe. Mikor *Rosenzweig*, dolga végeztével, visszajött Pestre s a helytartóságnál jelentkezett, hogy tolnamegyei működéséről számot adjon, a kikötött honorárium helyett váddal fogadják. „Hiszen ön hűtlenül otthagyta a hivatalát!" szólt neki a tanácsos úr. „Nem hagytam én el, de előztek onnan mindnyájunkat orvosokat. Külön engem még lelövéssel is fenyegettek." A tanácsos úr ékes szavalatba fogott, idézvén Cicerót is, aki „De officiis" című hires munkájában a törhetetlen kitartásra inti az ifjut. „Az ifjut is, de a meglett korút is!" feleli *Rosenzweig;* „mert akadt ám nem egy meglett korú férfiu, talán épp itt, ebben az országos főhivatalban, ki a veszedelem elől a visegrádi hegyek tövébe menekült." Amire a tanácsos úr szó nélkül ment be a másik szobába s az irnokkal kiküldötte az 50 forintra szóló utalványt. Ez a pénz azonban hamarosan elfogyott, pedig a doktorjelölt nősülni akart. Végső szorultságában *Stáhlyhoz* fordult, a lakásán kereste fel s lehető ékesszólással kezdte ecsetelni a bajait: „Ne folytassa! Ismerem magát s tudom, hogy nem jól bántak vele oda fönt," vágott szavába a szíve szerint is előkelő, tudós tanár és a bámuló fiu elé aranyban olvasott le négyszáz forintot. „A negyedik száz arra való, hogy a hegedűhöz megadjam a vonót is. Amikor módjában lesz, megtéríti!" Csak azt kötötte ki, hogy a *többinek* ne árulja el, mert azt már nem győzné.

És erről a derék emberről mondotta az ő ridegen csúfondáros kollegája *Tognio* tanár, hogy egész életében *jellemtelen* volt![3])

Említett munkámban (I. 301.) már megemlékeztem arról, hogy az első nagy kolerajárvány 1831. junius 13-án lépett át Magyarország határain Galicia felől, nemcsak közrémületet, hanem a köznép lázadozását is hozva magával, mert a vesztegzárt illető hatósági intézkedések sok helyen éhinséget és más súlyos bajokat okoztak. Minthogy a jobbmódúak kevésbé haltak, mint az egészségi regulákkal keveset törődő szegény nép; az *urakat,* orvosokat és természetesen a zsidókat is (kiknek már a pestisjárványok idejéből is voltak némi kellemetlen reminiscentiáik; v. ö. M. Orv. Eml. III.), azzal gyanusították meg, hogy ezek a népet alattomosan (mérgekkel) akarják pusztítani, fogyasztani, nehogy a parasztság túlszaporodjék s azután kezébe kerítse a közhatalmat. Pesten is, csakúgy mint más városokban és kerületekben, első sorban a vesztegzár okozta a bajt. A városba nem hozhattak élelmiszert a vidékről, sőt az augusztusi pesti vásárt sem engedélyezték; a mesteremberek, kereskedők alkalmazottaik jórészét elbocsátották, mert az élelemhiány és az ipari tengődés mindinkább érezhetővé vált. Maga a selyemgyár tulajdonosa, *Valero,* 240 munkása közül 120-at bocsátott el s ezek kenyér és munka nélkül maradtak. A főváros hatósága a vidékről érkező fenyegető híreket lehetőleg enyhébb formában tette közzé, (csak julius közepe táján nyomattatott az epidemia vidéki pusztításait őszintébben közlő „Egészséget tárgyazó hirdetések"-et, melyeket minden könyvkereskedésben ingyen osztogattak). A lakosság tehát az első hetekben jórészt tájékozatlan volt az új betegség-okozta veszedelem dolgában s a bajt nem becsülte nagyobbra, mint az előző két évben pusztító vérhast és egyéb járványokat; de azért a kuruzsló csodadoktorok szerepe már megkezdődött: a fűszerkereskedők, sőt a patikák ablakai is piros-betüs cédulákon hirdették a mentő orvosságokat és a „Pestofner Kundschaftsblatt" nyakra-főre verte a csalhatatlan csodaszerek hirét. Az a gyanu is hitelre talált, hogy a kolerarémületet mesterségesen, felsőbb meghagyásból, politikai célzattal terjesztik avégből, hogy az országgyülést össze ne hivják és a lengyelek szabadságharca érdekében történendő intervenciót megakadályozzák.

Július 14-én történt, hogy a Kétnyúl-utca sarkán levő úgynevezett Csillag (azelőtt Firsovits, később Magyaryféle) házban a tulajdonosnak a kocsisa hirtelen meghalt. Mint id. *Szalay* József és a birtokomban levő nagyszámú hivatalos irat (vallatási jegyzőkönyvek, itéletek stb.) bizonyítja, a kocsis hulláját azonnal felboncolták, de a boncolást végző kiváló szakértők nem voltak egységes vé-

2) *M. Herczegy*: Memoiren aus dem Reisetagebuch eines ungarischen Arztes. (Wien, 1850; 165. l.)

3) Lásd Magyar Orvosi Emlékek c. munkámban (I. 262.) hol azt írom, hogy *Tognio* gonosz nyilatkozatának talán az az „arcpirító pör" is egyik alapja volt, melybe az ifjukorában meglehetősen könnyelmü *Stáhly* is belekeveredett. Sejtettem, hogy *il faut chercher la femme*; de csak most, *Győry* Tibor szives felvilágosítása után, tudom meg a biztosat: Stáhly, a városi alkapitány társaságában, nyilt utca során megtámadott és tettleg bántalmazott egy Schranzhoffer Antónia nevezetü hölgyet, ki bizonyára nagy okot szolgáltatott erre az inzultusra, mert különben nem segített volna neki a rendőrség egyik vezérembere s Ürményi sem mosta volna annyira tisztára a hevesvérü és gyorskezü fiatal tanárt, hogy a király is százszázalékosan megkegyelmezzen neki.

leményen: nagyobbik részük azt mondta, hogy nem volt kolerás, hanem Tiszaroffon szerzett „hideglelésből" csak most gyógyult fel és a halála előtti napon sok káposztát evett, 5—6 icce bort ivott, emiatt megütötte a guta. Csupán *Stáhly* volt az, ki teljes erejével hangsúlyozta, hogy a kocsis valóságos *cholera-morbus*-ban pusztult el. A hatóság emberei, az elágazó orvosi vélemények ellenére, a házat azonnal őrizet alá vették, lakóit berekesztették, annálinkább, mert ugyanaznap, vagy másnap a házmester is meghalt — *ijedtségében(!)* Ugyancsak július 14-én a Dunán horgonyzó szénás hajók egyikén is meghalt hirtelen két ember („meggyulladt bennük a pálinka"). Az eset megvizsgálására kiküldött *Koller* János városi tanácsos aznap este szintén meghalt. Felboncolták és az orvosok véleménye ismét megoszlott: az egyik része azt mondta, hogy „lágyékszakadásban" halt meg, ellenben *Stáhly*, ki a kórbonctani ismeretek dolgában nyilvánvalóan fölötte állott kollegáinak,[4]) ebben a hullában is minden jelét megtalálta a kolerának. *Koller* szenátor házát is lezárták s 15-én virradóra a vámokat és a két testvér várost összekötő hajóhidat is.

Az orvosi szakvélemények megoszlása meghozta a maga sajnálatos következményeit. *Stáhlyra* ráfogták, hogy önérdekből akarja erőnek erejével konstatálni a főváros kolerás fertőzöttségét, még pedig azért, mert még a télen száz (vagy ezer) aranyban fogadott arra, hogy a betegséget behurcolják Pestre. Hogy is lehetne elhinni, hogy olyan kiváló szakértők, mint *Bene* Ferenc, *Jordán* stb. ne látták volna meg azt, amit *Stáhly* látott? Az általános izgatottságot csak növelte, hogy a mesteremberek újabb kétezer alkalmazottjukat bocsátották el, ezek is kenyér nélkül maradtak s a városból sem távozhattak.

Pest városát különben nem találta teljesen készületlenül a járvány, mert a kolera-kórház már július 14-én fölszerelve készen állott. Ennek vezetését, miután *Eckstein* Frigyes dr. jónevű pesti gyakorló orvos (később orvoskari dékán is) arról lemondott, mások pedig elfogadni vonakodtak, *Pólya* József és *Grünhut* Károly vállalták el, a másik (sokkal kisebb) kórházat pedig *Rindmiller bécsi* orvosra bízták.

Az egyetemen és a középiskolákban a rendes idő előtt befejezték az előadásokat s a tanulók szintén ki voltak téve annak a veszedelemnek, hogy a körülzárt fővárosba szorulnak. Nyughatatlankodtak, az utcán és a kávéházakban tanakodtak, hogy mittevők legyenek; hangos volt tőlük a Hétválasztó, a Két pisztoly, a Fehér hajó, a Zrinyi, a Két oroszlán, Tigris, az Arany Sas, (az orvoskari épület közelében, a medikusok rendes kávéháza), a Hugelmann — és a Spelli-féle kávéház (mindkettő a jogászok tanyája) stb. Fölkeresték az alispánt és a királyi biztost (*b. Mednyánszkyt)*, de mindkettő azzal bocsátotta el őket, hogy legyenek türelemmel. Másnap, vasárnap reggel a tanuló ifjuság a hidhoz csődült, hogy átmenjen Budára, de már akkor ott állt *Vernhardt* tábornok is, ki szép szóval intette őket, hogy várakozzanak egy kissé, délben ismét összekötik a hidat s akkor tetszésük szerint átmehetnek a tulsó oldalra. Az egyetemi ifjuság erre nyugodtan eloszlott, de mivel a generális igérete nem teljesedett, egy óra felé báró *Palocsay* Horváth vezérlete alatt, ki mint valami *dux imperator*, lóháton ült, ismét megjelentek. Minthogy *Palocsay* benső barátja volt báró *Eötvös* Józsefnek (ki éppen akkor nem is volt Pesten, hanem Ercsiben) bizonyos körök hiedelme szerint *Eötvös* volt az egész zavar felidézője s a kormányt ebben a hitében méginkább megerősítette az, hogy a Karthauzi szelidlelkű írójának arcán egy hatalmas kék folt dísztelenkedett. Hiába erősítgette, hogy a saját szamara rugta meg, a kormány emberei szilárdul hitték, hogy ő a főmachinator s ezért nem szűntek meg őt forradalmárnak tekinteni. Az ifjuság mindenáron át akart menni a hidon s ebből majdnem baj lett, mert a híd előtt akkor már egy kisebb katona-különítmény állott s az ifjak valamelyike az előtte álló vitézt jól meglökte, úgyhogy az elvágódott, de fölkelvén puskáját nekiszegezte; ezt a hadnagy látván, lengyelül ráparancsolt a katonaságra, hogy fegyvereihez ne nyuljon. A tanulók azonban a tisztet is meglökdösték, a csákója is leesett a fejéről, de azért nagyobb veszedelem ebből sem lett, mert csakhamar megjelent *Stáhly*, ki a Fehér Hajó felé vezette az ifjakat s ott egy magasabb helyről csillapító beszédet intézett hozzájuk, igérve, hogy nemsokára szabadon mehetnek a hídon át, amerre éppen akarnak. Erre sem hallgattak, sőt mindjobban lármáztak és *Stáhlyt* csolnakon átküldötték a nádorhoz Budára, maguk pedig a megyeháza elé vonultak s ott azt kiabálták: „Passzust kérünk, még pedig nem hamis passzust, mert *Stáhly* maga mondta, hogy nincs kolera!"

Erre a megyeház urai leküldték közibük *Nagy* István notáriust, ki kérte őket, hogy a nádori rendelet megérkeztéig várjanak még egy kissé, a passzus osztogatása már úgyis megkezdődött. Ezzel szünt is a vihar s százankénti tódultak a passzusért, de mikor eszükbe jutott, hogy evvel sem mehetnek sokra a vesztegzár miatt, eldobálták azokat és tovább siettek az egyetemhez, hol a *Pálma* nevű aktuáriustól és *Szkitsák* kancellistától az egyetemi múzeum kulcsát szerették volna megkapni, de mivel ezek a tisztviselők nem voltak ott, rövid úton betörték a múzeum ajtaját, az egyetem zászlaját kihozták s ezt maguk előtt vive, a kolerában elhalt *Koller* tanácsos lezárt házához vonultak, az őrtálló városi pandurt és biztost elverték, bementek a házba s a kontumáciába helyezett lakókat felszabadították. Ekkor megjelent közöttük *Havas* Ignác orvoskari dékán és a rektor, kérve őket, hogy a zászlót vigyék vissza a helyére, mit meg is tettek. Az egyetemről a másik lezárolt (Magyary-féle) házhoz indultak, azt is felszabadították s ismét a híd felé mentek. Itt értesültek arról, hogy *Stáhly* már visszajött Budáról, s őket elkerülve a városházá felé ment. Utána iramodtak, fiakkerét feltartóztatták, őt magát két oldalról megragadták s mint valami semmiházit, fiával, a 21 éves *Stáhly* Györggyel (később szintén tanár az orvosi karon, de már 1846-ban meghalt) együtt hurcolták a Váci-utcán végig egészen a szinházig. *Aichmayer* János, városi komisszárius szembe jött velük s odaszólt, hogy gondolják meg, mit cselekszenek, mert esetleg már másnap megbánhatják a dolgot; bocsássák szabadon a professzort. Feleletül egy jó nagy tasla pofont *(eine derbe Ohrfeige)* kapott. Mikor odaértek a teátrumhoz, *Stáhlyt* magasra emelve kényszerítették, hogy esküvéssel és saját botlásainak beismerésével — *à la Galilei* — hangos szóval, magyarul és németül kiáltsa a néptömeg felé fordulva, hogy *„Nincs kolera! Nem kell kordon!"* Erre aztán a szegény össze-vissza ráncigált embert (nem valami gyöngéden) leeresztették és útjára bocsátották, de csak akkor, mikor báró *Mednyánszky* és gróf *Keglevich* Gábor is közbelépett. *Stáhly* nagynehezen hazavergődött közeli lakására, a Nagyhid —, ma Deák Ferenc-utcában, a Kemeneczky-féle ház első emeletén, melynek az alatt, míg *József* nádorral értekezett, minden ablakát beverték. *Mednyánszky* a szinház sarkán összetett kezekkel könyörgött: „Esküszöm az élő Istenre, a szentekre és magyar charak-

[4]) Mindég is teljes meggyőződéssel harcolt a kórbonctan intenzívebb tanításáért, amit a rosszmáju Tognio tanár egyszerűen avval magyaráz, hogy „der alte Esel hat die pathologische Anatomie aus lauter Eitelkeit protegirt;" (v. ö. Magy. Orv. Eml. I. 261.)

teremre, becsületemre, hogy az uraknak nem lesz semmi bántódásuk, csak menjenek békén haza," mire egy jól megtermett, szálas ifju azt felelte: „Mi a legnyugodtabb, békességes vérrel mentünk tegnap a dékán és a vicispán úrhoz és nagyságodhoz is, de csak üres biztatásokat kaptunk, már pedig mi *szegény legények* vagyunk, itt meg nem élhetünk, így hát bocsássanak haza!" Követelték, hogy a vesztegzárt egész Magyarországon szüntessék meg, mert kolera nincs, a kolera csak *huncutság*. Az egész országban így hangzott akkor a *vox populi*. *Mednyánszky* azt felelte, hogy „meglesz!" *Dubravitzky*, a vicispán, is megjelent köztük s kijelentvén, hogy a nádornál már mindent elintéztek, kérte, hogy csak holnap reggelig várjanak. Lehurrogták!

Ami ezután következett, arra nem szándékozom részletesen kiterjeszkedni, mert ez már a mindenre elszánt csőcselék féktelen munkája volt. *Bukovics* Mihály, volt sebész-hallgatónak, *Heinrich* Sámuel gyermekei nevelőjének vezérlete alatt, ki folyton azt kiabálta, hogy veszélyben a *haza* és az *alkotmány:* megrohanták a vámházat, a városházát, az országbiró (gr. *Cziráky*) házát, nagyszámú vendéglőt és kávéházat, mindenütt leírhatatlan pusztítást, de amellett megfelelő evést-ivást is rendezve. Azt kezdték kiabálni, hogy *„Éljen a szabadság!"* s egyik-másik ház falára azt irogatták: „Ne bántsd a magyart!" — a nagy nemzeti forradalom eszméje már tudat alatti csirázásában volt. A szabadságharc nagyemlékű vértanuja, *Csányi* László, *nemesi fölkelést* ajánlott Zalában a kolera ellen s mikor csodálkoztak különös ötletén, azt felelte: „Legyen csak meg az insurrectio, *majd lesz belőle más is!"*

Estefelé azután legfelsőbb rendeletre („nach Empfang des höchsten Befehls") két ágyú, öt század gyalogság és egy szakasz huszár kiséretében ismét megjelent *Vernhardt* generális és hamarosan végzett. Közbiztonsági összeredmény: tizenhét halott (talán több is!), sok súlyos sebesült, köztük bámészkodó apró gyermekek, továbbá valami 150 (az Ujépület udvarán megvesszőzött vagy rövidebb-hosszabb börtönre fogott) *„rebellis"*, ahogy őket hivatalos jelentésében a tábornok nevezi. Valahogy megérezte 1848-at!

Magyary-Kossa Gyula.

Válasz Dollinger Gyula prof. megjegyzésére.
(O. H. 21.)

Őszinte sajnálattal olvastam az O. H. 21. számában *Dollinger* tanár úrnak megjegyzéseit az ugyane lapban megjelent cikkemre. Ebben ugyanis kizárólag csak azon sebészek neveit és álláspontját citáltam, akik az 1930-ik sebész congressusi referatumomhoz hozzászólottak és így természetesen *Dollinger* tanár úr nevét ott nem említhettem meg.

Miután távol áll tőlem minden célzatosság és miután a Professor Ur erre súlyt helyez, készséggel lerögzítem e helyen is azon, nálunk közismert tényt, hogy az első idealis cholecystektomiát Magyarországon már ezelőtt kb. 30 esztendővel *Dollinger* tanár úr végezte és propagálta.

Jung Géza dr.

VEGYES HIREK

Személyi hirek: A kormányzó *Schmidt Lajos dr.* főorvosnak a közélet terén szerzett érdemei elismeréséül a kormányfőtanácsosi címet adományozta.

Darányi Gyula prof. orvoskari dékán hazaérkezett Szófiából és Konstantinápolyból, hol a közegészségügy fejlődéséről és jelenlegi állapotáról Magyarországon rendkivül látogatott és értékelt előadásokat tartott. A bolgár kultuszminister az egyetemek dékánjai, városi és állami méltóságok tüntették ki az előadót megjelenésükkel és érdeklődésükkel, kinek tiszteletére a rector díszebédet, konzulátusunk pedig estebédet adott. Örvendetes, ha az érdeklődés ilyen kulturactiók kapcsán fordul hazánk felé.

Donáth Gyula professor ünneplése. Meleg ünnepség keretében nyujtották át május 17-én az elme és idegkórtani klinikán *Donáth Gyula* professornak a Magyar Elmeorbosok Egyesülete tiszteletbeli tagságáról szóló díszoklevelet. Az ünneplő közönség előtt *Zsakó István* igazgató főorvos, az egyesület elnöke üdvözölte az ősz professort s nyujtotta át neki az Egyesület díszoklevelét. A tanitványok nevében *Keller Kálmán* főorvos mondott beszédet, melyekre az ünnepelt meghatott szavakkal mondott köszönetet.

A balatonfüredi orvoshét. Ezévben tizenkettedszer rendezte meg Balatonfüred-fürdő a már hagyományossá vált balatonfüredi orvoshetet. A tizenkét év előtti magból, amelyet Balatonfüred-fürdő orvosi tanácsadó testülete elültetett, gyönyörü fa fejlödött, amelynek gyümölcse értékes eszköze hazai orvosi továbbképzésünknek. Azzá avatja az a céltudatos munka, amelyet az orvosi tanácsadó testület az előadások megválogatásával és összeállitásával évenként nagy odaadással végez. Hogy mily hézagpótló és értékes munka ez, azt legjobban az orvoshét évről-évre fokozódó látogatottsága bizonyitja.

Az idei orvoshét, amelyet május hó 18-tól 23-ig rendeztek, e tekintetben is kimagaslik az eddigiek közül. Az előadások magas szinvonaluak, nagy gyakorlati értékűek voltak, hallgatóságuk száma pedig jóval meghaladta az eddigi orvoshetek résztvevőinek számát. Az idén közel négyszáz orvos halgatta az előadásokat és gazdag ismeretekkel gyarapodva tért vissza otthonába, hogy azokat szenvedő betegeik javára hasznositsa.

Az orvoshét tanitó rendeltetése mellett egy másik fontos célja is van és pedig, hogy megismertesse kartársainkkal a Balatont és gyógytényezőit. Ezáltal a balatonfüredi orvoshét közegészségügyi és nemzetgazdasági szempontból is rendkivül értékes munkát végez és bátran állithatjuk, hogy egyik legfontosabb tényezője a Balaton-propagandának, mert leghivatottabb úton, oz orvosok útján ismerteti meg közönségünkkel hazánk ezen természeti kincsének való és felbecsülhetetlen értékeit. Az orvoshéttel kapcsolatban éppen ennek a célnak a szolgálatában megismertetik a hallgatósággal a Balaton partján fekvő jelentősebb fürdő- és gyógyhelyeket. Délutánonként ezekre a helyekre elviszik a hallgatóságot, amely így a helyszinen személyesen győződhetik meg a Balaton folyton emelkedő kulturájáról.

Balatonfüred-fürdő tulajdonosa, a pannonhalmi Szent Benedek Rend igazi magyaros vendégszeretettel fogadta a megjelenteket és páratlan áldozatkészséggel mindent megtett a hét sikerének biztositására. Az orvoshetet maga a Rend főapátja, *Kelemen Krizosztóm* nyitotta meg. *Gácser József* rendi főkormányzó, a fürdő vezetője, a fürdő orvosi karával együtt az egész orvoshét alatt felülmulhatatlan házigazdának bizonyultak.

Az előadások általában a szivbetegségek körébe vágó kérdésekkel foglalkoztak. De helyet kaptak az előadások keretében az orvostudomány más szakai is. Az előadók a négy hazai egyetem és más hazai intézmények orvosai közül kerültek ki.

A szivbántalmak körébe tartozó klinikai, kórtani és pathologiai kérdésekkel foglalkoztak *Hasenfeld Arthur, Buday László, Hajnal Imre, Hetényi Géza, Kiss Pál* és *Kramár Jenő* előadásai. Utóbbi két előadó a gyermekkori szivbántalmak kérdését világitotta meg több szempontból, amely thémakör éppen az utóbbi évtizedben vált általános orvosi érdeklődés tárgyává, részben az előadók értékes munkássága révén. *Scipiades Elemér* a nőgyógyászati függelék-gyulladások conservativ kezelését tárgyalta. *Thurzó Jenő* az agyvérzés okait kutató újabb vizsgálatok eredményeiről tájékoztatta a hallgatóságot. *Illyés Géza a* vesemedencegyulladásról, *Lénárt Zoltán* az orr-mellüreg gyulladásairól tartott előadást. *Schill Imre* az ú. n. bélhurutokról, *Hainiss Elemér* a járványos gyermekbénulás korai tüneteiről és kezelésének egyes kérdéseiről értekezett. *Barla-Szabó József* azt fejtegette, hogy milyen szerepe van az orvosoknak a balatoni fürdők fejlesztésében és rámutatott arra, hogy mi a feladata az orvosi karnak a Balaton-kultusz terén. Szót kapott az orvoshéten a gümőkór kérdése is, amely tárgykörből *Kanócz Dénes* tartott előadást. A dispositio és expositio-nak a gümőkórral összefüggéseit ismertette. *Angyán János* a légzési zavarokról, *Verebélÿ Tibor* pedig a törések és ficamok műtéti kezeléséről tartottak magasszinvonalú előadást.

Az orvoshét tanulságai bizonyára lényegesen bővitették a hallgatók tudományos ismereteit és ezúton hasznára lesznek a szenvedő betegeknek és igy közvetve a köznek is. Akkor pedig az orvoshét elérte célját.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület pályázatot hirdet az alábbi jutalomdíjakra:

1. *Balassa díjalap jutalomdíj.* 1934. október 1 óta magyar nyelven megjelent, gyakorlati szakmájú, eredeti, önálló kutatások alapján készült tudományos becsü értekezés, hézagpótló monographia vagy kézikönyv jutalmazására. A pályázatra be nem küldött munkák is figyelembevételnek.

2. *Szenger Ede jutalomdíj.* Az orvostudomány bármely szakából szabadon választott, önálló kutatások alapján készült, befejezett, Magyarországon érvényes oklevéllel bíró orvos magyar nyelven irt, még sehol meg nem jelent dolgozata jutalmazására.

3. *Schaffer Károly pályadíj.* 1934. október 1. óta magyar szerző tollából megjelent, az elme- és idegkórtan bármely területébe vágó dolgozat jutalmazására. A be nem küldött munkák is figyelembevételnek.

A pályamunkák 1936. október 1-ig az egyesület főtitkárának a pályázat világos megjelölésével, a szerző nevének és lakásának feltüntetésével adandók be. A lejárati időn túl beadott pályamunkák figyelembe nem vételnek. A pályázatra benyújtott munkák a pályázat elintézése előtt vissza nem vonhatók. Az alapitványok elértéktelenedése miatt a jutalmazottak az Orvosegyesület plakettjét kapják. A jutalomdíjak odaitélése az 1936. decemberi közgyülésen történik. A pályamunkák a közgyülés után a főtitkárnál átvehetők.

A Magyar Elmeorvosok Egyesülete ezévi rendes közgyülését május 31-én délelőtt ½12 órakor fogja megtartani Győrött, a Városháza nagytermében, melynek napirendje a következő: 1. Elnöki megnyitó, 2. Győr szab. kir. város kiküldöttje üdvözli a közgyülésen megjelenteket. 3. Emlékbeszéd *Jendrassik Ernő* felett, tartja *Zsakó István dr.* elnök. 4. Előadás *Jendrassik Ernő* emlékére: „Az öröklődő ideg- és elmebetegségekről", tartja *Miskolczy Dezső* ny. r. tanár (Szeged). 5. A győri Közkórház elme- és idegosztályának működéséről előadást tart: *Haitsch Emil* közkórházi főorvos. 6. Titkári jelentés. 7. Pénztáros és pénztárvizsgáló-bizottság jelentése. 8. Tisztikarválasztás és a választmány kiegészí-

Kimutatás 1936 május 17-től 23-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) s halálesetekről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphteria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis.		Morbilli.	Influenza.	Malaria.	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mb.	Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.411	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	8	1	—	—	—
3. Baranya	251.620	5	—	1	—	2	1	8	—	—	—	—	—	2	1	1	—	—
4. Békés	335.874	—	—	1	—	6	1	4	—	—	—	—	—	6	—	2	—	—
5. Bihar	180.415	—	—	1	1	2	—	1	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	3	—	1	—	—	1	2	—	—	—	—	—	19	—	1	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	41	—	1	—	—
8. Csongrád	148.353	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	41	—	1	—	—
9. Fejér	231.165	2	1	2	—	2	—	4	—	—	—	—	—	160	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	51	—	—	—	—
11. Hajdu	182.047	—	—	1	—	1	—	2	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—
12. Heves	322.207	4	—	—	—	1	—	2	—	1	—	—	—	7	—	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	420.142	1	—	2	—	1	—	3	—	—	—	—	—	96	—	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	—	—	—	—	3	—	4	—	—	—	—	—	25	—	1	—	—
15. Nográd és Hont	227.958	—	—	1	—	1	—	2	—	—	—	—	—	47	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,437.226	6	—	4	—	13	1	44	—	—	—	1	1	116	—	3	—	—
17. Somogy	389.792	3	1	—	—	1	—	9	—	—	—	—	—	130	—	17	—	—
18. Sopron	143.128	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	5	1	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	2	3	1	2	6	1	4	—	—	—	—	—	49	—	15	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	1	—	—	—	2	—	4	—	—	—	—	—	58	—	11	—	—
21. Tolna	267.133	2	—	—	—	2	—	6	—	—	—	—	—	31	—	—	—	—
22. Vas	273.776	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	16	—	—	—	—
23. Veszprém	246.551	3	—	—	—	3	1	7	—	—	—	—	—	27	—	2	—	—
24. Zala	368.371	1	1	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	67	1	5	—	—
25. Zemplén	149.043	4	—	1	—	1	1	8	—	—	—	—	—	79	1	9	—	—
I. Baja	29.791	1	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1.035766	3	—	4	1	36	1	48	—	—	—	—	—	166	1	—	—	—
III. Debrecen	122.825	1	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	14	—	1	—	—
IV. Győr	50.828	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.659	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	22	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.399	1	—	3	1	1	—	3	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	6	—	—	—	—
VIII. Pécs	67.527	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—
IX. Sopron	36.023	—	—	—	—	1	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.287	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	23	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	1	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
Összesen:	8,898.367	46	6	23	5	106	9	183	—	2	—	2	1	1328	11	73	—	—
Előző évben:		43	6	18	2	161	6	220	4	1	4	3	2	1561	4	74	4	—

PANTAL
A hashajtók ideálja
az orvosok PANTAL-ja!
CHINOIN

tése. 9. Esetleges indítványok, melyek az alapszabályok értelmében két héttel a közgyülés előtt írásban nyujtandók be. 10. Zárszó.

A közgyülés végeztével Győr szab. kir. város ebédet ad a Royal-étteremben. Délután megtekintik Győr város nevezetességeit, majd este 8 órakor a Kioszk-étteremben vacsora. Június 1-én, pünkösd hétfőn délelőtt 10 órakor Pannonhalmára autóbuszkirándulást terveznek. Autóbuszjegy ára személyenként 2 pengő.

Berlin lakossága a legutóbbi népszámlálás szerint 1,956.015 férfi és 2,286.486 nő, tehát 1000 férfire 1169 nő jut. A nők számának túlsúlya főleg a 30 és 45 évre esik.

Franciaország népesedésére nézve az 1935. év kedvezőtlennek mutatkozott. 658.357 halálozással szemben az élveszülettek száma csak 638.881, amely tehát 20.000-s csökkenést jelent.

HETIREND

A Királyi Magyar Természettudományi Társulat élet- és kórtani szakosztályának június 2-án, este ½7 órakor az egyetemi közegészségtani és élettani intézet tantermében tartandó ülésének tárgya: prof. *C. Heymans* (Genf): Über die Beziehungen zwieschen Stoffwechsel und Kreislauf.

A Pesti Izr. Hitközség Kórházai Orvosi Kara június 4-én este ½7 órakor a kórház könyvtártermében tartandó ülésének tárgysorozata: Bemutatás: *Groszmann Ferenc:* Idiota amaurotica familiaris Tay-Sachs. Occlusiós tüneteket okozó béltetania (?) — Előadások: *Richter Hugó:* Psychosissal társuló enkephalitis-esetek halmozódása az 1935/36-os téli évszak folyamán. — *Bársony Jenő:* Terhes nő vizeletével végzett kísérletes vizsgálatok és gyógyító törekvések. — Bemutatás: *Berger Margit:* A hypophysis hátsó lebeny-hormon petefészek szövetére gyakorolt hatása.

Lapunk mai számához dr. Egger Leó és Egger J. gyógyszervegyészeti gyár rt. Budapest, *Inarsan-, Bisol-* és *Revival*-ról szóló prospektusát csatoltuk.

Jelen számunkhoz „Certa" gyógyszerészeti laboratorium Budapest, *Granulocitogen „Certa"*-ról szóló ismertetését mellékeltük.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A magyar Iskola-Szanatórium Egyesület szentgotthárdi iskolaszanatóriuma részére keres gyermek- vagy belgyógyászati képesítéssel és hosszabb gyakorlattal rendelkező

másodorvost.

Járandóság: fizetés és bentlakással egybekötött természetbeni ellátás.

Az egyesület elnökségéhez intézett írásbeli kérvények a központi irodába: Budapest, VIII., Sándor u. 26. III. 3. sz. küldendők be.

A Magyar Orvosi Nagyhét hatodik ülésszakát ez évben június 1—6-ig tartja Budapesten. Az ülések a József nádor műszaki és gazdaságtudományi egyetem termeiben lesznek (Müegyetem-rakpart 3.), melynek napirendje a következő:

Junius 1. Hétfő	Junius 2. Kedd	Junius 3. Szerda	Junius 4. Csütörtök	Junius 5. Péntek	Junius 6. Szombat
Tanácsterem 3/49 ó.: Szövetség tanács. 9 ó.: Diszterem Megnyitó ülés. 10 ó.: Chemiai tanterem Együttes ülés. Késői lues. Bevezető előadás: Nékám Lajos (M. D. T.) Engel Károly és Sarbó Artur (M. B. E.) Szakelőadók: M.P.T.: Entz Béla (Pécs) M. H. T.: Doros Gábor (Bpest) M. D. T.: Guszman József Bpest) M. E. E.: Miskolczy Dezső (Bpest) M. F. G. E.: Safranek János és Rejtő Sándor (Bpest) M.O R. E.: B. Pap Lajos M. O. T. E.: Országh Oszkár (Bpest) M. S. T.: Verebély Tibor (Bpest) M. Sz. T.: Albrich Konrád (Pécs) D. u. 1/26 órakor Vita.	9 ó.: MBE. *R.:* A keringés elégtelensége. a) *Boros:* A szív szerepe a keringés elégtelenségében. b) *Rusznyák:* A műtétutáni collapsus.	9 órakor: **M.B.E. és M.P.T.** R.: *Borsos-Nachtnebel* és *Heténvi Géza:* A mészanyagcsere kór és gyógytana.	9 órakor: **M.S.T. és M.E.E.** A gerincvelő sebészete. *Winternitz A.* és *Somogyi István:* Párhuzamosan: 9 órakor M. P. T. *Zalka:* Basedow. 1/210 ó.: **M.O.T.E.** *Szél:* Calmette-akció statisztikája.	9 ó.: **M.S.T.** *Kopits:* Gerinc. Párhuzamosan: **M.N.T.:** Eklampsia. R.: *Gyulay* és *Strobl.* **M.O.T.E. M.P.T.** **M.Gy.E.** Fertőző-betegségek, *R.: Bosányi* **M.F.O.E.**	9 órakor: **M.Gy.E.** *Lénárt* Belső secretio. **M.D.T.:** Konsttució és bemutatás. (Bőrklinika) **M.F.O.E. M.N.T.**
D é l u t á n					
	5 órakor: M. H. T. 6 ó.: M. B. E. R.: c) *Dobozy:* A vér depók. d) *Groák:* A véna rendszer. e) *Razgha:* Anyag csere megváltozása.	6 órakor: M. B. E. R.: Belső betegségek traumás eredete. *Csépai Károly* és *Hajós Károly*	4 ó.: M. P. T. 5 ó.: M. O. T. E, 1/26 ó.: M. S. T.	5 ó.: M. O. T. E. 4 ó.: M. P. T. 5 ó.: M. D. T. Konstitució a dermatologiában. 5 ó.: M. N. T. 1/25 ó.: M. S. T. M. F. O. E.	5 ó.: M.D.T. (Bőrkl.) M.SZ.T. (I. Szemkl.) M. N. T. 1/26 ó.: M. Gy. E, Orosz: Subfebrilitas a gyermekkorban. 6 ó.: M. U. T.

Rövidítések: *M. B. E.* Magyar Belorvosok Egyesülete, *M. D. T.* Magyar Dermatologiai Társaság. *M. E. E,* Magyar Elmeorvosok Egyesülete. *M. F. O. E.* Magyar Fogorvosok Országos Egyesülete. *M. F. G. E.* Magyar Fül és Gégeorvosok Egyesülete. *M. Gy. T.* Magyar Gyermekorvosok Társasága. *M. H. T.* Magyar Hygienikusok Társasága. *M. N. T.* Magyar Nőorvosok Társasága. *M. O. R. E.* Magyar Orvosok Rheuma Egyesülete. *M. O. T. E.* Magyar Orvosok Tuberkulózis Egyesülete. *M. P. T.* Magyar Pathologusok Társasága. *M. S. T.* Magyar Sebész Társaság. *M. Sz. T.* Magyar Szemorvosok Társasága. *M. U. T.* Magyar Urologiai Társaság.

PANTAL **A hashajtók ideálja az orvosok PANTAL-ja!** CHINOIN

1032/1936. kig. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Nógrádvármegyei „Mária Valéria" közkórház börgyógyászati osztályán újonnan szervezett osztályos főorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A kinevezendő főorvos kötelessége a kórház börgyógyászati osztálya főorvosi teendőinek ellátása.

Az állás javadalmazása a 300/1935. B. M. számú rendelet alapján a IX. f. o. 3. csoportjának megfelelő fizetés és lakbér, — a kormányrendeletekben megállapított csökkentésekkel.

Az állásra pályázók kérvényeiket Méltóságos dr. *Soldos* Béla főispán úrhoz intézve 1936. július 6-án 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 bizonyítvány, 4. Életrajzi adatok (curriculum vitae.), 5. a forradalmak alatt tanúsított magatartás igazolása, 6. különleges börgyógyászati szakképzettség, illetve esetleges tudományos működés, börgyógyászati, klinikai, vagy kórházi osztályi működés igazolása.

Balassagyarmat, 1936. május 15-én.

Dr. Baross József s. k.
alispán.

Jász Nagykun-Szolnok Vármegyei I. Ferenc József Közkórház Szolnok.

666/1936. ki. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A közkórház belgyógyászati 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, beszámitva 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 bizonyitvány, születési bizonyitvány, rövid életrajz, továbbá igazolni kell a commun alatti magatartást, eddigi szolgálatot és szakképzettséget, szakminősitést.

Kérvény 1936. junius hó 8-ig méltóságos roffi Borbély György főispán úrhoz cimezve, a kórháznál adandó be. Kinevezés csak a pályázat kielégitő sikere esetén, és pedig 1 vagy 2 évre fog történni, de azután megujitható.

Szolnok, 1936. május 19.

Szabó Elemér dr. s. k.
kórh. igazgató főorvos.

„Mária Valéria" közkórház Balassagyarmat.

1033/1936. Kig. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Nógrádvármegyei „Mária Valéria" közkórházban újonnan szervezett alorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása a 124.000/926. N. M. M. sz. miniszteri rendeletben megállapitott fizetés, 1 szobából álló lakás és tiszti élelmezés, amelyért az önköltségi ár 50%-a megtéritendő. Pályázhatnak nőtlen, illetve hajadon orvosdoktorok. A kinevezés 1 évre szól, amely további 2—2 évre pályázat mellőzésével meghosszabbitható. Magángyakorlat nincs megengedve. Sebészi gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek.

A szabályszerüen felszerelt pályázati kérvények 1936. július 4-én déli 12 óráig Méltóságos dr. Soldos Béla főispán úrhoz cimezve a kórház igazgatójához nyujtandók be. A kérvényhez mellékelendők: születési bizonyitvány, orvosdoktori oklevél, esetleges eddigi működést igazoló bizonyitványok, illetve ezek hiteles másolatai.

Balassagyarmat, 1936. május 15-én.

Dr. Kenessey Albert s. k.
igazgató főorvos.

Szeged városi közkórház igazgatója.

87/1936. ikt. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló Szeged városi közkórháznál üresedésben levő egy (1) segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A segédorvosi állás javadalmazása a XI. fizetési osztály 3-ik fokozatának megfelelő illetmény, továbbá egy bútorozott szobából álló intézeti lakás és I. osztályú élelmezés az önköltségi ár 50%-ának megtéritése mellett.

Orvosi magángyakorlat megengedve nincsen.

Az állásra való kinevezés 3 évi időtartamra szól, mely idő elteltével az alkalmazás pályázat mellőzésével meghosszabbitható.

Felhivom azon nőtlen orvos doktorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képzettségüket, magyar állampolgárságukat és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt — Szeged szab. kir. város Főispánjához cimzett — folyamodásukat hozzám 1936. évi junius hó 15.-ik napjának déli 12 órájáig nyujtsák be.

Az állás a kinevezés megtörténte után azonnal elfoglalandó.

Szegeden, 1936. évi május hó 22-én.

Debre Péter dr.
közkórházi igazgató-főorvos.

Kurhaus Semmering Főorvos: **Dr. Franz Hansy** e. ü főtanácsos

Ideális magaslati gyógyhely üdülők, lábbadozók részére Árak: 21 Schillingtől

Diabetes, Basedow, Asthenia, Anaemia eseteiben — Diétás kezelések

◀● ★ CHINOIN ★ CHINOIN ★ CHINOIN ★ CHINOIN ★ CHINOIN ★ ●▶

0.5 ccm egyes adagu,
fájdalmatlan és szövetkimélő,
technikailag könnyen kezelhető
bismuth-antilueticum:

MEDOBIS-CHINOIN

10 ampullás ered. doboz. 12 és 25 ccm. eredeti üvegek.

◀● ★ CHINOIN ★ CHINOIN ★ CHINOIN ★ CHINOIN ★ CHINOIN ★ ●▶

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

80. évfolyam. 23. szám. Budapest, 1936. junius 6.

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.

Uj!

Festal

tartós, standardizált enzym-készítmény

emésztési zavarok kezelésére. Állandó mennyiségben tartalmazza a pankreas-fermenteket, u. m.:

pankreas-amylase
pankreas-protease
(trypsin-peptidase).

Tartalmaz továbbá
hemicellulaset.

Javallatok: Az emésztőmirigyek szekréciós elégtelenségein alapuló emésztési zavarok, dyspepsia, achylia, chronikus pankreatitis epekőbetegség kapcsán, meteorismus, chronikus gastroenteritis. A bélhuzam gáztalanitására röntgenfelvételek előtt.
Eredeti csomagolás: Üveg 20 és 50 drazséval.

BAYER

»Bayer«
I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen a. Rh.

Magyarországi vezérképviselet: **Magyar Pharma Gyógyáru R. T.** Budapest, V., Akadémia-u. 3.

* CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN *

Naponta 1-2 szem

PANTAL - CHINOIN

tisztán növényi alkatrészekből álló bélmozgatószer

az idült székrekedés célszerű és olcsó kezelési módja!

20 és 40 tablettás eredeti dobozok.

* CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN *

Solubismuth

Magas jódtartalmu bismuth komplex só vizes oldata
a lúes minden stadiumának eredményes kezelésére.
Teljesen fájdalmatlan! Tiszta kezelés.

Fr. Bayer & Co.

Gyors felszívódása és kumulationmentes kiürülése folytán a primär affectiók souverén szere!

PANTAL

A hashajtók ideálja az orvosok PANTAL-ja!

CHINOIN

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

Az intravénás pyelographia rendelőintézeti alkalmazása.

Az urologiai vizsgálatoknak egyik értékes és el nem hanyagolható része a pyelographia, amely kiegészíti a cystoskopos és ureter-katheteres eredményeket és láthatóvá teszi azt a területet, amelynek állapotáról akarunk tájékozódni. Járóbeteg rendelésen a töltéses (retrograd) pyelographia használata nem kellemes, egyrészt egyes esetekben előforduló fájdalmassága, másrészt az utána megkívánt nyugalom hiánya miatt, amire pedig az ilyen betegnek szüksége van. — A pyelographiát azonban mégsem mellőzheti egy diagnostikai intézet, amelynek célja éppen a gyors és helyes tájékozódás és ennek folyományaként a legmegfelelőbb kezelés beállitása. Ezért az O.T.B.A. rendelőintézetében az intravenás pyelographiát* használtuk fel minden szükséges esetben vizsgálat céljából. Az intézet fennállásának rövid ideje alatt aránylag sok esetben alkalmaztuk és arról győződtünk meg, hogy az urologiai megbetegedések korai felismerésében, betegségek elkülönítésében nemcsak nélkülözhetetlen, hanem gazdaságos eljárás is. Igy a betegnek sok kényelmetlenséget és időt, az intézetnek pedig ápolási napokat sikerült megtakarítani.

Amíg évek előtt az i. v. pyel. kiváltságos vizsgálati eljárásnak számított, addig ma könnyű adagolása, veszélytelensége és jól értékesíthető adatai által a járóbeteg rendelésen nélkülözhetetlennek bizonyult. Nem akarom azt mondani, hogy az i. v. és a retrograd pyel. teljesen egyenértékű és célzatú vizsgálati eljárás, de az előbbinek alkalmazása az esetek nagyobb százalékában feleslegessé teszi az utóbbit.

Az i. v. pyel. feltétele, hogy mindkét, vagy legalább is az egyik vese ki tudja választani a contrast anyagot olyan töménységben, hogy az a röntgen felvételen láthatóvá váljék. A rossz kiválasztás 1. functionalis okokra (renalis-extrarenalis factorok), 2. tökéletlen előkészítésre vezethető vissza. Mindegyiket figyelembe kell venni, ha eredményt akarunk elérni.

Az i. v. pyel. az urologiai betegségekben az egész rendszerről három irányban ad felvilágosítást:

Megmutatja, hogy: 1. Milyen a vese secretiója, 2. milyen az egész rendszer alakja és helyzete, 3. milyen az elvezető rendszer dynamikája (vizeletkiürítése).

Ha i. v. sorozatos pyelogrammokat nézünk, szemünk előtt fekszik a kérdéses vesékről egy bizonyítvány, mely felvilágosít bennünket a két oldal között mutatkozó alaki, helyzeti, a kiválasztás időbeli és concentratiós különbségeiről. Az átáramló contrastanyag a vese szövetét és conturjait jobban láthatóvá teszi a röntgen felvételen (nephrographia). A physiologikus, vagy pathologikus helyzetnek megfelelően jelennek meg a kelyhek, vesemedence és ureterek, valamint a hólyag alakja is, úgy, ahogyan a vizelet elválasztása, továbbszállitása és összegyüjtése periodikusan in situ történik. Igy tehát egységesen tekinthető át a vizeletelválasztó rendszer mindhárom, előbb emlitett sarkalatos tulajdonsága és ebből a szempontból adott esetben értékesebb felvilágosítást nyujt, mint a töltéses (retrograd) pyelogramm. A physiologikus állapotnak megfelelő képet nyerve, nem várható, hogy úgy, mint a retrograd pyelogrammokon az egész rendszer teljes kitöltéses rajzát lássuk magunk előtt, mert ez normalisan sincsen igy, hanem az elválasztási és ürülési szakok szerinti képet kapjuk. Ezért van szükség esetleg több felvételre. Éppen ez teszi érthetővé, hogy a pyelogramm olvasása szakembert igényel, aki épp úgy járatos az i. v., mint retrograd módszerekben és aki kellően tudja azokat a többi urologiai vizsgálati eredményekkel egybevetve hasznosítani. Hasfali compressióval közvetített ureterleszorítást a felső utakban pangás előidézésére csak kivételes esetben alkalmazunk.A kép ilyenkor nem lesz physiologikus értékű és hasonlít a retrograd eljárás útján nyert felvételhez.

Áttérve most a részletes urologiai megbetegedésekre, a következő főbb csoportokban láttuk az i. v. pyel. rendszeres alkalmazásának jó hasznát:

Mindazon urol. megbetegedésekben, amelyekben az ureter-katheterismus kivihetetlen, mint amilyenek súlyos stricturák, hólyagdaganatok, zsugorhólyagok, nagyfokú gyulladások, stb. egyes esetei, egyedüli lehetőség és mindenki által elismert eljárás a vizeletrendszer láthatóvá tételére az i. v. pyel. Csecsemőknek és gyermekeknek — különösen az első 10 évben — a vizsgálatát lényegesen megkönnyíti és sokszor tehermentesíti őket a kényelmetlen ureter-katheterezéstől.

A vesegümőkór igen hálás területe az i. v. pyel.-nek. Tbc.-s vesén a retrograd töltés nem ajánlatos. Sokszor az ureter-katheteres vizsgálat is veszedelmes, nemegyszer ki sem vihető. Az i. v. pyelogrammon, ha a bántalmazott vese még egyáltalán functióképes, jól látható a két oldal közötti szembeszökő különbség. Az egészséges oldal gyors, contrastdús kiválasztásával, a kelyhek, pyelum és ureter gracilis rajzolatával mint iskolapélda áll szemben a másik oldali vese elhúzódó, árnyékintensitásban lassan növekedő kiválasztása, a kelyhek végein bunkószerüen tágult, egyenetlen, kirágott szélű, megnagyobbodott pyelum és az ujjnyi vastag merevfalú ureter képe. A betegség kezdeti szakától a teljes veseroncsolásig a pyelogrammnak számos változatát észlelhetjük és ha a fent leírt jellegzetes képet egészében nem is találjuk mindig meg, a többi urologiai vizsgálatokkal együtt még részleteiben is a helyes és gyors diagnosist fogja biztosítani.

Vese- és ureterkövek localisatiójára, felfedezésére, az általuk okozott functionalis zavar és elzáródások minőségének meghatározására igen alkalmas eljárás. A vesekövek okozta szövetdestructiót, tágulásokat, működési kieséseket pontosan jelzi. Ureterben fennakadt kövek, még ha árnyékot nem adó uratsókból is állanak, felfedezhetők a kő felett észlelhető (obturálás, vagy spasmus okozta) contrastanyag felhalmozódásból (indirect tünet). Prognosis szempontjából is fontos, mert tájékoztat arról, hogy a műtéti beavatkozással meddig várhatunk a rendszer nagyobb károsodása nélkül. Acut appendicitis és kőkólika elkülönítésére, különösen akkor, ha a vizeletben vörösvérsejtek is megjelentek, jól használható. Normalis kiválasztás, configuratio és kiürülés mellett, a kő jelenléte kizárható és intra-abdominalis folyamatra utal.

* i. v. pyel.

Ugyanez vonatkozik az epekövek, acut ileus, pankreatitis és gynaekologiai megbetegedések elkülönítő diagnosisára is.

Hydronephrosisok, vándorvese, pyelum- és ureter atonia felfedezésében és helyes értékelésében ma már legfontosabb szerepe van. A retrograd töltés soha sem tudja a valóságnak megfelelően úgy rögzíteni az ilyen betegség statusát, mint éppen a functionalis alapokon nyugvó i. v. pyel., mert a röntgenogramm létrejöttében itt semmiféle mechanikus és chemiai insultus nem szerepel. Ilyen betegségekben különösen fontos a kiürülés egyes szakaszainak a megfigyelése. Vándorvese okozta panaszok és az evvel kapcsolatos műtéti indicatio megállapításához intézetünkben elengedhetetlennek tartjuk, hogy a betegről úgy fekvő, mint álló helyzetben történjék az i. v. pyelogramm felvétele. Csakis így állapítható meg a kiürülési zavarok foka és megfigyeléseink szerint nem egyszer meglepő különbségek találhatók a két helyzetben történt felvétel között.

Vesedaganatok felismerésére, más hasi tumoroktól elkülönítésére, fejlődési rendellenességek megállapitására többször használtuk jó eredménnyel az i. v. pyelographiát. Egy esetünkben bizonytalan deréktáji fájdalmak kivételével teljesen negativ urologiai anamnesis és vizsgálati lelet ellenére az i. v. pyelographiával vesetumort találtunk. Könnyen érthető az is, hogy rendellenes helyen fekvő, abnormis alakú és többszörös vesék, vagy pyelum és ureterek i. v. pyel-al fedezhetők fel a legkönnyebben.

Acut genyes vese- és vesemedence-gyulladások, ha a vese működése jó, a kiválasztásos pyelogrammban eltérést nem mutatnak. Belgyógyászati vesegyulladásokban (acut és chronikus nephritis, nephrosis, nephrosklerosis) az i. v. pyel. végzése nem ajánlatos, bár az eddigi megfigyelések szerint az ilyen vesékben károsodást nem okozott.

Ha jó képet akarunk nyerni, szükségünk van a beteg kellő előkészítésére, a belek gáztalanítására, a szervezet concentrálóképességének beállítására. A rendelőintézetben a következőképen járunk el. Felvétel előtt két nappal este a beteg tablettás, nagyobb mennyiségű hashajtót vesz be (sohasem ricinust, vagy sós hashajtót). A felvétel előtti napon, reggel és délután egy-egy beöntést kap. Ezen a napon tápláléka reggel tea kétszersülttel, ebédre 15 dkg. borjúsült rizzsel, délután 6 órakor tea kétszersülttel. Ettől az időtől kezdve a beteg nem eszik és nem iszik másnap reggel 8 óráig, amikor az i. v. pyelographia történik. A felvétel előtt nem adunk beöntést, mert abból a kiszárított szervezet a beöntés tartama alatt is könnyen szívhat fel folyadékot és így a contrastanyagot már higítva választja ki. Ismételten volt alkalmunk meggyőződni ezen észlelésünk helyességéről ellenőrző vizsgálatok alapján.

Hangsúlyoznom kell, hogy az i. v. pyel. könnyű alkalmazhatósága nem jogosít a retrograd pyel. mellőzésére, ha annak szükségessége mutatkozik. Hasonlóképen arra sem, hogy kellő szakorvosi és urologiai vizsgálati eredmények ismerete nélkül használjuk fel a diagnosis megállapitására. Egymagában, mint a többi urologiai vizsgálati módszerek, ez is tökéletlen. Nagy előnye azonban, főleg szakrendeléseken, hogy kockázat és fájdalom nélkül az egész rendszerről áttekintő, topographikus és functionalis képet ad és így a diagnostikus tévedések lehetőségét a minimumra csökkenti.

Noszkay Aurél dr.,
OTBA rendelőintézeti h. főorvos.

C-vitamin therapiás alkalmazása a belgyógyászatban.

A vérzéses diathesisekben, különösen a scorbutban azt tapasztalták, hogy egyes növényi anyagok a vérzés megszüntetésére és a betegség gyógyítására kiválóan alkalmasak. Ilyen anyagok a citrom, narancs, banán, alma, körte, őszibarack, zöld főzelékek, paraj, nyers répa, sárgarépa, zöldpaprika, saláta, burgonya, csirázó magvak. A chemiai vizsgálatok azután kiderítették, hogy a zöldfőzelékek és gyümölcsök hatása a C-vitaminhoz kötött. Ezen anyag, mely *Szentgyörgyi* és mások vizsgálatai szerint hexuronsav, illetve ascorbinsav, vízben oldódik, nagyon érzékeny hosszantartó hevítéssel és az oxydatióval szemben. A sejtek légzését befolyásolja és az oxygen átvitelében játszik fontos szerepet. Hiánya esetén az erek belső rétegének ellentálló képessége csökken, ami a vérzékenységet magyarázza. A hajszálerek fala szakadékonnyá válik, a fogakban pedig ritkulás következik be. C-vitamin aránylag bőven található a mellékvese kéreg és velőállományában, és a szemlencsében. Talán a lencserostok életműködésére is kihat. A mellékvesében mint erősen redukáló szer az adrenalint védi az oxydatio ellen. A C-vitamin, illetve az ascorbinsav a melanogen kiválasztásra is hat. A bőr és a nyálkahártya festenyzettsége ascorbin adására csökken, ugyancsak kisebb lesz a melanogen kiválasztása a vizeletben. Minthogy a napsugarak hatására rendesen bekövetkező dermatitis kifejlődését csökkenti, úgylátszik, hogy a pigment képzését a sejtekben gátolja. *Mosonyi* kisérletei szerint scorbutban a szervezet C-vitamintartalmának csökkenésével egyidejüleg a pajzsmirigy hyperfunctiója, azaz a tyroxin túlsúlya következik be. Eszerint a tyroxin és a C-vitamin hatása között antagonismus áll fenn, aminek megfelel az a tény, hogy scorbutban a tengerimalac pajzsmirigye és hypophysise is (thyreotrop hatás) megnagyobbodik.

A C-vitaminnal kiváló eredményeket értek el a scorbutban és kétségtelen, hogy e betegség gyógyitásában e vitaminnal elért siker birta rá a kutatókat és a klinikusokat arra, hogy egyéb vérzésekkel járó megbetegedésekben elsősorban a tüneti és essentialis haemorrhagiás diathesisben vele próbát tegyenek. Igy ajánlották essentialis thrombopeniában, thrombopeniás purpurában, haemophiliában, Henoch-féle purpura abdominalisban, lymphatikus, myeloikus leukaemiában és lymphogranulomatosisban. Vérzéscsillapító, a thrombocyták képzését és a vérregeneratiót elősegítő képességéről a nézetek eltérők. Míg egyesek, kivált *Böger* és *Schröder* haemophiliában és a vérzéses diathesisekben, thrombopeniás állapotokban kedvező hatásáról számolnak be, addig mások véleményükben tartózkodók. Igy *Batizfalvi* azt találta, hogy fiatal nőkön jelentkező súlyos haemorrhagiás diathesisben, amelyben a vérlemezkék nagyobb mértékben nem fogytak meg, a vérzéseket még a sokáig adott nagy ascorbinadagok sem befolyásolták, de feltünt utána a betegek vérének gyors regeneratiója a vérzési idő változatlan meghosszabbodása mellett. Életveszélyes parenchymás vérzéseket azonban szerinte az ascorbinsav csillapít, s ez a tulajdonsága a műtét utáni sebüregi vérzés megszüntetésére más esetekben is felhasználható. Azon esetekben, amelyekben kedvezően hat, mint a diphtheria toxikus hatása miatt keletkező vérzésekben vagy essentialis thrombopeniában, megszünteti a vérzéskészséget és megrövidül a vérzési időt, gyorsítja a vér megalvadását, a Rumpell - Leede-féle tünet pedig negativvá válik. Vérzéscsillapító hatását sokan a thrombocy-

ták regeneratiójával hozták kapcsolatba, ami azonban nem minden esetben magyarázható ezzel, mert a vérzés többnyire hamarabb megszünik, mielőtt a thrombocyták szaporulata bekövetkezhetne. Ezért inkább az érfalra gyakorolt hatására vagy a fehérjefractiót megváltoztató képességére — amely a globulinfractio megnagyobbodásában nyilvánul — gondolnak.

Magam toluol-benzolmérgezés után kifejlődött vérzésekkel járó anaemia esetében tapasztaltam kedvező hatását, mert a vérzés hamarosan megszünt, utána a thrombocyták, valamint a vörösvérsejtek száma egy ideig rohamosan emelkedett és a vérzési idő megrövidült. Súlyos vérszegénységben a naponta alkalmazott i. v. adott ascorbinsav teljesen hatástalan volt, valamint agranulocytosisban és panmyelophthisisben is. Nagyfokú vérveszteséggel járó duodenalis fekély, valamint gyomorvérzés néhány esetében hatásosnak bizonyult. Gócnephritisben és vesekő által kiváltott erős vesevérzésekben egyesek kedvező eredményről számolnak be *(Groák, Korányi, Bencsák)*. Alkalmazták még azon scorbutszerű állapotokban, amelyekben a tüneteket a hypovitaminosissal lehetett megmagyarázni, továbbá colitis gravisban *(Hetényi)*, vérhas után visszamaradt colitis eseteiben és erjedéses dyspepsiában: egyes esetekben a hatás kedvező volt, de azok többségében számbavehető hatás nem mutatkozott. *Rusznyák* és *Armentano*, valamint mások is a kerek gyomor- és duodenalis fekély gyógyítására mint elősegitő eljárást ajánlják a szervezet leromlása és a vitaminszegény táplálás miatt keletkező hypovitaminosis miatt.

A szervezet C-vitaminelszegényedését a vizeletben kimutatható ascorbinsav hiányából vagy a kiválasztott mennyiség csekély voltából mutatták ki, amely anyag később vitamindús ételek alkalmazása után, amint a szervezetben felhalmozódott, a vizeletben nagyobb mértékben választódott ki. Normalis egyének vizeletében naponta átlag 30—60 mg. ascorbinsav választatik ki. Ez a mennyiség vérző gyomorfekélyben vagy ulcus kúra alatt is a vitaminszegény táplálék (tej, pépes ételek, kétszersült) miatt átlag 20 mg-ra süllyedt, azonban vitamindús ételekre 30—60 mg, sőt 80 mg-ra is felemelkedhet. Vitamindús ételek nyujtására a gyomorbajban szenvedők hamarább megerősödnek, lehet, hogy a vérzés is hamarabb megszünik és így C-vitamin nyujtása mellett a szigorú étrenden nem kell őket sokáig tartani. Az ascorbinsav kiválasztása csökkent fertőző betegségekben is, aminők a diphtheria kezdődő szaka, kanyaró, vérhas, paratyphus, orbánc. Ezen alapon a szervezet ellentállóképességének emelésére a C-vitamin rendelése, illetve ezt tartalmazó ételek alkalmazása, fertőző bajokban és reconvalescentiában ajánlható. Grippés pneumonia esetén talált magas értékek a vitamin mobilisatiójából magyarázhatók. A resistentia csökkenését a fertőző bajokkal szemben avitaminosissal, illetve hypovitaminosissal hozzák kapcsolatba és ebből magyarázzák azok gyakoriságát a kora tavaszi hónapokban, kivált a diphtheriát. Utóbbi baj ellen a torok ecsetelését ascorbinsavval is ajánlják *(Jeney* és munkatársai) A diphtheriával kapcsolatos vérzésekre is kedvező hatásúnak bizonyult *(Gutzeit* és *Wendt)*. A C-vitamint az Addison-kórban is meg lehet kisérelni, a cortigen alkalmazása mellett, mert a kóros festenyzettséget csökkenti és gátolja a pigment képzését a sejtekben. Súlyos vérszegénységben májkészitményekkel együtt rendelhető. Némely esetben utána a vérregeneratio intensivebb és a reticulocytakrisis kiadósabb volt. Haemolytikus, valamint másodlagos vérszegénységben a C-vitamin a vas- és májgyógymódot alátámasztja.

Torday Árpád dr., egyet. c. rk. tanár.

Emmenagogumok alkalmazása.

A havivérzést előidéző szerek (emmenagoga remedia) a népies orvoslásban régen nagy szerepet játszottak s főképen a terhességtől való félelem miatt használták. Ettől függetlenül a régi orvosok amenorrhoea, hypoolygomenorrhoea és dysmenorrhoea eseteiben leginkább azon elgondolás alapján rendelték, hogy a szervezet a havitisztulás késése, vagy elmaradásakor felszívódó menotoxinok miatt nagymértékben károsodik. Az emmenagog szerek nagyrészt növényi drogok hatóanyagai, többnyire uterinalis hatású, dysmenorrhoea ellenes és vérzéscsillapító tulajdonsággal birnak. A növényi eredetű hatóanyagokon kivül a havivérzés előidézésére egyéb gyógyszereket is rendeltek. Ezek egy részének hatása nem volt megbizható és talán ez is hozzájárult ahhoz, hogy nagyrészt feledésbe mentek.

A régiek is jól tudták, hogy a petefészek működését minden vérbőséget előidéző eljárással és gyógyszerrel serkenteni lehet. Emmenagog célzattal rendelték többek között a növényi eredetű hashajtók közül a *rheum* és *aloë* készitményeket is. *Ruta graveolens* (kerti ruta), egyik legrégebben ismert gyógynövény, melynek leveleit amennorrhoea és dysmenorrhoea miatt forrázatban (1:100) használták. Nagy adagja alhasi vérbőséget és erős összehúzódást okoz; mint abortivum különösen Franciaországban terjedt el. A levelek porát (pulv. fol. Rutae 0.05 gr.) és aetherikus olaját (ol. Rutae 3—5 csepp) emmenagog és vérzéscsillapító tulajdonsága miatt rendelték. A *sáfránynak* (Crocus sativus) fluidextractuma állatkisérletekben isolált méhen rhythmikus összehúzódásokat vált ki. A nemi sphaerára gyakorolt electiv hatása miatt fájdalmas havivérzés esetében is ajánlották. Mint emmenagogumot Infus. croci (1:100), Tinct. croci (3-szor 15 csepp) és por alakban rendelik (0.3—0.5). A *pil. emmenagoga* (Ruffi) többek között sáfrányt is tartalmaz (aloë pulv. 6 r., myrrha 3 r.; crocus 1 r.). Bár a sáfrányt népies abortivumok között is említik, mérgezési tüneteket és vetélést csak igen nagy adagban (8—10 gr. felül) képes előidézni. A *gyürűvirágnak* (Calendula officinalis) emmenagog tulajdonsága régen ismeretes. Hatóanyaga állitólag menstruatiós rendellenességeket képes rendezni. Oligomenorrhoea esetén már egy héttel a várható vérzés előtt rendelik, a dysmenorrhoeával járó fájdalmas tüneteket is szüntetni képes. Tinct. calendulaeból 20—30 cseppet, kivonatából 0.2—0.4 gr.-ot rendelnek. Az *Artemisia*-félék (A. vulgaris, A. absinthium, üröm) kivonatanyagát a Wermuthban és Absinthsnapszban különösen Franciaországban elterjedten élvezik, emmenagog és antidysmenorrhoeás hatást tételezve fel. Sápkóros leányoknak amenorrhoeája esetében is ajánlják. Általában vizes kivonatát pilulák alakjában (0.2—0.3) rendelik. A *Juniperus Sabina* hatóanyagát, a drogok *sabinolt* tartalmazó aetherikus olajából nyerik, mely a kismedencei szervekben vérbőséget, a méhben erős összehúzódást okozva, emmenagog hatást fejt ki. Teában (Herb. Sabinae + Fol. Menth. crisp. aa. 25.0, csipetnyit egy csésze teára) és olajos kivonatban (Ol. Sabinae, 3-szor 1—3 csepp) ajánlják oligomenorrhoea esetén 5—7 nappal a várható vérzés előtt. A *„Pilules de Courty"* Sabinát, a Ruta graveolens leveleinek porát, Secale cornutumot és Aloët tartalmaz. A pilulákat emmenagogum gyanánt emelkedő adagban ajánlják néhány nappal a késlekedő havivérzés előtt. A Sabina nagy adagban a vese hámját erősen izgatja, a szervezet károsodása árán elvetélést képes

előidézni. Az *Apiol* a *Petroselinum sativum* illó olajának stearoptenje. A centrum genitospinale-ra gyakorolt hatása folytán kismedencei vérbőséget okoz. A méh, hólyag és a végbél sima izomelemeit izgatva, bennük erős contractiót képes előidézni. Kis adagban az idegrendszert és az emésztőtractust nem befolyásolja, kedvezően hat dysmenorrhoeás panaszok esetén, a késlekedő havivérzést rendezi. Emmenagogumként 0.2 gr. adagban rendelik az Apiolum crystallisatumot, capsula gelat.-ban többnyire chinin, ovarium sicc. yohimbinnel együtt. Nagy adagban izgatja a vesét és a szervezet mérgezésével elvetélést okozhat. A *Tang-kiu* chinai növény gyökérkivonatából készül az *Eumenol (Merck)*, amenorrhoea és dysmenorrhoea esetén rendelik tabl. és fluidextractum alakban. A *Corynanthe Johimbe*-fa kérgéből előállított *Yohimbinum hydrochloricum* vérnyomást fokozó, emmenagog hatással bír (adagja 0.005). A *Menolysint* (yohimbinum hydrochl.) és a codeinum phosphoricumot is tartalmazó *Menolysin compositum*-ot amenorrhoea, dysmenorrhoea eseteiben ajánlják, valószínűleg közreműködik ebben a yohimbinnek aphrodisiakus hatása is. Az *Indigo-cserjének* leveleiből előállított festékanyagnak is van állítólag emmenagog hatása; porát ¼ résznyi bismuthum subnitricummal keverve kávéskanalanként pohár vízben itatják. Csak éppen megemlítjük, hogy a repkény, kapotnyak, nadragulya és a hagymaféléknek főzetjét a nép régóta emmenagog hatásúnak tartja.

A növényi származású hatóanyagokon kivül havivérzés előidézésére egyéb gyógyszereket, pl. *salycilsavas* készítményeket (Natr. salycilicum, salipyrin stb.) is ajánlanak, sőt állítólag a *kalium permanganicum*-nak is volna emmenagog hatása. Utóbbit 0.05—0.10 gr. pilulákban adeps lanae-val rendelik.

A felsorolt emmenagog szerek hatásának támadáspontja a központi és reflectorikus beidegzésen keresztül a méhizomzatot érinti, máskor a vérpálya útján fejtik ki electiv hatásukat. Hogy nagyrészük feledésbe ment, azt az organotherapiának nagyfokú térhódításával tudjuk magyarázni, mely biologiai mértékekre szabott specifikus hormontartalmával a petefészek, illetve méhnek cyclikus működését megindítani és fokozni inkább képes (hypophysis mellső lebeny és petefészekkivonat anyagok). Az amenorrhoea és dysmenorrhoea gyógyításában az ismertetett régi, de olcsó emmenagog szerek közül egyikmásik jól bevált, tehát nincs ok arra, hogy teljesen mellőzzük őket.

Páll Gábor dr., egyet. magántanár.

A gyakorló orvos laboratoriumi feladatai.

IV. közlemény.

A gyomornedv laboratoriumi vizsgálatát a mesterségesen kiemelt gyomortartalmon, vagy a hányadékon végezzük. A vizsgálatra szánt anyagot mindkét esetben teljesen tisztára mosott, széles szájú üvegben fogjuk fel, s a köpethez hasonló módon csomagoljuk. Minden egyes alkalommal legalább 100 ccm, szüretlen gyomortartalmat küldjünk, s a gyors továbbításról feltétlen gondoskodjunk. *Mérgezés* gyanuja esetén a hányadék, vagy a gyomormosó folyadéknak legfeljebb fele küldhető orvosi laboratoriumba, az anyag nagyobb részét a nyomozó hatóságnak adjuk át. Növényi, vagy más könnyen bomló mérgekkel történt mérgezés gyanuja esetén a nyomozó hatóságokat a vizsgálat sürgősségére figyelmeztessük. A hatósági vizsgálatra szánt anyagot gyógyszertárból beszerzett, használatlan, teljesen tiszta orvosságos üvegbe, olyan módon csomagoljuk, hogy az új paraffadugóval erősen elzárt üveg száját pergament papirral, s e fölött fehér papirral kötjük le és a zsineg végeit fekete pecsétviasszal a dugó tetejét fedő papirkötésre erősítjük. Az üveg oldalára a beteg nevét, lakhelyét, az anyag minőségét, vételének idejét, s az orvos nevét feltüntető cédulát ragasszunk és hozzá a mérgezés tüneteinek leírását tartalmazó kisérő iratot mellékeljünk. *Bakteriologiai vizsgálat céljából* steril üvegben fogunk fel gyomornedvet, vagy hányadékot, s az OKI-be küldött anyagot a typhus tartály széles edényébe tesszük.

A mesterségesen kiemelt gyomortartalom vegyi vizsgálatát első sorban a gyomor secretoricus működésének (szabad sósav és összes savtartalom, gyomornedv fermentek) elbírálása céljából végeztetjük. Az éhgyomorra vett gyomornedv üledékének mikroskopikus vizsgálata alapján, az emésztés miként je bírálható el. *Fekély okozta pylorus szűkületkor* sarcinák nagy mennyiségének kimutatása bír jelentőséggel. *Pangó, anacid gyomortartalomból* (rákos gyomorszűkület) tejsav, esetleg illó zsírsavak mutathatók ki, s az üledékben Boas-Oppler-féle, u. n. hosszú bacillusok kereshetők. *Hányadékból gyomorvérzésre, esetleg mérgezésre* igyekszünk támpontot nyerni. A gyomortartalom, vagy hányadék bakteriologiai vizsgálatát *paratyphus*, vagy *botulismus* gyanuja esetén végezhetjük, főleg akkor, ha az elfogyasztott élelmiszerből nem maradt semmi.

Haranghy László dr.
egyet. magántanár, kórházi főorvos.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: H. L. dr. Az OTI-törvény életbelépése óta a biztositottnál fennáll-e a saját hibájából előálló, illetve okozott betegség megkülönböztetése, mint az volt régebben az 1876. évi XIII. tc. 34. §-a alapján? Ez a törvény ugyanis kimondotta: „Ha végre a cseléd betegségét annak könnyelmű vagy erkölcstelen életmódja, általában saját hibája okozta, stb., úgy gyógykezeléséről az 1875:III. t. c. 2. §-a intézkedik".

Kérdésem megvilágitására egy példát hozok fel. Egy belső, azaz házi szolgálatban álló leányasszonyon akinek törvényes férje nem volt soha, de élő gyermeke már van 4, ismét teherbe esik s mint tudjuk attól meg kell már most szabadulnia, megindul a vetélés. Az OTI köteles-e őt ellátni, vagy a fenti törvény értelmében azt megtagadhatja-e azzal, hogy terhe erkölcstelen életmódjával jött létre, mivel házassági közösségben nem áll senkivel? Ha válogatás nélkül az OTI köteles a biztositottat minden betegségében gyógyitani, úgy ez csak biztatás az erkölcstelen életre s az országot terheli, mert a gyermekágyi és szoptatási segélyt is éppen úgy megkapják, mint a törvényes házastárs.

Felelet: H. collega állásfoglalását helyesnek tartom. Sajnos azonban az 1927:XXI. t. c. ezekre az erkölcsileg igen kényes körülményekre tekintettel nincsen. Ilyenképpen csak úgy kapja az OTI járulékait a tisztességes munkás felesége, mint a magáról megfeledkezett titkos prostituált.

Atzél Elemér dr.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

Gócos fertőzés a szemészetben.

Az endogen szembetegségek keletkezésében a gócos fertőzéseknek aránylag kis szerepe van. A látószerv egyes részei között első sorban az iris, a corpus ciliare és chorioidea alkalmas talaj metastatikus fertőzések keletkezésére. Ezek aetiologiájának tisztázása sok gondot ad a szemorvosnak. A modern szemorvosi felfogás az uveitisek kórtanában a legnagyobb jelentőséget a tuberculosisnak tulajdonít, azután a luesnek. Azonban a leggondosabb vizsgálat alapján is az eseteknek kb. 15—20%-ában ismeretlen a betegség oka. A rheuma általánosságban 3%-ban szerepel az okok között. Bizonyos, hogy sok rheumásnak mondott szembetegség mögött vagy tuberculosis, vagy valamely fertőző góc szerepel. A gócos fertőzések jelentőségét az uveitisek aetiologiájában csak újabban kezdik a szemorvosok felismerni.

A szemész szempontjából mint focus tekintetbe jönnek: a tonsillák, a szájüreg, ill. fogak betegségei. Sokkal kisebb jelentőségűek: a prostata, az izületek, az epe, vakbél, bőr stb.

Nem tekintjük szigorúan gócos fertőzésnek az orbitával szomszédos orrmelléküregek betegségeit, mert ezek bizonyos gyulladásos folyamatai nem mint metastasisok okozzák az orbita és főleg a látóideg megbetegedéseit, hanem a csontos falon át a közvetlen átterjedéssel.

A gócos fertőzés szemészeti jelentőségét egyes szerzők túlértékelik. Teszik ezt elsősorban az amerikaiak, akik pl. az egyszerű könnyezéstől kezdve a legsúlyosabb uveitisekig a fogakat okolják.

Helyes úton akkor járunk, amikor bizonyos szembetegségek keletkezésében a tuberculosis és lues *mellett* a gócos infectiókra *is* gondolunk. Legtöbbször sajnos csak egyéb kórokok kizárása által vagy ex juvantibus találunk az igazi okra, mert ezekben az esetekben a belgyógyászati és serologiai vizsgálat gyakran negativ vagy, ha positiv is, nehezen értékelhető. Ilyenkor mindig a stomatologushoz és rhinologushoz is kell fordulni.

Gócos fertőzésnak a látószervnek úgyszólván minden része ki lehet téve, jelentősége azonban csak az uveitisnek van. A látóideg és a szemgolyó egyéb részeinek megbetegedése csak másodsorban jön szóba. Az irodalomban található számtalan közlést cum grano salis kell vennünk. Mert az aetiologia keresése közben sokszor találunk gócokat a szervezetben, amelyek kóroki szerepe azonban távolról sem valószínű.

Az iritisek klinikai képe nagyon változatos és rendszerint kevés az olyan jellegzetes tünet, amely egyben a gyulladás okát is megjelölné. Még a gümőkóros és a lueses iritis sem mindig jellegzetes. Még nehezebb a *chronikus* uveitisek aetiologiájának a tisztázása. A positiv Wassermann reactio nem szól okvetlenül az iritis lueses eredete mellett, még kevésbé bizonyítja az activ tüdőfolyamat az uveitis gümőkóros voltát. Azért kell mindig a tonsillák, a fogak vagy más gócok után kutatnunk.

Gócos fertőzésre gondolunk akkor, amikor a recidivára való hajlam mellett az iritis exsudativ jellege és egyoldalusága feltünő. A kóroki összefüggést azonban csak az egyéb vizsgálatok negativ eredménye és a positiv tonsilla- vagy foglelet fogja megerősíteni. Szemészeti szempontból különösen gyanusak a chronikus genyes mandulák, periapicális tályogok, fog-granulomák stb.

A *szájüregből* kiinduló gócos fertőzésekben mint bakterium: a staphylococcus, a streptococcus és a pneumococcus és első sorban a streptococcus viridans jön szóba. Legtöbbször vegyes fertőzésről van szó. A fertőzés többnyire bakteriumos haematogen metastasis, sok esetben azonban csak toxinos az áttétel és ilyenkor az iritis kevésbbé súlyos. Egyes szerzők a fogakból kiinduló fertőzést úgy is magyarázzák, hogy a focusokban levő csirák helyben maradnak és a trigeminus és a sympathicus izgatása által a szemen vasodilatatiót okozva a bőségesebb vérellátás révén a szemet a fertőzésre alkalmasabbá teszik.

Az iritisek aetiologiájának tisztázásában tehát a fogak gondos vizsgálata elengedhetetlen. Elsősorban bűnösök az azon oldali felső cariosus molaris és praemolaris fogak és a gyökér granulomák, amelyek extractiója után geny szokott ürülni. Néha isolált üvegtesti izzadmányt okoz egy-egy periapicalis tályog. A positiv fogleletet mindig komolyan kell vennünk, de a kóroki összefüggést rendszerint csak ex juvantibus tudjuk megállapítani.

Az uvea megbetegedései mellett a retina és a n. opticus gócos fertőzéséből származó bántalmainak sokkal kisebb a jelentősége. Nem valószinü, hogy a sklerosis multiplex virusa is a fogakon át jut a szervezetbe és a látóideghez. Bár nem tagadható, hogy a tonsillákból kiinduló fertőzések nem egy esetben okozták a látóideg súlyos gyulladását.

A kötőhártya *lymphaticus* megbetegedéseire az orrmelléküregeknek és tonsilláknak hatása nem vitatható, de ilyenkor nem mint kórokok szerepelnek.

A *tonsillák* chronikus genyes megbetegedései szemészeti szempontból talán még nagyobb jelentőségűek, mint a fogakból kiinduló fertőzések. Nemcsak a kifejezetten rheumás eredetű iritisekről, amelyek sokizületi gyulladással kapcsolatosan támadnak, hanem a súlyos és bőséges izzadmánytermeléssel járó, recidivára hajlamos iridocyclitisekről is van szó, amelyekben a gócos fertőzés talán a legpregnánsabb. Nem csoda tehát, ha a tonsillák jelentőségét sokkal előbb és ma is általánosabban ismerjük el a szemészetben, mint a szájüreg egyéb betegségeit.

Régi tapasztalati tény, hogy a fertőző góc zavarása (mandulák, a prostata nyomkodása) egyéb tünetek mellett a szembeli folyamat fellobbanását vagy rosszabbodását okozhatja, ami diagnostikailag fontos jel.

Nem vitás, hogy minden beteg mandula és minden beteg fog eltávolítandó, szemészeti javallatból is, ha mint fertőző góc gyanusítható.

Csak harmadsorban jön szóba a prostata és a női adnexek gonorrhoeás megbetegedése. A gonorrhoea endogen módon iritist és talán kivételesen conjunctivitist is idézhet elő. Gyakoribb férfiakon, mint nőkön. Az iritis gonorrhoica diagnosisa csak akkor valószinü, ha azt az izületek specifikus megbetegedései előzték meg. Az aetiologiát megerősítheti a gonorrhoeás folyamat provokálása arthigon intravenás injectióval, amikor láz mellett a conjunctiva és a szemhéj erősen megduzzad.

Összefoglalva a mondottakat: a szemészet bizonyos endogen szembajok — elsősorban az uveitisek — aetiologiájának kutatásában mindig a gócos fertőzés lehetőségére is gondol, főleg akkor, ha más kórokok kizárhatók. A gócok jelentőségét azonban nem szabad túlértékelni. A rhinologussal, a stomatologussal és az urologussal egyetértésben döntsünk a tennivalókról akkor, ha az ő munkakörükbe eső fertőző gócról van szó.

Horay Gusztáv dr.
egyetemi rk. tanár.

A gyakorlóorvos laboratoriumi feladatai.

V. közlemény.

A klinikai és bakteriologiai *széklet* vizsgálatok a leggyakrabban alkalmazott laboratoriumi eljárások közé tartoznak. A bélfunctio elbírálása céljából végzett mikroskopikus és vegyi székletvizsgálatok 3 napos Schmidt-Strassburger-féle diaeta után a legeredményesebbek. A diaeta első napjának reggelén a betegnek ostyatokba zárt 0.3 gr carmin port adunk, s a vizsgálatokat a megfestett széklet után első ízben ürülő carminmentes székletből végeztetjük. Hogy a vizeletnek a széklettel keveredését elkerüljük, székelés előtt a beteget vizeltetjük. A *klinikai széklet* vizsgálatokhoz bőséges anyagot küldünk, s a székletet kb. 200—300 g-os, teljesen tiszta, száraz, széles szájú, jól záró, s legfeljebb félig megtöltött üvegbe csomagoljuk. Formált bélsár jól záró fedéllel bíró, pergament papírral lekötött, tiszta, kb. 200 g-os porcellán kenőcstégelybe is elhelyezhető. Sok klinikai vizsgálathoz csak friss széklet használható, s így hosszas postai szállitás esetén kellő eredmény nem várható. A széklet friss volta a bélben élősködő *protozoonok és bélférgek* kimutatásának szintén előfeltétele. Ezen vizsgálatokhoz az egyszerre ürített széklet különböző helyeiről vett, nagyobb tömegű anyag beküldése szükséges, melyet jól záró üveg, porcellán vagy fémtartályba csomagolunk. Természetszerűleg ha a székletben féregrészeket vagy ilyenre gyanus képleteket találunk, elsősorban ezeket vizsgáltatjuk. A *bakteriologiai* vizsgálatra szánt próbát mindig frissen kiürített székletből vesszük. Székelés előtt a beteget vizeltetjük, s a székletnek a vizelettel keveredését minden módon megakadályozzuk. Ha az OKI-nek, vagy fiókállomásainak küldendő székletről van szó, a gyógyszertárakból díjtalanul beszerezhető, u. n. typhus tartályok (Ty) széles edényét használjuk. Az OKI. tulajdonát képező Ty. tartály fémtokkal bíró szélesebb és keskenyebb üvegedényből áll, melyek közös fatokban, s ezenkivül kartondobozban vannak elhelyezve. A fatok és a kartondoboz között kisérő irat van, melynek minden rovatát pontosan töltsük ki. A typhus tartályok kisebb edénye vér, vagy vizelet befogadására szolgál. Ha csak székletet vizsgáltatunk, ezen tartályhoz nyulni nem szabad. A széles száju üveg dugójába fémkanál van erősítve. Használat előtt a tartályt felnyitni, a bélsármerítő kanalat megfogni vagy kivenni nem szabad. A bélsár vételekor a kanalat mindig a dugónál megfogva használjuk. Formált bélsárból annyit veszünk, amennyi az OKI. bélsáredényének dugójába erősített kanálkájával kiemelhető. Híg bélsárral legfeljebb az edény ⅓-a tölthető meg. A tiszta edényben felfogott híg bélsárból platinkaccsal, vagy kiégetett üvegpálcikával elsősorban nyák-, geny-csomókat vagy fonalakat igyekszünk kiemelni. A tartály külső falának beszennyezését feltétlenül kerüljük, s ha mégis előfordulna, carbololdatba mártott vattával töröljük le. Ha a kisérő irat szennyeződik, másolatot állítunk ki, s az eredetit elégetjük. A kanalas dugójával szorosan elzárt tartály cimkéjére a beteg nevét, s a vétel időpontját feljegyezzük. Ezután a tartályt fém, majd fatokjába visszahelyezve pontosan kitöltött kisérőirattal együtt, a kartondobozba tesszük és leragasztva haladéktalanul postára adjuk. Az OKI. tulajdonát képező typhus tartályok feladása alkalmával postadijat fizetni nem kell. Ha nem az OKI-nak akarunk bakteriologiai vizsgálat céljából székletet küldeni, kifőzött parafa, vagy gummidugóval lezárt, hólyagpapírral lekötött, teljesen kitisztított és sütőben sterilizált, kb. 50 ccm-es széles szájú üvegeket alkalmazzunk, s a köpetnél leírt módon csomagolva, fertőző vizsgálati anyag jelzéssel adjuk postára.

A széklet mikroskopikus és vegyi vizsgálatának célja az emésztés esetleges rendellenességeinek, továbbá a gyomor-bélcsatorna kóros elváltozásainak kimutatása. *Emésztési zavar* gyanuja esetén gyakorlati szempontból elsősorban a következő vizsgálati eljárások jönnek szóba: a mennyiségi trypsin meghatározás, a kizárólag Schmidt-Strassburger-féle diaeta után végezhető Schmidt-féle utóerjedési próba, a Wohlgemuth-féle mennyiségi diastase meghatározás s a széklet mikroskopikus vizsgálata. *Mikroskopikusan* főleg a következő alkatelemeket keressük: *kóros fehérje-emésztés* esetén: változatlan harántcsíkólt rostok, kötőszövetes cafatok, *kóros zsír-emésztés* esetén: tömeges zsírcseppek és zsírsavjegecek, *kóros szénhydrat erjedés* esetén: nagyszámú szabad keményítő szemcsék és burgonyasejtek. A *bélfalak kóros elváltozásakor:* epithelsejtek, geny, nyák, vér, esetleg daganat alkatrészek mutathatók ki. *Gyomor-patkóbél fekély, s az emésztőcsatorna rákos daganatai* esetén: értékes diagnostikai jel az occult vérzések megállapítása, de a positiv vizsgálati eredmény csak akkor értékesíthető, ha a beteg megelőzőleg 3 napon át húst és húslevest nem evett és vas, bismuth tartalmú orvosságot nem kapott. *Bélparasiták gyanuja* esetén: kiürült élősdieket, vagy petéket keresünk. Negativ vizsgálati eredmény bélparasiták jelenlétét nem zárja ki, s ilyen esetben a vizsgálatot másodnaponként legalább háromszor megismételjük.

A széklet *bakteriologiai* vizsgálatát a 40.700/1930. N. M. sz. rendelet cholera, typhus, paratyphus vagy azok gyanuja esetén kötelezőleg írja elő. *Cholera* gyanuja esetén: a székletet úgy a körzet szerint illetékes intézetnek, valamint az OKI-nak egyidejűleg beküldjük, s ha a vizsgálat tárgyát képező eset előtt röviddel azon a helyen cholera még nem fordult elő, a vizsgálati anyag elküldését mindkét helyen táviratban bejelentjük. A cholerából klinikailag felgyógyult egyén két, egymástól 5 napi időközben vett, negativ eredményt adó bélsárpróba után tekinthető csak gyógyultnak. A vizsgálatokhoz csak az OKI „Ty" tartályai használhatók, s a vizsgálati anyag kifogástalan csomagolásáról és gyors továbbításáról feltétlenül gondoskodjunk. *Typhus abdominalis* gyanuja esetén a diagnostikai székletvizsgálatok csak a megbetegedés kezdetétől számított második héten bíztatnak eredménynyel, s ilyen szempontból a megbetegedések harmadik hetében várhatók a legjobb eredmények. Amíg tehát a betegség első napjaiban a vér bakteriologiai vizsgálatát végeztetjük, addig a betegség későbbi szakában a diagnostikai széklet vizsgálatokra is nagy súlyt helyezünk. A vizsgálatoknak csak a positiv eredménye bír bizonyító erővel, a negativ eredmény a typhus kórjelzése ellen nem szól, s továbbra is fennálló klinikai gyanu esetén a vizsgálatok megismétlését teszi szükségessé. Typhus abdominalisból „klinikailag meggyógyult egyén csak akkor tekinthető környezetére ártalmatlannak, s a zárlat alól csak akkor oldható fel, ha a tőle egymásután 1 heti időközben vett, legalább két bélsár- és vizeletpróba bakteriologiai vizsgálatának eredménye negativ." (40.700 N. M. M.). Ha a beteg tartós bacillusürítővé vált, székletét rendszeresen ellenőrizzük, s az ilyen egyén gyógyultnak valószinüséggel csak akkor minősíthető, ha legalább 1 éven keresztül, havonként végzett bakteriologiai vizsgálattal bacillusürítés nem mutatható ki. A typhusos székletvizsgálatokhoz kizárólag az OKI „Ty" tartályai használhatók, s tömeges bacillusgazda kutató vizsgálatok esetén az OKI-től kérünk csoportos tartályokat, mely egyúttal a kutatások menetére is útmutatásokat ad. Bármilyen typhusos bélsárvizsgálatot végeztetünk, a vizsgálati anyagok gyors beküldésére, a kisérő iratok pontos kitöltésére feltétlenül ügyeljünk, s emellett bacillusgazdákon a vizsgálati anyag

vételének hitelességét is ellenőrizzük. *Paratyphus* gyanúja esetén általában a typhus abdominalis esetében említett módon járunk el. *Paratyphusos gastroenteritis, élelmiszermérgezés* esetében eljárásunk bizonyos fokig eltérő, amennyiben a betegség kórismézése, a kórokozó kimutatása elsősorban a korai széklet és vizelet vizsgálattól remélhető. A negatív vizsgálati eredmény értékelésekor figyelembe veendő, hogy a paratyphus bacillusokon kivül egyéb bakteriumok is súlyos gastroenteritikus megbetegedéseket okozhatnak, s így célszerű a vizsgálatokat bélsárstreptococcus, proteus, s hasonló bakterium keresésére is kiterjeszteni. Csecsemők, kisgyermekek bélhurutja esetén az utóbb említetteken kivül a pyocyaneus bacillus kimutatása jöhet szóba, de az eredmények értékelésében mindig szem előtt tartandó, hogy a bélsárban a nevezett bakteriumok megbetegedés tünetei nélkül is előfordulhatnak, s aetiologiailag jelenlétük további vizsgálatokat igényel. A *bacillus botulinus* bélsárban keresése kevés kilátást nyújt, s inkább a gyanús élelmiszer vizsgálatával próbálkozzunk. *Dysenteria* gyanuja esetén a széklet vizsgálat a 40.700/N. M. M. sz. miniszteri rendelet által ajánlott vizsgálatok közé tartozik. Miután a kórokozó elsősorban a bélsár genyes, nyákos részleteiben, elhalt nyálkahártya cafatainban található, főleg ezeket a bélsáralkatrészeket vizsgáltassuk. A vizsgálati anyagok gyors továbbítása rendkivül fontos, azonban a mai bakteriologiai technika mellett, az órák mulva feldolgozásra kerülő anyag vizsgálata sem kilátástalan és így a vizsgálóállomástól távolabb eső helyekről rövid idő alatt továbbított anyagon is megkísérelhető. A negatív vizsgálati lelet dysenteria kórjelzése ellen semmiféle kételyt nem támaszthat. *Lépfenés bélmegbetegedés* esetén a kórokozók a bélsárból többnyire kitenyészthetők. A *bélsár tbc. bacillusokra* történő vizsgálata, különösen csecsemőkön igen nagy jelentőségű, akik az elnyelt köpetet a bélsárral ürítik ki, s így a széklet ilyen irányú vizsgálata a köpet vizsgálatot pótolhatja. Felnőtteken a positiv vizsgálati eredmény csak akkor értékesíthető, ha a beteg nyilt tüdőtuberculosisban nem szenved. A negativ vizsgálati eredménynek nincs jelentősége. A vizsgálatokhoz steril edényben küldünk székletet, s itt is elsősorban a genyes, nyákos részletek kiválasztására törekszünk. Coli és hasonló *bélbakterium-vaccina* előállításához steril edényben küldünk mogyorónyi, vagy kb. 5 ccm-nyi híg bélsárt.

Haranghy László dr.
egyet. magántanár, kórházi főorvos.

Kétoldali spmpathiás pleuritis pankreascysta mellett.

A sympathiás pleuritis, mint azonos oldali subphrenicus tályog tünete régen ismeretes. A rekeszalatt genygyülem kórokozói vagy ezek toxinjai a rekesz nyi rokrésein át a pleurába jutva annak gyulladását hozzák létre. A következőkben oly megfigyelésről számolunk be ahol a sympathiás pleuritis ugyancsak rekeszalatti, d. nem bakteriumos eredetű gyulladás következménye volt.

Az 57 éves nőbeteg 1934. I. 19-én éjjel heves, nem kisugárzó, hányással és lázzal nem járó hási görcsökre ébred, azóta szék- és szélrekedése van. I. 20. mérsékelt meteorismus, a has bal odalán a test hossztengelyével párhuzamos, tömött, kevéssé mozgatható resistentia, mely azonban hashajtóra eltűnik. A contrastbeöntéses vizsgálat teljesen negativ. Minthogy a has meteoristikus maradt és a jobb alsó quadransban állandóan látható és tapintható tágult, harántul fekvő bélkacs van, gyomorbélpassage vizsgálatot végzünk, mely a vékonybeleket illetően is negativ.

A beteg az első négy napon láztalan, a további, összesen négy heti megfigyelés alatt legtöbbször alacsony subfebrilis, néha láztalan, csak egyszer van 38 fokon felüli láza. A fehérvérsejtszám 4 izben 10,000 körül, egyszer 17,000, minden alkalommal 20—30% pálcikamagvú sejttel! Az első heti észlelés után, a 17,000-es fehérvérsejtszámmal egyidejüleg a jobb alsó tüdőhatár felett két ujjnyi tompulat jelentkezik, valamivel feljebb rövidülés, kishólyagú, nem csengő szörtyzörejekkel. Pár nap mulva baloldalt pleuralis dörzszörej. Az észlelés első két hetében hasmenése van, később csak napi egy széke vagy beöntésre szorul. A has úgy a hasmenés idején, mint közvetlen beöntés után is állandóan puffadt, az említett tágult bélkacs is állandóan megvan, sőt ugyanez a helyzet két egymásután adott magas beöntés és pituitrin-injectio után is. Ezt a kettős beöntést a has felső részére localisált és a hátba is sugárzó fájdalmas feszülés érzése miatt kapta, ilyen fájdalma többizben volt. A székletét különösebb eltérést nem mutatott, párszor beöntés után igen bűzös, a vegyhatás párszor savi.

A normalis contrastbeöntés és gyomorpassage melletti állandó meteorismust és állandó tágult bélkacsot valamely retroperitonealis folyamat által kiváltott reflexnek gondoltuk, ami azonban a jobboldali pleuropneumoniának tartott folyamattal, a leukocytosissal, balratolódással és az állandóan 100—120 közti jóminőségű pulsussal (145 RR.) nehezen volt összeegyeztethető. A jobboldalt hátul végzett próbapunctióval kissé zavaros savót nyertünk, melynek üledéke zsúfolva volt leukocytákkal, bakteriologice azonban sterilnek bizonyult, amiért is a bronchopneumonia gondolata háttérbe szorult és inkább valamely rekeszalatti folyamat által okozott sympathiás pleuritis vált valószínűvé. Ez ellen szólt viszont a magas fehérvérsejtszám melletti alacsony hőmérsék. Végeredményben mégis valamilyen szövetpusztulással járó folyamatra kellett gondolni, mert a vérsejtsüllyedés 1 óra alatt 100, ill. 80 mm. volt. A kétszer megismételt diastase-vizsgálat szerint a szék semmi diastasét sem tartalmaz, míg a vérben és a vizeletben megszaporodott (160, ill. 640.).

A pankreas állományát pusztító folyamat gyanúja ezzel megalapozottá vált. Az észlelés negyedik hetében a has bal felső negyedében harántul elhelyezett és hashajtásra el nem tűnő resistentia mutatkozott, mely egy hét alatt akkorára nőtt, hogy a has egész bal felső negyedét kitöltötte. Az ekkor harmadízben történő contrastbeöntés alkalmával *(Bársony* főorvos) kitünt, hogy az árnyékot is adó resistentia a bal flexurát lenyomja, a colon transversum hozzáfekvő bal felét megkeskenyíti és egyúttal a colon említett részeit nemcsak lefelé, hanem előre is, az egyidejűleg contrastanyaggal kitöltött gyomrot pedig balra és hátrafelé nyomja. Ugyanekkor mindkét sinus phrenicocostalis folyadékkal kitöltöttnek látszik.

A gyors növekedést másképp, mint folyadékgyülemmel nem igen lehetett magyarázni, a gyomor és colon közti elhelyezkedés pedig a pankreasra mutatott, ezért a beteg hasnyálmirigyfarkából kiinduló cysta gyanujával került műtétre *(Winternitz* prof.), amikor is a hasfallal összekapaszkodott cysta megnyitása után kb. 3 liter szagtalan barnás zavaros folyadék ürült. Az üledék vizsgálata sok amorph massa mellett pár fehérvérsejtet mutatott, a folyadék diastasetartama magas (3200), bakteriologice pedig úgy aerob, mint anaerob módon steril. A pankreas cysta diagnosisa ellen nem szólhatott, hogy trypsint nem sikerült a folyadékban kimutatni, mert az sokszor csak enterokinasének a cystatartalomhoz előzetes hozzáadása után mutatható ki. A műtéti nyiláson kiáramló folyadék lebenyes szerkezetű nekrotikus szövetrészeket is sodort magával, melyek szövettani vizsgálatban csupán elhalt zsír-

szövetnek bizonyultak, s helyenként gyulladás jeleit mutatták. (*Erős* egyet. magántanár). A szövettani lelet alapján ú. n. secundaer pankreascystát kell felvenni, amely tehát nem valamely meglévő üreg vagy járat kitágulásából származik, s ahol kétséges marad, hogy pankreasapoplexia hozta-e létre a pankreas elhalását, vagy pedig pankreasnekrosis területére történt-e bevérzés. Bizonyos csak az, hogy a folyadék átalakult vérfestéket tartalmazott.

Epikritice megállapítható, hogy az elhalt pankreasszövetből a környezetbe jutott fermentumok ott *steril gyulladást* okoztak, amely nemcsak lobgát formájában vette körül a képződött cystát és így összenövésekhez vezetett, hanem a rekesz közelében lévő cystafalon és a rekesz nyirokutain át mindkét pleuraüregbe jutva, ott is folyadéktermeléssel járó steril gyulladást hozott létre. Diagnostikus szempontból fontos, hogy leukocytákban gazdag steril pleuraexsudatum nemcsak genykeltő bakteriumok által okozott rekeszalatti tályog tünete lehet, hanem, hogy ilyen sympathiás pleuritist a rekesz hasi felszínének közelébe localisált steril gyulladás is létrehozhat, pl. pankreascysta esetében, amikor is a gyulladást vegyi inger által kiváltottnak kell tartani. Ugyancsak figyelemreméltó, hogy ez a steril gyulladás nemcsak a környezetében járt olyan következményekkel, amelyeket legtöbbször csupán bakteriumos eredetű gyulladás esetén szoktunk látni, hanem bizonyos anyagok felszívódása következtében a *vérképet* is ugyanolyan módon változtatta meg (leukocytosis és balratolódás), mint a bakteriumos fertőzések. Ismeretes ugyan, hogy localis leukocytosis bizonyos vegyi anyagokkal pl. pepton előidézhető, tudjuk azt is, hogy nucleinsav injectiójára a vérben is megszaporodnak a leukocyták, de talán nem tartjuk eléggé szem előtt, hogy ilyen viselkedést nemcsak experimentalis körülmények között, hanem beteg emberen is észlelhetünk.

Schill Imre dr., egyet. magántanár.

A tüdőtuberculosis actualis kérdései.

A rejtett kórképekről.

Neumann prof. hívta fel a figyelmet arra, hogy vannak kórképek, melyek beható vizsgálattal gümős eredetre vezethetők vissza és amelyeket *Sokolowski „Tuberculosemasken"* néven jelölt meg. Ezek a kórképek nem is lényegükben, csupán kórtani jelentőségükben különböznek a tuberculosoidoktól, mely utóbbiakkal úgylátszik nosologiai egységet alkotnak.

Starlinger 1243 felvett betege közül 115 esetben kétségtelenül álcázott tbc.-t állapított meg. A gümőkór a következő vélt kórformák mögött bujik meg: ideges gyengeség, általános gyengeség, vérszegénység, habitualis hőemelkedés, asthma, phrenicocardia, intercostalis neuralgia, gyomorfekély, duodenum fekély, gyomor- és bélsüllyedés, appendicitis, cholecystitis, neuritis, Basedow, stb. Ha ezen hosszadalmas kórképek eredetét felismerjük, akkor *Neumann* szerint megfelelő specifikus desensibilizálással teljes gyógyulás érhető el, ha pedig nem, akkor súlyos psychoneurotikus állapot következik be.

Starlinger szerint a nyirokútakon terjedő tbc.-ben az első irány a paratrachealis nyirokcsomókon át a vena jugularis és subclavia szögletéig terjed: ez a *mediastinalis syndroma* okozója. A másik irány a rekesz nyilásán át az aorta, pankreas körüli és bélfodri nyirokcsomókhoz vezet és ezáltal előidézi a *retroperitonealis* tünecsoportot.

Mediastinalis tünetcsoport esetén phrenikocardia áll elő, a rekeszen, vagy a gátorüri mellhártyán pleuritises folyamat játszódik le, a n. phrenicus neuritisével, a vállak, a mellcsont rheumatoid fájdalmaival és e panaszok még angina pectoris felvételére is késztethetik az orvost. A megnagyobbodott nyirokcsomóknak az idegtörzsekre gyakorolt nyomása a szíven extrasystolés és respiratiós arythmiákat okoz szívdobogással. A nyelőcső közelében ülő nyirokcsomók elhegesedés útján nyelési zavarokat, tractiós gurdélyokat idézhetnek elő.

A retroperitonealis tünetcsoport. A has felső részében a nyirokcsomók a plexus coeliacus és a cisterna chyli közelében feküsznek és megduzzadásuk esetén az idegekre nyomást gyakorolva olyan kórképet utánozhatnak, amely gyomorfekély, nyombélfekély és epehólyaglobra emlékeztet. A perirenalis nyirokcsomók ureter görcsöt okoznak és vesekőkólikát utánozhatnak, máskor meg hasmenéssel váltakozó székrekedést. A mesenteriolum nyirokcsomóinak elváltozása féregnyujtványgyulladáshoz hasonló kórképet okozhat.

A hosszabb ideig fennálló gócok méregérzékenység révén *ideges-, vegetativ tünetcsoportot okoznak.* Tudvalevő, hogy idült tbc, esetén a vegetativ központokban szövettani elváltozások jönnek létre, másrészt az allergiás reactiók psychésen, pld. hypnosis által nagymértékben befolyásolhatók. Igy jönnek létre a vegetativ neurosisok változó képei és a *Bergmann* értelmében vett vegetativ stigmatisáltak legkülönbözőbb panaszai.

Ha az emlitett nyirokcsomómegbetegedéshez csendes (bland) haematogen szóródás (kalte Dissemination) is csatlakozik, akkor az így létrejövő kórképeket a következő csoportokba lehet sorozni:

1. A *serosatünetcsoport.* Nagy savós folyadékgyülemek nem tartoznak ide, viszont idesorozandók a *Mayerhof* által leírt polyserositis sicca, a *Neumann-féle* virulens és csendes pleurite á repetition, amelyek röntgenleletet nem adnak. Az ilyen folyamatok által okozott jobbra vagy balra nagyobb absolut szívtompulat a megfelelő szívfél *tévesen* értelmezett túltengésére, vagy tágulásának felvételére adhat alkalmat. Ha ez a látszólagos szívnagyobbodás systolés zörejjel jár együtt, akkor endokarditis recurrens téves diagnosisát hiteti el, különösen akkor, ha a systolés zörej inkább kaparó jellegét, exspiratorikus erősbödését, száraz pleuralis dörzszörejekkel összefüggését nem veszszük figyelembe. Idetartozik még a *tuberculotoxikus főfájás,* melynek oka agyhártya izgalommal kapcsolatos meningitis serosa lehet.

2. *Rheumás syndroma.* Ha bebizonyitottnak fogadhatnók el *Loewenstein* és *Reitter* vizsgálatait, amelyek szerint polyarthritis rheumatica eseteiben a vérből ki lehet tenyészteni a Koch-bacillust, akkor ez a kórkép is idetartoznék. A *Poncet*-féle idült ankylosisos rheumatoid proliferatiós keletkezéséről a nézetek ma már eléggé egyezők. Ugyanaz a nézet az *Axhausen*-féle előrehaladó deformáló arthritisekről.

3. *Vegetativ-endokrin syndroma. Neumann* már régen hangsúlyozza, hogy a pluriglandularis atrophiák többsége haematogen módon szóródó tuberculosisformákkal függ össze. Basedow kór esete ugyancsak vérúti szóródással áll összefüggésben. *Nather* sebészileg eltávolitott struma göbökben histologiailag gümőket talált. Elég gyakran látható, hogy egy évek óta fennálló pajzsmirigytultengés ulcerofibrosus gümőkór képében zajlik le.

Az itt vázolt kórképek mutatják, hogy a tbc. lefolyásában és megnyilatkozásában elmélyülő ismereteink mindig nagyobb és nagyobb körökkel bővítik a tbc. klasszikus kórképét.

Puder Sándor dr.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

Az orvosi bizonyítvány.

Az orvosi gyakorlatnak igen fontos, de megfelelően nem méltatott kérdése az orvosi bizonyítvány, illetve látlelet kiállításának módja és az azzal kapcsolatos jogi ismeretek. Elsősorban a törvényszéki orvosnak van alkalma arra, hogy az orvosi bizonyítványok, látleletek hiányosságaival megismerkedjék, s ez indított engem is arra, hogy e kérdéssel foglalkozzam. Tapasztalat szerint az orvosok látleleteik, bizonyítványaik kiállításakor lépten-nyomon igen nagy tájékozatlanságot árulnak el, s ennek az orvosra nézve is súlyos következményei egyre inkább mutatkoznak.

Vidéki gyakorlatomban szerzett tapasztalatok alapján az alábbiakban röviden vázolni fogom *a bizonyítvány, látlelet kiállításának módját,* rámutatva néhány súlyosabb hibára, amely, sajnos, igen gyakran teszi értéktelenné a bizonyítványt, de egyben arra is alkalmas, hogy az orvosi tekintélyt aláássa. A bizonyítvány első része az anamnesis, amelyben tüzetesen fel kell tüntetni, hogy a beteg, a sérült mikor került észlelés alá az órának pontos megjelölésével, mikor következett be a rosszullét, illetve mikor érte az illetőt a bántalmazás vagy baleset, továbbá, hogy milyen körülmények között történt a vizsgálat, tehát hogy saját lábán jött-e az illető, vagy hozták, vagy az orvos maga kereste fel a lakásán, a helyszínén, s ott milyen helyzetben, milyen körülmények között találta. Az anamnesist pontos részletességgel kell felvenni a vizsgált bemondásai alapján, illetve ha ez az ő állapota miatt nem lehetséges, pl. mert eszméletlen állapotban van (agyrázkódás, ittasság) a szemtanuk, helyesebben a hozzátartozók előadását kell az anamnesisben lefektetni. Ezt követi sorrendben a vizsgált panaszainak leírása, amellyel kapcsolatosan ajánlatos az orvosnak azt is megjegyezni, hogy azok nem mutatkoznak-e előtte túlzottaknak.

Az előzmény adatainak rögzítése után a vizsgálati leletet teljes részletességgel kell megrajzolni, hogy annak elolvasása alapján az előtt az orvos előtt, akinek nincs módjában az illetőt észlelni, a tünetek szinte megelevenedjenek. A leletnek elsősorban az általános és erőbeli állapotot, tápláltságot kell feltüntetnie, amelyhez a *fejlődés korában* a fejlettségre vonatkozó megállapítás is járul. A fejlődés korán túllévő egyénekről adott leletben nem kell fejlettségi állapotról beszélni. Ilyen esetben helyesebb arról szólni, hogy a vizsgált egyén életkorának megfelelő kinézésű, testi állapotú, vagy attól eltérően üdébbnek, vagy törődöttebbnek látszik. Nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy a vizsgált egyént teljesen le kell vetkőztetni. Igen ajánlatos a lelet kezdeti részében feltüntetni egyes anthropologiai sajátságokat, amilyen a testmagasság, (testsúly), hajszín, fejkörfogat, szivárványhártyák színe, degeneratiós jelek, esetleg tetoválások, hegek, testi deformitások, hogy később is meg lehessen állapítani az egyén személyazonosságát. A testi sérülések pontos leírása, a hely és méretek tüzetes megjelölése és a működészavar részletes feltüntetése mellett nem hanyagolandó el az általános vizsgálat, amely a testi, szervezeti és idegrendszeri vizsgálatokon kívül (beleértve az érverés, testhő feltüntetését is) kiterjesztendő arra is, hogy az egyén sérülésével kapcsolatosan szenvedett-e kárt idegrendszerében is. Ugyanis utólagosan igen nehéz annak eldöntése, hogy valamely sérült ideges és szívpanaszai milyen összefüggésben vannak elszenvedett sérülésével. Ha az első vizsgáló orvos pontosan feltünteti leletében azt, hogy a sérültön észlelhető volt-e egyrészt az agy, másrészt a szív részéről objectiv tünet: fejfájás, szédülés, hányinger emlegetése, öntudatlanság, hányás (hányszor), sápadtság, ritka vagy szapora érverés, az érhullám viselkedésében rendellenesség, reflexhiány, csökkenés vagy fokozódás, a szembogarak viselkedésében kóros eltérés, és hogy ez az állapot mennyi ideig tartott, vissza tudott-e emlékezni részletesen a vele történtekre, nem tántorgott-e, nem volt-e leheletének alkoholszaga stb., akkor a későbbi panaszok mérlegelése nem fog nehézségekbe ütközni. Testi sértések és baleseti sérülések kapcsán igen nagy fontosságú ezeknek rögzítése, ami sajnos igen sokszor nem történik meg, mert a látleletet kiállító orvos csak agyrázkódásról beszél, vagy esetleg nem is említi azt meg, mert a sérültet ilyen irányban nem vizsgálta.

Igen nagy hibája sok orvosi bizonyítványnak, hogy a lelet hemzseg a szakkifejezésektől, kórismétől, a vizsgált bemondásai összekeveredtek az észlelt tünetekkel és ezek az orvos véleményével. Pedig a véleményt az orvosnak élesen el kell határolnia az előzmény és a lelet adataitól, mert különben könnyen használhatatlanná válik az egész látlelet, aminek következménye az, hogy az orvost a bíróság elé idézik tanukihallgatásra, ez pedig nemcsak sok időpocsékolással, de nem egyszer kellmetlenséggel is járhat.

A véleményben — amennyiben a látlelet az első napokban állíttatott ki — az orvosnak a gyógytartam tekintetében csak *feltételesen* szabad nyilatkozni, mondván, hogy ennek a sérülésnek, amely ilyen és ilyen eszköz behatásától származhatott (aminek a bemondás is megfelel), gyógytartama, amennyiben szövődmény nem társul hozzá, 8 napon belül, 8 napon túl, de 20 napon belül, vagy 20 napon túl tarthat, utóbbi esetben arra is kitérve, hogy vizsgált sérüléseinek lehetnek-e maradandó következményei. Amennyiben az orvos látleletét a kezelés befejezése után állítja ki, véleményének a gyógytartam tekintetében *határozottan* kell szólnia. Itt azonban tudni kell azt, hogy a gyógytartamba nem számítható be az elszíneződés eltünése, a pörknek teljes mértékben még be nem következett leválása, az esetleges érzékenység és ezzel kapcsolatos panaszok, mert ezek legfeljebb magánjogi szempontból képezhetik mérlegelés tárgyát.

Ami az orvosi bizonyítványok és látleletek *jogi következményeit* illeti, rá kell mutatnom arra a szomorú tapasztalatra, hogy az orvosok egy része a bizonyítvány kiállításakor egyáltalában nem vesz tudomást a büntetőtörvénykönyv (1878:V. t. c.) II. rész XXXIII. fejezetének 408. §-áról, amelynek értelmében az az orvos, aki valamely egyén egészségi állapotáról hamis bizonyítványt avégből ad ki, hogy valamely hatóság vagy biztosító társaságnál használtassék, vétséget követ el. Tapasztalataim alapján, sajnos, azt kell mondanom, hogy a hatósági orvosok által kiállított bizonyítványok és látleletek között is bizony eléggé nagy számban lehet hibákat feltalálni. Ha figyelembe vesszük azt, hogy a hatósági orvos látleletét, bizonyítványát a bíróság orvosszakértő meghallgatása nélkül is elfogadhatja bizonyító értékűnek és ítélete alapjául, elképzelhetjük, hogy az ilyen meggondolás nélkül, hiányosan vagy esetleg tudatosan nem teljesen a valóságnak megfelelő módon kiállított bizonyítványok súlyos következményekkel járhatnak.

Egy esetben a testi sértést szenvedett félről a kör-

orvos azt a látleletet állította ki, hogy mindkét szemének alsó és felső szemhéja kékesvörösen elszinesedett, egyik lapockáján és combján ugyancsak kékes-vörös elszineződés mutatkozik, mint tompa ütésnek következménye, s a gyógytartamot, amennyiben complicatio nem áll elő, 8 napon belülinek értékelte. Csaknem 3 hó elteltével az orvos pótlátleletet adott ki, amely szerint a sérült a sérülések következtében kifejlődött agyrázkódás folytán 28 napig oly fokú fejfájásban, szédülésben, valamint gyakori hányingerrel járó rosszullétben szenvedett, hogy ez idő alatt kezelésre szorult és munkaképtelen volt: ez a complicatio szerinte a látlelet kiállításakor nem volt előre látható. Ha ez az orvos az első vizsgálati leletében leírta volna azt, hogy a vizsgálatkor súlyosabbfokú agyrázkódás tüneteit észlelte s azokat el is sorolta volna, nem lett volna feltűnő a pótlátlelet, amelyből megint hiányoztak a részletes idegrendszeri vizsgálat alapján észlelt tünetek, s nem tette volna szükségessé azt, hogy a bíróság elé idézzék, ahol a különös pótlátlelet adatainak valódiságára esküt is tett.

Ugyancsak nem számolt a jogi következményekkel az a körorvos sem, aki látleletében azt írta le, hogy a sértett szúrt lágyrész-sérülés 23 napon át mindennap kezelést igényelt, s így a gyógytartam 20 napon túli volt, mert nem vette figyelembe, hogy a sérüléseket általában nem célszerű naponta kezelni, különösen akkor nem, ha azok a gyógyulás útján vannak, mert a mindennapos bolygatás a seb hámosodásának és gyógyulásának késleltetésével jár és ezért az orvos esetleg jogilag felelősségre vonható épp úgy, mint az a sérült, aki szándékosan késlelteti sérülésének gyógyulását és ily módon akar anyagi vagy egyéb előnyökhöz jutni. Annak bizonyítása, hogy a sérült szándékos ténykedésének következménye-e a fertőzés, s hogy egy egyszerű vágott vagy szúrt seb gyógytartama ezen okból hosszabb a rendesnél, legtöbbször igen nehéz, mert a sérülések fertőzése úgy az orvosi ellátás előtt, mint azután egyéb okból is bekövetkezhetik.

Az orvosi bizonyítványok és látleletek kiállításával kapcsolatosan igen nagy zavar uralkodik a *bélyegilleték lerovása* tekintetében is s emiatt az orvosokat sok kellemetlenség éri különösen az utóbbi időben, amikor a leletezések a pénzügyi hatóságok részéről az orvosi bizonyítványokkal szemben is kiterjedten alkalmazást nyernek. A közigazgatási bíróságnak 230. számú jogegységi megállapodásából kitűnően a magánorvosi látlelet, bizonyítvány vagy okirat, amely az Illetéki Díjjegyzék 22. és 79. tételeiben felsorolt illetékmentes okiratok között nincs felemlítve, tehát a magáncélokra kiállított orvosi látlelet illetékmentességét elismerni nem lehet. Az az orvosi bizonyítvány vagy látlelet, amelyet az orvos hivatalos hatósági felszólításra abból a célból állít ki, hogy azzal például bűnvádi ügyben a sérülés küleme és gyógytartama megállapíttassék, addig, amíg újabb rendelkezés nem lép életbe, bélyegmentesen állítható ki, de minden esetben feltüntetendő, hogy milyen hivatalos megkeresésre, milyen szám alatt és milyen célra készült. Megjegyzendő, hogy ha az orvos vizsgálatainak eredményét nem okirat formájában, tehát nem bizonyítvány vagy látlelet alakjában, hanem válaszlevélben közli a hatósággal, — ami nézetem szerint az illeték szempontjából mindenféle félreértést kizár, — akkor minthogy nem okirat, a bélyegilleték lerovására nem kötelezhető. Ilyenkor a levél szövege kb. így hangzik: A m. kir. csendőrség, rendőrség, stb. . . . . számú . . . . kelt megkeresésére X. Y.-t megvizsgáltam, előzményi adatait a következőkben mondotta el . . . . , s megvizsgáláskor rajta . . . elváltozásokat találtam. Mindezek alapján véleményem az, hogy X. Y. . . . sérülést szenvedett el, amely . . . eszköz behatásától keletkezhetett és előrelátható gyógytartama, amennyiben szövődmény nem társul hozzá . . . időt vehet igénybe. Természetesen az ilyen hivatalos célra kiadott leletek nem használhatók fel illetékmentesen később magánjogi célokra, csak a magánorvosi bizonyítványokra előírt illeték lerovása után.

A hivatalos megkeresésre kiállított orvosi látlelet, illetve bizonyítvány mellett feltételesen illetékmentes az az orvosi bizonyítvány, amellyel tanulóknak az iskolából elmaradása igazoltatik. Feltétlenül illetékmentesek azok az orvosi bizonyítványok, amelyek a himlőoltás megtörténtét igazolják, végül azok a bizonyítványok, amelyek a szolgálatra behívott tartalékos vagy szabadságolt katonák és honvédek betegségének igazolására kívántatnak.

Az illetékmentes orvosi bizonyítványokon kívül az ú. n. hatósági orvosi bizonyítványok már bélyegkötelesek, amit azonban igazolt szegényjog esetén az előljáróság elengedhet. Azoknak az eseteknek száma, amelyekben a hatóságok hatósági orvosi bizonyítvány bemutatását kívánják meg, egyre növekszik. Bélyegilletékük jelenleg 1 pengő. Kivételt képez a tanoncszerződés céljából kiállított orvosi bizonyítvány, amelynek jelenlegi illetéke 50 fillér. Az ilyen bizonyítványokon fel kell azonban jegyezni azt a célt, amelyre kiállították.

Az Illetéki Díjjegyzék értelmében illetékköteles minden magánorvosi bizonyítvány, még akkor is, ha bűnvádi eljárás során csatoltatik, továbbá a hatósági orvosok által kiállított magánbizonyítványok és látleletek, ha olyan tényeket bizonyítanak és olyan célra használtatnak fel, amelyekre nem hatósági orvosi bizonyítvány elegendő. A magánorvosi bizonyítványra jelenleg 2 pengős bélyeg ragasztandó. A bélyeg nélkül benyujtott látleletekért vagy bizonyítványért a benyujtó és a kiállító egyetemlegesen felelős. Igy minden orvos (a vármegyei tiszti főorvos is) kezességgel tartozik a bélyegilletékért, vagyis azért az egyszeres összegért, amennyit az Illetéki Díjjegyzék előír. Hangsúlyoznom kell, hogy csakis az *egyszeres összegért kezes az orvos,* s ha a benyújtón az illetéket és a bírságot (amely rendesen az illeték kétszerese) behajtani nem lehet, az orvos csak az egyszeres illetéket köteles megfizetni, a büntetést, illetve bírságot azonban nem!!! Egyébként ha a fél a bélyegilletéket az orvosnak nem fizeti meg, az orvos a bizonyítványt nem köteles kiszolgáltatni. —

Ezekben kívántam röviden ismertetni az orvosi bizonyítványra vonatkozó megjegyzéseimet, hogy azoknak a kartársaknak, akik bizonyítványokat állítanak ki, segítségükre legyek s őket kellemetlenségektől megkíméljem. A jövőre vonatkozóan mindenesetre kívánatosnak tartanám, hogy az orvosi bizonyítványok és látleletek jelentősége már az orvostanhallgatók tanulmányi ideje folyamán előadassék, s erre legalkalmasabbnak a törvényszéki orvostani előadások keretét tartanám. Ha ez esetleg ki is ütköznék a rendes tanmenetből, bizonyára fog akadni egy félévben egy előadási nap, amikor a törvényszéki orvostan tanára valami fontos ok miatt előadását nem tarthatja meg, s ez az óra igen előnyösen volna felhasználható az orvosi bizonyítvány jelentőségének ismertetésére az igazgató tanár helyettese útján. Szerény véleményem szerint talán a leghathatósabb eredményt úgy lehetne elérni, hogy ha az orvosi bizonyítvány a szigorlati kérdések közt is helyet kapna.

Schranz Dénes dr.
kir. törvényszéki orvos.

Esetek a baleseti szakvéleményezés köréből.

Arteficiális sérülések.

A baleseti orvosszakértő felelősségteljes működési körének egyik legkényesebb feladata, amikor arról kell nyilatkoznia, hogy bizonyos sérülésesnek látszó elváltozások valóban balesetből vagy pedig járadékelnyerés céljából szándékosan végzett öncsonkításból származnak-e. Nem kell hangsúlyozni, hogy e kérdés eldöntésében nemcsak tudásra és tapasztalatra, de a legszigorúbb tárgyilagosságra is szükség van, mert amilyen nagy hiba az, ha a szakértő nem tud különbséget tenni valóságos és művi úton előidézett sérülés között, éppoly súlyos hibát követ el akkor, ha mindenben öncsonkítást szimatol és ezáltal a sérült jogos érdekeibe ütköző magatartást tanusít.

Meg kell állapítani, hogy az előbbi hibát jóval gyakrabban követik el, részben a kellő tudás és tapasztalat hiánya, részben az igénylők iránt tanúsított, de ily esetben teljesen jogosulatlan elnéző magatartás miatt.

Amióta csak balesetbiztosítás létezik, mindig voltak és a jövőben is lesznek olyan egyének, akik öncsonkítás által iparkodnak őket meg nem illető kártalanításra szert tenni. Az utolsó évek tapasztalata azonban azt bizonyítja, hogy a baleseti kárigénylők színlelésre, aggraválásra való hajlama s ezzel párhuzamosan az öncsonkítások száma is megdöbbentően emelkedik. Az öncsonkítások rekordját Olaszország állította fel, ahol a római tartományban 1926—29-ig terjedő időben balesetkártalanítás címén kifizetett 26 millió lirából nem kevesebb, mint 8 milliót fordítottak a fel nem ismert öncsonkítások kártalanítására *(Kaufmann)*.

Az O. T. I. baleseti anyagában különösen azóta észleljük az öncsonkítások szaporodását, amióta az intézet a 15%-on aluli keresőképességcsökkenéssel bírókat egyáltalán nem, a 25%-nál nem magasabbakat pedig csak 2 évig kártalanítja. Ez a rendelkezés természetesen legsúlyosabban azokat a régi járadékosokat érintette, akik hosszú időn át zavartalanul élvezett járadékuktól egyszerre elestek s ezért most már évek óta százával, sőt ezrével jelentkeznek, hogy állapotuk rosszabbodása címén magasabb százalék megállapítását kérjék. Ezek között szép számmal akadnak öncsonkítók, akiket nagyjában két csoportba sorozhatunk. Az egyikbe tartoznak azok, akik egy korábban tényleg szenvedett, de jelentéktelen baleseti sérülésük után nem részesültek kártalanításban s ezért bizonyos idő mulva valamely újabb, többnyire ugyanazon végtagon fekvő sérüléssel jelentkeznek. Az ilyen sérülések öncsonkítási jellegét biztosan megállapítani alig lehetséges, de bizonyos körülmények, ú. m. a sérülés helye és módja, az újabb balesetnek a járadék-megvonás idejével összeesése, stb. alapos gyanut kelthetnek az iránt, hogy a balesetet tudatosan, illetve szándékos vigyázatlanságból idézték elő abban a reményben, hogy a régi és az új baleset következményeinek összesítése által magasabb keresőképességcsökkenési százalékhoz jussanak.

Az öncsonkítások másik csoportjába a kétségtelenül nem baleseti eredetű elváltozások tartoznak, melyek között leggyakrabban a mesterséges úton létrehozott végtagoedemákat és duzzanatokat, valamint a marószerekkel, égetéssel vagy egyéb módon létesített sebeket és fekélyeket látunk. Előbbiekkel e melléklet 1935. évi 35. számában „kemény traumás vizenyők" című közleményemben már foglalkoztam s itt kifejtettem azon nézetemet, hogy az ilyen vizenyők okát elsősorban arteficiális műveletekben kell keresni. Ezen meggyőződésemet támogatja az a tény, hogy valahányszor az ilyen sérülteket otthonukban, meglepetésszerűen vizsgáltam felül, mindannyiszor megfigyelhettem, hogy az előbb hatalmas duzzanatok nyomtalanul vagy legnagyobb részben eltűntek.

Sokkal könnyebb a felismerése és leleplezése azoknak az öncsonkítóknak, akik mesterséges sebek, fekélyek előidézésével, illetve a sebgyógyulás szándékos késleltetésével iparkodnak a felülvizsgáló orvost félrevezetni és ezáltal táppénz vagy magasabb baleseti járadék birtokába jutni. Az arteficialis úton létrehozott fekélyek, különösen ha ezek, — mint gyakran észlelhető — többszörösek, nagyon jellegzetesek. Az ilyen fekélyek legtöbbször szabályos kerek vagy ovális alakúak, feltünően éles szélűek, alapjukat renyhe sarjszövet, vagy ha maró anyaggal történt ételésből származtak, szürkésfehér vagy fekete szívós pörk borítja. Rendszeres kezelés és szigorú ellenőrzés mellett többnyire gyorsan meggyógyulnak. *Kaufmann* szerint minden körülírt, mélyre terjedő bőrmarást, ha keletkezése más elfogadható módon nem magyarázható, mesterséges productumnak kell tartani. Égetésen és erősen maró vegyi anyagokon (savak, lúgok stb.) kivül hólyaghúzó tapaszokat és még sok egyéb szert is használnak mesterséges sebek létesítésére, melyek részletezése nagyon messzire vezetne.

Ha tekintetbe vesszük, hogy ezen arteficialis sérülések felismerése, ha egyáltalán gondolunk erre a lehetőségre, milyen könnyű, akkor igazán csodálkozni kell azon, mily sokáig sikerül az öncsonkítóknak nemcsak az ily vizsgálatokban kevésbbé jártas kezelő orvosokat, de kórházi és klinikai osztályok vezetőit, sőt hivatalos szakértői fórumokat is a legdurvább fogásokkal kijátszani és ezen a réven maguknak hosszú időn vagy egész életükön át magas járadékot biztosítani.

Milkó Vilmos dr.,
egyet. rk. tanár.

Végbélcsomók injectiós kezelése.

Az aranyeres csomók operativ gyógyítása ősrégi: Kr. e. 400-ban Hippokrates Athenben lekötötte és átfúrta a végbélcsomót, Rómában — Tiberius alatt — Celsus kimetszéseket eszközölt a végbélből, az arab Abulkaszim — Spanyolországban égette a csomókat. A diathermiás kezelést a végbélcsomók gyógyításában a lillei *Donner* vezette be. Az első injectiós kezelést angol kuruzslók, az u. n. „Pile curers" végezték, kiktől titkos szerüket, — állítólag már 1853-ban — *Jobert* vette át, majd 1869-ben a dublini sebész, *Morgan*, utánozta a kuruzslók eljárását és jó eredményekről számolt be. Ő ferrumsupersulfattal dolgozott, míg a carbol-oldatot az illinoisi *Mitchell* vezette be aranyér kezelésbe. *Mitchell* és tanitványai 50%-os oldatot használtak, sok szerző azonban csak 5%-os oldatot használ, olajos emulsio alakjában, vagy glycerinnel. Az első chinin-oldatot *E. H. Ferrel* (Richmond) használta 1913-ban. A világháború után *Boas* a 70%-os alkohollal végzett thrombotisálást ajánlotta, de ennek nem támadt nagy visszhangja, mert az előkészítés és utókezelés elég körülményes volt. A jelenben már nehéz volna áttekinteni a különböző gyógyszerek nagy tömegét és combinatióját, mert minden szerzőnek van egy csalhatatlan és — természetesen — legjobb szere.

Én harmadik esztendeje a német és a bécsi iskola nyomdokain haladva injectiós kezelést végzek és 124 eset kapcsán számolhatok be szerzett tapasztalataimról. Mindkét iskola — kevés kivétellel — a thrombotisáló eljárást gyakorolja és domináló szerei a chinin különböző sói, melyeket chinin-érzékenység esetén cukoroldattal pótolnak. Ezek a chinin-sók különböző név alatt kerülnek forga-

lomba, de jóság tekintetében nem tudnék köztük különbséget tenni akár antiphlebinnek, antinodannak, vagy antiproctánnak etc. hívják is őket. Az oldatok 20—30%-osak.

A kezelés legtöbbször ambulanter történik, csak később említendő esetben rendelek a szükséghez képest 24—48 órai pihenést kezelés után. Jó, ha a beteg székelés után jön kezelésre, hogy legalább 24 órai nyugalmi idő legyen a thrombus megszilárdulására. Kezelés előtt a végbél alsó részét öblítsük ki tiszta vízzel. A beteg ezután térd-könyök helyzetben helyet foglal az asztalon, hogy külső- és digitális vizsgálatnak vessük alá. Különösen ez utóbbit sohse mulasszuk el. Külső megtekintéssel láthatjuk a nyilás körül — a canalis és a bőr találkozása helyén — a régebben lezajlott, de már semmi kellemetlenséget sem okozó gyulladás, illetve spontan thrombosis nyomait, amiből következtethetjük, hogy belül activ nodust is találunk. Átmeneti szövetet tartalmazó, fityegő maradványok ezek, melyeket legfeljebb kosmetikai szempontból érdemes csak eltávolítani. Injectiós kezelés szempontjából tulajdonképpen csak a még esetleg kivül látható fistula nyomok érdekelnek, melyek mindenesetre óvatosságra intenek, mert nem teljesen kiürült, bár genymentes fistula esetén se injiciáljunk, mert a fertőzést könnyen továbbvihetjük. A digitalis vizsgálatból meggyőződhetünk a sphincter (normalis-e, tág-e, görcsösen összehúzódott-e), továbbá a canalis és az ampulla legalsó részének állapotáról. Ha a nyálkahártya mindenütt egyenltesen puha és fájdalmatlan, akkor az injectiós kezelésnek nincs akadálya, ha érzékenységet vagy beszűrődést találunk, inkább várjunk és conservativ kezelést (kupok, ülőfürdők, diaeta) ajánljunk, akkor ez 7—10 nap alatt nyomtalanul felszívódik és a kezelést elkezdhetjük, ha pedig kezdődő genyes folyamat (proctitis, periproctitis) fejlődik ki, — természetesen — nem injiciálunk. A digitalis vizsgálatot minden esetben rectoskopia kövesse, nehogy az aranyeres csomókat gyógyítva egy esetleges carcinoma vigan fejlődhessék tovább. Rectoskopiával az egész nyálkahártya állapotáról — legalább 20 cm-nyire felfelé — meggyőződést szerzünk, s többek között arról is, hogy mi okozza a vérzést és fájdalmat. Gyakran előfordul, hogy nodust, sőt tágult visszeret sem találunk, s ezért igazat kell adni *Zweig* prof.-nak, aki azt mondja, hogy a végbélvérzéseknek csak a kisebbik felét okozzák az aranyeres csomók, a többit haemorrhagiás proctitisek, fekélyes folyamatok, polypusok, tumorok etc.

A rectoskopia után vezessük be a proktoskopot, vagy más néven anusskopot (12 cm hosszú, zárt, kúpos tetejű, oldalablakkal bíró rectoskop), mellyel aztán pontosan meg lehet látni a legkisebb csomót is. Ha ezek a végbél legalsó részében vannak, akkor proctoscop nélkül, egyébként pedig ennek segítségével végezzük az injectiót. Előbbi esetben a telt nodusok szabad szemmel is láthatók, és préselésre, vagy Bier-haranggal megszívásra láthatóvá tehetők. Ez esetben a láthatóvá és feszülővé tett csomókba hydrarg. oxycyanatos tisztitás után végezzük az injectiót, — egy-egybe — nagysága szerint — nem többet, mint 2—3 legfeljebb 4 cseppet. A tűt pár másodpercig bennhagyjuk, hogy a vérrög képződést a szúrcsatornán kiáramló vér ne akadályozza és hogy az inj. folyadék ne folyjon ki. Egy ülésben legfeljebb 2—3 csomót injiciáljunk. Az injectiót csak praecisiós csepp-fecskendővel adjuk, mert egyébként könnyen túladagolás történhetik, ami elhalást okozhat. Bőrrel fedett csomóba ne adjunk injectiót! Az injectiók befejezése után a csomókat minden körülmények között reponáljuk, mert ha kivül maradva thrombotisálnak, akkor heves gyulladás, fájdalom, oedema keletkezhet, ami a gyógyulást nagyban hátráltatja és a beteget a további kezeléstől elriasztja. Akiknek spontan prolabál az aranyerük, azokat kezelés után legalább 24—48 órára fektessük le, persze, ugyancsak fenti okból előzetes repositio után. A kezelést 5—7 nap mulva folytathatjuk. Ha a thrombus érzékeny fájdalmas volna, akkor várjunk a kezelés folytatásával, míg teljesen fájdalmatlanná válik. Kezelések közben csak a széklet normalis ürítése a fontos. A bélsár ne legyen sem kemény, sem egészen híg, hanem napi egyszeri, sűrű pépes, vagy puha formált. Rendelhető hashajtók szükség esetén kurella-por vagy agarol. Székelés után az anust nedvesen töröltessük.

Aki proctoscop segítségével dolgozik, az inkább a belső csomók kezelésével kezdje el, nehogy a külső thrombus képződés útját állja a kezelés folytatásának. Teljes eredményt csak akkor érünk el, ha a belsőket is injiciáljuk, mert gyakran ezek tartanak fenn vérzéseket és — amit sokan nem vesznek figyelembe — a proctitis mellett ezek is fenntarthatnak kínzó, viszkető ekzemákat, pruritust. Proctoscop segítségével magasabb területen dolgozhatunk, mint a szokásos műtéti eljárások alkalmával, ami végleges gyógyeredmény szempontjából igen fontos. Egyébként a belső csomók kezelése ugyanúgy történik, mint a külsőké. A külső csomókat legjobb térd-könyök helyzetben injiciálni, ha ez kivihetetlen, akkor hanyatt fekve, nővizsgáló helyzetben.A proctoscoppal oldalfekvő helyzetben dolgozunk.

Ami a kezelés utáni reactiót illeti: általában a fájdalom és vérzés gyorsan megszünik, utóbbi 1—2 napig még a kezelés után is eltarthat. A külső nodusok gyors thrombotisálás után rendszerint zsugorodnak, míg csak egy lumen nélküli, fityegő, többé bajt nem okozó, átmeneti szövetet tartalmazó lebeny lesz belőle. A belsők gyakran nekrotisálnak, szétesnek és sima heggel gyógyulnak, vagy zsugorodnak és lassan feszívódnak; utóbbi esetben még sokáig tapinthatók kemény göbök alakjában.

A teljes gyógyulás időtartama változó: 2—8 hétig terjedhet, de miután ez az időszak fájdalommentes, nincs vele sok törődnivalónk.

Összefoglalva az injectiós kezelés előnyeit:

1. 90—95%-ban teljes gyógyulása a kezelésre alkalmas eseteknek.
2. Nem okoz munkaképtelenséget.
3. Nem fájdalmas.
4. Könnyen elvégezhető a gyakorlóorvos ambulantiáján is, segédlet nélkül.
5. Aránylag olcsó.

Hangsúlyozni szeretném, hogy az injectiós kezelés sem minden esetre alkalmas. Igy nagyobb nyálkahártyaelőeséseket ezzel az eljárással csak a legritkább esetekben sikerül befolyásolni, viszont jók az eredmények ott, ahol csak egyes isolált csomók prolabálnak.

Hogy emboliától nincs mit tartanunk, azt korábbi közleményeimben (Gyógyászat 1935. 52. sz.) részletesen és kellően alátámasztva kifejtettem. Hogy az operativ eljárásnál ezen kezelési mód jobb, az fentiekből önként következik. Nagy előnye az is, hogy a végbél anatomiai viszonyai nem változnak és hogy a recidivát is egy injectióval meg tudjuk szüntetni. Általában a kezelés keresztül vitele nem okoz különösebb nehézséget, de a kiforrott gyakorlat szabályait be kell tartani és — ami legfontosabb és talán a legnehezebb — tanuljuk meg a nodust megkülönböztetni tágult visszeret nem tartalmazó nyálkahártya redőtől. Legtöbben tudniillik ebben hibáznak.

Tekintve, hogy a kezelés 3—4—5-szöri ülést tesz szükségessé és költséges dolog volna ugyanannyiszor utazgatni, érdemes volna minden nagyobb városban legalább egy orvosnak elsajátítani az eljárást; azt hiszem megérné a fáradságot.

Szegedi Sándor dr.
Charité-poliklinika.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

A directoskopia.

A gégetükrözés alkalmával a gégét tükörképben, tehát indirect úton vizsgáljuk. A directoskopia az az eljárás, amely a gégét és környezetét *közvetlenül*, tehát *direct* úton tárja szemünk elé. Az indirect gégetükrözést azonban csecsemőkön és kisgyermekeken csaknem lehetetlen elvégezni. Sokszor felnőtteken is akadályokba ütközik, tehát mindezen esetekben a directoskopiához kell folyamodnunk.

A directoskopia eljárása mintegy négy évtizede ismeretes s annak elvégzésére számos eszköz áll rendelkezésünkre. Ezek közül az egyik legjobban bevált a Chevalier Jackson-féle laryngoskop, melynek részletes leírása úgy a külföldi, mint a hazai irodalomban megtalálható.* A directoskopiát csakis megfelelő felszereléssel és begyakorolt segédlettel lehet végezni, így azonban percek alatt véghezvihető, veszélytelen vizsgálati módszer, melynek ellenjavallata úgyszólván nincs is. A külföldön használatos drága műszer helyett azonban szerényebb eszközök is megfelelnek*).

A Jackson-féle műszer lényege egy megfelelő nyéllel ellátott és peripheriás világítással bíró lapoc, ill. cső, amely a nyelvhátat és az epiglottist felnyomva, a gége bemenetét, a hangszalagokat, a subglottikus tájat és a légcső felső szakaszát elénk tárja s az ezeken végzendő vizsgálatokat és esetleges manipulatiókat lehetővé teszi. Ha a légcső mélyebb részeit kell vizsgálni, a direct *laryngoskopia* megfelelő műszer segítségével mint *bronchoskopia* folytatható. Csecsemőkön és gyermekeken sem helyi, sem általános érzéstelenítés nem szükséges, felnőtteken a szokásos pantocain porlasztással érzéstelenítünk. Éhgyomorra vizsgálunk, izgatott betegnek enyhe csillapítószert adunk. A vizsgálatot kíméletesen és nem túlsoká kell végezni.

A gyakorló orvost a directoskopia legtöbbször a gyermekbetegségekkel kapcsolatban érdekli, különlegesen a fertőző megbetegedésekben a gyermek *kruppos jellegű köhögése, rekedtsége, légszomja* tehetik szükségessé a directoskopiás vizsgálatot. A csecsemőkön jelentkező nehezített húzó légzés okának kiderítése fontos. Hogy ez a gége *fejlődési rendellenességében, sérülésében,* vagy a légcsőnek a csecsemőmirigy általi *összenyomatásában* leli magyarázatát, avagy a *congenitalis stridornak* felel meg az anatomiai kép, az directoskopiával dönthető el.

Ha rekedt, fulladozó, húzó légzésű gyermek kerül a gyakorló orvos elé, gondolnia kell arra, hogy nem *idegen test* okozza-e ezeket a tüneteket, amire nézve kisgyermekek kórelőzménye gyakran nem ad felvilágositást. Fontos továbbá az is, hogy kellő időben tájékozódjunk, hogy az ilyen állapotot a *heveny gégelob, álkrupp vagy valódi krupp* okozza-e. Az a körülmény, hogy az orrban és torokban nem láthatók a dyphtheria jelei, nem zárja ki a valódi krupp jelenlétét.

Igen fontos, hogy az ilyesféle esetekben a gégéből megbízható, steril módon vehessünk a bakteriologiai vizsgálat céljaira váladékot, ami csakis a directoskop segítségével végezhető el. *Vörhenyben* szenvedő gyermek hirtelen keletkező rekedtségekor is kell dyphtheriára gondolnunk, úgyszintén *kanyaróban* is, mikor a kezdeti, hurutos szak rekedtsége gyakran álcázza a kruppot, amely azonban a kanyaró festenyződési szakában is jelentkezhet, *pertussis* alatt pedig szintén kifejlődhet. A kruppos álhártyák szívásos eltávolítása szintén a directoskopia útján történik. A bronchopneumonia is okozhat erős légszomjtól kisért rekedtséget. A *bárányhimlő* hólyagocskái is kifejlődhetnek a gégében, ahol másodlagos duzadást okozhatnak. Ismeretesek az *infuenza* és a *hastyphus* alatt keletkező és elhanyagolás esetén igen súlyos szövődményeket okozó gége- és légcsőelváltozások, ezek azonban gyakoribbak felnőtteken.

Ugyancsak felnőtteken jelentkeznek gyakrabban a *Vincent-angina,* a *gümőkór* és a *lues* következtében kifejlődő gégeelváltozások, amelyek azonban diagnostikus szempontból ritkán teszik a directoskopiás vizsgálatot szükségessé. Ezeknek a betegségeknek a kezelésében és az esetleges műtéti beavatkozások vagy bakteriologiai vizsgálatok alkalmával ismét csak rászorulunk a directoskopiára, éppen úgy, mint a *gége légcső daganatai* esetén. A gyermekkori *gégepapillomák* directoskopiás vizsgálatokat és kezeléseket tesznek szükségessé.

Természetes, hogy a trachealis narkosisban és a különféle bronchoskopiás vizsgálatok, kezelések és műtétekben is nélkülözhetetlen szerepe van a directoskopiának. A fentiekben felsorolt fertőző betegségekben pedig nemcsak a beteg gyermek, hanem annak mindenkori környezete szempontjából is igen fontos az esetleges fertőző gégebetegségeket kellő időben felismerni, s ezáltal egyfelől a fertőzés továbbvitelét, másfelől vegyes fertőzések elterjedését megakadályozni.

Látjuk tehát, hogy a directoskopia a gyakorló orvos szempontjából úgy gyermekeken, mint felnőtteken szükség esetén alkalmazandó és értékes felvilágosításokat nyujtó eljárás.

Fabinyi Géza dr.
gégeszakorvos.

* Nálunk legújabban *Laub* construált jól használható directoskopot.

A gonorrhoea aspecifikus immun kezelése.

Ha a gonorrhoea aspecifikus injectiós therapiájával foglalkozni kívánunk, vissza kell mennünk 1—2 évtizeddel, egészen a világháborúig. *Ischikawa* a világháborúban a typhust melegítéssel elölt typhus bacillusok intravenás injectiójával kezelte. Ezen kezelési eljárásra túlmagas lázas reactiókat kapott, de ha a beteg általános erőbeli állapota e hatalmas lázakat kibírta, utána frappáns gyógyulás következett be. *Lüdke* ugyanezt tapasztalta, ha typhus kultura helyett *albuminose*-oldatot használt. Mások később egyéb bakterium tenyészeteket is használtak, majd tejjel, idegen vérrel és serumokkal dolgoztak, s lassan kifejlődött az ú. n. heteroproteintherapia, aminek az a lényege, hogy *aspecifikus* injectiós anyagok hatására a véráramban *specifikus* ellenanyagok, agglutininek jelennek meg. Ezen ellenanyagok nyilvánvalóan sejtproduktumok, ezért ezt az eljárást *Weichardt* immár közismertté vált elnevezéssel *„protoplasmaaktiválásnak"* nevezte el.

A sejtek ezen védőanyag termelését kisebb-nagyobb hőmérsék emelkedés kiséri, mert úgy látszik a védőanyagok közvetlenül, vagy közvetve a hőközpontot izgatják. Hosszú volna felsorolni a parenteralis protein és egyéb hasonló anyagok gazdag fegyvertárát, melyeknek mind az a céljuk, hogy a védőanyagok termelését fokozva a megbetegedett szervezet gyógyulási készségét elősegítsék. Nagyjából három csoportra oszthatjuk őket. 1. Vaccinák, serumok, 2. Tej és származékai, (rokon-

anyagai), 3. Egyéb chemiai anyagok. Minthogy e dolgozatomban a vaccinákkal nem foglalkozom, itt csak annyit jegyzek meg róluk, hogy szintén fehérje természetű anyagok, azért kérdéses, hogy hatásmódjuk egyáltalán specifikus-e, vagy csak aspecifikus fehérje hatás. E véleményemet azon körülmény is igazolja, hogy évek óta tapasztalom, hogy ha a vaccinák alkalmazását lázas reactio nem követi, úgy gyógyhatásuk rendszerint nem kielégítő.

A gonorrhoea injectiós therapiájában a második csoporthoz tartozó protein és rokonanyagok széles körben nyernek alkalmazást. Ezen körülményt a gonorrhoeás infectio lényege magyarázza, tudniillik a megfertőzött gonorrhoeás területek jelentékeny részéhez desinficiens gyógyszerekkel közvetlenül hozzáférni nem tudunk. Igy érthető az a törekvés, hogy a szervezet védőerőinek fokozásával igyekezzünk a gonococcust elpusztítani és a betegséget gyógyítani. Jelen közleményemben a Richter gyár *„Bacterochin Casein"* nevű praeparatumával folytatott kezeléseim gyógyeredményeiről számolok be. Ezen gyógyszer egyik ügyes variansa az előbb felsorolt anyagoknak. 5 cm-ében 0.10 g jodoxychinolinsulfosavas natrium és 0.20 g tisztított casein van. A bacterochin tehát 4%-os vizes oldata a jodoxychinolinsufosavas natriumnak. E vegyületet egyébként hosszas kisérletezés után *Zimmer* fedezte fel s mint localis desinficienst Yatren néven alkalmazta. Később kiderült az is, hogy parenteralisan alkalmazva, kitünő eszköze az ingertherapiának.

Az intravenásan adagolt yatren kiválasztódásának vizsgálatakor, mit kutyákon és házinyulakon végeztek, kitünt, hogy az yatrennek egy jelentékeny hányada a széklettel választódik ki. Kutya és házinyul különböző szerveit vizsgálták meg yatren injectio után jódra (*H. Nehme* és *K. Seelkopf)* és megállapították, hogy yatrenből jód a szervezetben nem hasad le. A fehérje és alapanyagcserevizsgálatok pedig arra mutattak rá, hogy az intravenásan adott yatren injectio után a natrium kiválasztás a vizeletben fokozódik. Ezen anyagcsere vizsgálataik eredményéből azt szürték le, hogy az anyagcsere egyensúly yatren által, a fehérje anyagcsere kárára, fokozott szénhydrat elégetés irányába tolódik el. A gyógyszer másik alkatrésze a casein, amely különleges eljárással készül, protalbumosektól mentes s így anaphylaxiás jelenségeket nem okoz. A két anyag együttesen az emberi szervezetre még nagy adagban sem toxikus.

A bacterochin caseint 22 szövődményes gonorrhoeában szenvedő férfi betegnél alkalmaztam. Mindig 1—2 ccm-el kezdtem (i. m.) és másodnaponkint fokozatosan 5 ccm-ig emeltem az adagot. Ezen mennyiségnél többet sohasem adtam. Ilyen adagolás mellett még ambulans praxisban is nagyszerűen alkalmazható, mert lázas reactiókat nem okoz. A hőmérsék legfeljebb cca 38° C-ig emelkedett. Tehát a beteg napi foglalkozását többnyire tovább végezheti. Olyan betegnek is igen jó szolgálatot tesz, kin bármely egyéb okból (vitium, kachexia, stb) tartózkodni akarunk a magas lázas reactióktól. Meg kell még jegyeznem, hogy a bacterochin casein injectiók a beadás helyén infiltratum nélkül, rövid ideig tartó fájdalmat okozhatnak, ezek azonban gyorsan elmulnak. Egyéb kellemetlenséget az injectio beadásával kapcsolatban sohasem észleltem. Epididymitis esetén, ha a beteg feküdni tud, s a tejinjectiót jól tűri, ez utóbbit felváltva adjuk a bacterochin caseinnel, s csak ha a beteg felkelt folytatjuk a kezelést tovább, tisztán bacterochin caseinnel. Az elért gyógyeredmények megitélésében tekintettel kell lenünk minden esetben a beteg socialis körülményeire is (socialis milieu), amelyek a betegség gyógyulását a gyógytényezőinken kívül nagymértékben befolyásolják, sőt nemcsak, hogy befolyásolják e körülmények gyógytevékenységünket, de néha meg is hiúsítják is, különösen az ambulans szegénybeteg praxisban. Ezeket szem előtt tartva is, a bacterochin caseinnel teljesen kielégítő eredményeket értem el. Az egyes esetek felsorolása helyett, inkább a gyógyszer alkalmazásakor szerzett összbenyomásaimról számolok be. Totalis gonorrhoea esetén a hatás az acut gyulladásos tünetek javulásában, a vizelet második részének gyors feltisztulásában nyilvánult meg; ennek megfelelően a subjectiv panaszok is gyorsan elmaradtak. Acut prostatitis esetében, spermatocystitisben is igen kifejezett volt e gyulladt mirigyek resorptiós hajlama, s így rövidesen megkezdhettem a massage-kezelést. A progrediáló folyamatokat többnyire sikerült megállítani s a 22 esetben csak egyszer kaptam epididymitist. Igy megállapítható, hogy a bevált útakon haladó, s szerencsés összeállításban úgy látszik synergetikusan ható gyógyszer, szolid, megbizható therapiás eszköz. A gonorrhoea régebbi statistikák szerint *(Buschke, Wossidlo stb.)* igen magas számban, 70—80 %-ban totalissá válik. Bár a modern therapeuticumok hatására ez a szám csökkent, a *bacterochin casein* a gonorrhoea therapiájában még igen széles körben nyerhet alkalmazást.

Biró Sándor dr.
a szfőv. I. sz. nemibeteggondozó orvosa.

A gyermekkori hasihagymáz.

A Szt. László közkórház 9 éves anyagának (3899 felnőtt, 1315 gyermek) tanulságait a következőkben ismertetem.

A morbiditás az évek számának emelkedésével fokozatosan nő egészen a 20—30 életévekig, majd rohamosan csökken. A mortalitás az első négy életévben csaknem kétszer olyan nagy, mint a 4—10 évesek között, míg a 10 évtől fokozatosan emelkedik, hogy legmagasabb arányszámát az öregkorban érje el. Az első négy életév halálozásában nagy szerepet játszik a tüdőgyulladás és a szívizom károsodás, míg a bélvérzés és bélátfuródás jelentéktelen tényező a halálozás szempontjából. A 4—10 években a tüdőgyulladás okozta halálozás csökken, majd a 10-ik év után előtérbe lép a bélvérzés, bélátfuródás, tüdőgyulladás, embolia, sepsis, stb. Az életévek számának növekedése egyúttal a különböző szervibajokban szenvedők számának emelkedésével is jár, (vitium, emphysema, pulm. chr. bronchitis, stb.) a halálozás arányszámának emelkedése részben ennek is tudható be.

A ty. abd. gyermekeken is legtöbbször lassan fejlődik ki, csak 2.9%-ban kezdődött hirtelen. Hidegrázás a betegség kezdetén 9.1%-ban fordult elő. Gyermekeken általános bevezető panaszok, mint fej-, derék-, has-, hátfájások-, szédülés-, hányás, stb csak 12.6%-ban voltak, azonban e subjetctiv panaszok értékelésében figyelemmel kell lennünk a gyermek korára, a szülők intelligentiájára is. Herpes labialis nem szól teljesen hastyphus ellen. A hasmenés és székrekedés arányszáma 24.3%—34.4%, volt, azonban ugyanazon betegen a hasmenést székrekedés válthatja fel és fordítva, ami 12.6%-ban fordult elő, minden gyógyszeres beavatkozás nélkül. A jellegzetes, szélein és csúcsán piros, közepén barnás, lepedékes nyelv 29%-ban fordult elő. Közepes meteorismust, mely a szív és lép tompulatain változást nem okozott, 11.7%-ban találtunk. A tapintható, sokszor hallható ileocoecalis korgás 21.9%-ban fordult elő. Kimutatható lépduzzanat 91.1%-ban kisérte a hastyphust. Roseolák 34.3%-ban voltak fellelhetők, mely szám feltétlen nagyobb lenne, ha minden beteg már első héten került volna megfigyelésre. Roseolák hetekre elhúzódó újabb és újabb jelentkezése recidivát jelent. A közérzet zavarait, mint sopor,

jactatio, apathia, deliriumok, melyek a toxicitás jelei s így rossz prognosist adnak 10.7%-ban észleltünk. Toxikus eredetű vizelési nehézség (1.9%), hallási zavar (1.8%), rekedtség, melynek oka a gégenyálkahártya fekélye (2%), ugyancsak rossz prognostikus jel.

A typhus abdominalis a gyermekeken 5.3%-ban tünetszegényen, alacsony lázakkal, vagy magas, de rövid néhány napig tartó lázakkal zajlott le. (Ambulans-, abortiv ty.-ok) A magán gyakorlatban e csökevényes esetek száma sokkalta nagyobb, mert kórházba mégis inkább olyanok kerülnek, ahol valami alapos gyanú is van a typhusra. *Tekintve, hogy e csökevényes esetek is kiindulásai lehetnek újabb toxikus megbetegedéseknek, járványtani és közegészségügyi szempontból ajánlatos a nyári, őszi hasmenések esetén, bakterio-, serologiai-, és laboratoriumi vizsgálatok végzése, hogy a latens esetek felderíthetők legyenek.* E vizsgálatokkal, különösen, ha a Widal-próbát sorozatosan végezzük és titer-emelkedést látunk a hasihagymáz csaknem 100%-ban lesz kórismézhető.

Egyszeri Widal-próba, ha negativ, nem szól typhus elen, mert 7—10 nap mulva erősen positiv eredményt adhat. 1/200-as positivitást gyermeken komoly diagnostikus értéknek kell venünk. Az I-ő betegségi héten vizsgáltak 53%-ban már felállítható a kórisme a Widal-próba alapján, a III. hét végén csak 1.5%-ban volt neg. az eredmény. A ty. bac. kimutatása a vérből az I-ő betegségi héten vizsgáltak 49.6%ban járt eredménnyel, de mennél gyakrabban vizsgáljuk a lázas szak folyamán a vért, annál inkább kapunk többször positiv leletet, mely a hasihagymáz biztos diagnosisát jelenti. Negativ lelet többször ismételve sem szól biztosan ty. abd. ellen. A székletből a ty. bac. 28.2%-ban volt kitenyészthető. Láztalan szakban a positivitás bac. gazdára mutat, lázas szakban, csak akkor bizonyít ty. abd.-t, ha más diagnostikus jelek is támogatják. (Apendicitisben szenvedő is lehet ty. bac. gazda.).

A gyermekkor (0—15 évig) hastyphusában a hőmérsék a következőképen viselkedett: Nem haladta meg a 38.5° C-t 5.1%, míg 40° C felett volt 10.6%-ban. Nem tartott egy héten túl a lázas szak 19%-ban, míg a IV. héten túl tartott 7.7%-ban. A gyermekek 61.2%-a két hétnél rövidebb akme szak után láztalanodott le. Az elnyuló akme-szak toxicitás jele, és rossz a prognosisa.

Az érverés a lázas szakban relativ bradycardiás volt (39° C felett láz, 100 alatt érverés), 28.2%-ban, amiből 64% esik a fiúkra, 36%-a leányokra. Az 5 éven aluliaknak csak 3.4%-a volt bradycardiás. A bradycardiának tachycardia felé eltolódása a toxikus esetekben legtöbbször szívizom laesiót jelent, máskor tüdőgyulladást, perforatiót, nagyobbfokú bélvérzést, genyedéseket kisérhet.

A fehér vérsejtszám 4—7000 közt volt az akme alatt az esetek 49.6%-ban, 5000 alatt 39.2%-ban; míg szövődmény nélküli abdominalis esetén 5.5%-ban 10.000 felett is volt. A leukopenia az akme alatt a legnagyobb, ritkán röviddel utána; fennáll a leukopenia 2—3 hétig is nem egyszer a lázas szak lezajlása után. A szövődmények nem mindig irányítják a vérképet a leukocytosis irányában, csak akkor, ha a ty. toxinnak már egyáltalán nincsen befolyása a szervezetre, tehát az egyszerű typhus szövődményeiben, hol a korai recidiva nem jelentkezik; ellenben még a genykeltők is csak pár napi munka után képesek legtöbbször leukocytosist előidézni oly esetekben, mikor még a ty. toxin is hat a szervezetre. (pl. a peri. perit, empyema thorac. esetén, stb., ha akkor keletkeznek, mikor a szervezetben a ty. toxin is hatásos még, eleinte leukopenia van, napokra van esetleg szükség a leukocytosis kifejlődéséhez). Azok a szövődmények, melyekkel leukocytosis jár, s mégis ty. abd.-hoz társulva leukopeniával járnak, rosz prognosisúak, épenúgy ty. toxin jelenlétét igazolják, mint a bradykardia. ½—2% eosinophilia 2%-ban fordul elő valódi ty. esetekben is. A lymphocytosis 30%-on felüli volt, 68.9%-ban, 40 %-on felüli 33.8%-ban. Leukopenia nem jár együtt mindég lymphocytosissal, ellenben előfordul leukocytosissal járó lymphocytosis, valamint leukopenia lymphocytosis nélkül. A vérkép mindenkor csak más klinikai vagy laboratoriumi vizsgálat kiegészítője lehet a ty. abd. kórisméjében, de mindenkor igen jó kisegítő.

A láztalan szakban bekövetkező recidiva 7.2%-ban fordult elő gyermekeken. Nincsenek mindig újabb roseolák, nem mindig positiv ty.-ra a haemocultura (16.6%), de csaknem minden esetben újra van lépduzzanat. E recidivákban a szövődmények jelentkezése csak 2%-ban, haláleset csak kivételesen fordul elő. (96 recidivánk közt egyben sem). A korai recidivának, mely az első ty. akme szakában kezdődik, már rossz pronosisa van. Ennek oka, egyrészt a hosszasan fenálló ty. toxin hatás, másrészt az, hogy az I. ty. szövődményei a II. ty. kezdetére esnek, s ezáltal igen veszedelmesek.

A gyógykezelésben a tüneti kezelésen kívül a megkisérelt gyógyeljárások nem válnak be, mint neosalvarsan, érbefecskendett ty. ellenes lósavó, saját vér befecskendések. A lázcsillapításban igen jól megfelelnek a kalmopyrin kis adagjai (0.05—0.10 gr.), melyeket egyénenként kell beállítanunk, ha collapsus-szerű rosszulléteket elakarunk kerülni. Szapora érverés, oka mindig szövődmény, leggyakrabban szívizom ártalom. Cardiazol — a gyermek kora szerint — már 120-as érverés esetén adható,befecskendéseket csak indokolt esetben alkalmazzunk. Legnagyobb gond fordítandó a beteg táplálására és gondozására. A diaeta erős megszorítása ma már túlhaladott álláspont, mert a koplalás folytán éppen toxikus esetekben erősen lesoványodó beteg ellenállóképessége a tapasztalat szerint igen csekély. Őrülnünk kell, ha a lázas beteg egyáltalán fogyaszt valami táplálékot. Gázképződés esetén (meteorismus) a gázfejlesztő táplálékokat hagyjuk ki, mert a bélátfurodást elősegitik, a rekeszt felnyomván kellemetlen tüneteket okoznak. Minőségben bizonyos határokon belül a beteg kivánságai teljesíthetők, menynyiségre jobban kell ügyelni, lehetőleg többször kis adagok fogyasztandók. Bélvérzés, vagy perforatio gyanúja esetén csak tejet adjunk, kortyonként; a hányásra hajlamos betegnek lehetőleg hidegen. Már a 3-5. láztalan napon lassan áttérhetünk a rendes táplálkozásra, ügyelve arra, hogy az átmenet fokozatos legyen. A szájüreg, bőr ápolása az egész betegség folyamán nagy fontosságú, mert azzal kellemetlen szövődményeket kerülhetünk el. A lázas, toxicus beteg forgatásával a bronchopneumonia keletkezésének meggátlására törekszünk. Bélvérzésben, — legyen az bármily csekély, — elsősorban teljes nyugalom, opiatok, Leiter-hütő a hasra, calcium, gelatina, coagulen, kongó vörös, lósavó megkisérelhető; nagyobb vérveszteség esetén — a gyermek kora fontos — vérátömlesztés, glukose, Ringer infusio már korán kerüljön alkalmazásra. Perforatio gyanuja esetén hívjunk azonnal sebészt, mert minél korábban végezzük a műtétet, annál több a remény a gyógyulásra.

Ha összehasonlítjuk a felnőttek (3.899) és a gyermekek (1.315) hasihagymázának fontosabb számadatait, azt látjuk, hogy a gyermekek e megbetegedése jóval enyhébb ugyan, mint a felnőtteké, de még így is jelentékeny veszélyt rejt magában.

Peleskei Lajos dr.
v. közkórházi adjunktus.

Esetek a baleseti szakvéleményezés köréből.

Arteficialis sérülések.

Az O. Gy. K. f. é. 20. számában általánoságban foglalkoztam a mesterséges úton létrehozott baleseti álsérülésekkel, rámutatva az e téren elkövetett visszaélésékre és orvosi tévedésekre. Az ott elmondottak megvilágítására ismertetek egy általam észlelt, az arteficialis sérülések gazdag casuistikájában is párját ritkító esetet.

M. I. 28 é. gumigyári munkás 1928. VI. 9-én benzinrobbanás következtében mindkét kezén I. és II. fokú égési sebeket szenvedett. A szabályszerű sebészi kezelés után, 3 hó mulva végzett felülvizsgálat megállapítja, hogy az égési sebek a működést lényegesen nem akadályozó, puha felületes hegekkel teljesen meggyógyultak. Alig egy hónappal később azonban a sérült már újra jelentkezik a bal kéz kisebesedésével és „hólyagos kiütéseivel" a pénztári főorvosnál, ki az állapotot bőrgenyedésnek (pyodermia) tartja és a sérültet újra betegállományba veszi, majd, miután több hónapig tartó kezelés dacára a sebek minduntalan kiújulnak a m . . .-i kórházba küldi. Itt „pyodermia", majd „ulcus manus sin." kórismével az 1929. év folyamán háromszor áll 15—30 napig kezelés alatt a kézhát lencsényi, fillérnyi, felületes fekélyeivel. Thiersch-féle transplantatiót végeznek rajta, mely után a lebenyek gyorsan megtapadnak, s a beteg mindanyiszor gyógyultan távozik, de csak azért, hogy rövidesen kiújult sebekkel és hólyagokkal újra jelentkezzék. A zavaros eset tisztázása céljából beutalják most a központi betegségmegállapító osztályba, hol a kórismét eccemára téve, röntgenbesugárzást és kátrányos kenőcsöket rendelnek, s mint keresőképtelen beteget további kezelésre utasítják. A sérült a kezelésre nem jár el rendesen, hanem onnan időnkint hosszabb időre elmarad, hogy azután hetek, vagy hónapok mulva ismét a régi állapottal jelentkezzék. A vizsgálat mindannyiszor újra megállapítja, hogy a balkézen élesszélű, babnyi, mandulányi részben beszürődött, hyperaemiás környezettel biró szürkés-fekete pörkkel borított fekélyek és zavaros, savós váladékkal telt hólyagok vannak.

Miután állapota állandónak látszik, keresőképességcsökkenését végre 35%-ban állapítják meg, ezzel azonban a sérült nem elégszik meg. 1929 okt. 9.-én beadványt intéz a pénztár vezetőségéhez, melyben kéri, hogy külföldre utazás céljából egy évi járadékelőleget (!) folyósítsanak részére, mert tudomása szerint baját csak Berlinben tudják meggyógyítani. E kérvény elutasítása után járadékemelés céljából felebbez a bírósághoz, és pedig teljes sikerrel, mert a bírósági orvosszakértők csupán az iratokból adott véleménye alapján visszamenőleg is megállapítják a teljes keresőképtelenségnek megfelelő járadékot. Az ezután következő időközi felülvizsgálatok alkalmával az állapot mindig ugyanaz. 1930. III. 28—IV. 19-ig az egyik vidéki egyetemi bőrklinikán ápolják, hol baját röntgenfekélynek minősítik, bórvaselinkötést és Selleifélé *epithelin*-kúrát alkalmaznak, mire az összes fekélyek rövidesen behámosodnak és a beteg gyógyultan távozik. Arteficialis sérülés lehetőségéről a klinikai leletben egy szó sem esik. Ugyanezen év őszén, majd a következő 1931. évben történt pénztári felülvizsgálaton a sérült újra a már leírtakhoz hasonló fekélyekkel és bullákkal jelenik meg, mire továbbra is megállapítják a teljes keresőképtelenséget.

1931. nov. havában a sérült végre a központi balesetkártalanítási szaktanács elé kerül, melynek szakértője az esetet arteficialis sérülésre gyanusnak találja, de végleges véleményadás előtt szükségesnek tartja, hogy megfigyelés és ellenőrzés, valamint rendszeres kezelés céljából mégegyszer kórházba utalják. Ismét a m . . .-i kórházba veszik fel, ahol úgy, mint évekkel előbb, most is semmitmondó „ulcus manus sin." kórismével kezelik 3 hétig és, mint előbb, úgy most is Thiersch-féle bőrátültetést végeznek gyors és tökéletes eredménnyel. A kórházból a sérült teljesen gyógyultan távozik, de a következő felülvizsgálatkor újra a régi állapottal jelentkezik. A bajt ezúttal — változatosság kedvéért — az égési sebek rékos elfajulásának minősítik.

Ezek után végül — post tot discrimina rerum — sérültet az O. T. I. balesetkártalanítási osztályán felülvizsgáltam és róla a következő szakvéleményt adtam: *Jelen állapot:* A bal kézháton a kéztőízület alatt egy égési hólyaghoz teljesen hasonló, mogyorónyi savós folyadékkal telt bulla, és egy szabálytalan vesealakú, egészen élesszélű, livid, kékes színű bőrrel körülvett 2 cm hosszú ½—1 cm széles, csak az irháig terjedő, felületes anyaghiány van, melynek alapja részben már feltisztult sarjszövettel, részben zöldes-sárga lepedékkel borított. A fekély és bulla környezetében érzékenység, vagy beszürődés nincs. A kéztő és ujjak teljesen jól mozgathatók.

Vélemény: E lelet és az előzmények alapján a bizonyosság határáig terjedő valószínűséggel állítható, hogy itt az arteficialis sértés typikus esetével állunk szemben, mert az elváltozások jellege, az előzetes hólyagképződés utáni kifekélyesedés, rendszeres kezelésre gyors gyógyulás és époly gyors kiújulás a mesterséges úton forró, vagy maró anyaggal előidézett felületes szövetelhalásnak teljesen megfelel. Emellett szól az is, hogy első és másodfokú felületes, puha hegekkel gyógyult, nem súlyos égési sebek után hasonló kórkép sohasem észlelhető. Égés után visszamaradt kérges hegekben elvétve másodlagos kifekélyesedés előfordul ugyan, de az ilyen fekélyeket nem előzi meg hólyagképződés és kórbonctani jellegük egészen más. Ezek a fekélyek csaknem mindig a láb égési hegeiben keletkeznek, igen renyhék, mélybe terjedőek, lepedékesek és nagyon nehezen gyógyulnak. Minden amellett szól tehát, hogy az igénylőnek tervszerű manipulációival sikerült kezelő és felülvizsgáló orvosait éveken át állandóan megtéveszteni és magát különböző, helyt nem álló diagnosissal kezeltetni.

E vélemény alapján végül a sérültnek több mint 4 éven át jogtalanul élvezett táppénzét, illetve baleseti járadékát megvonták és fellebbezésével a bíróság is elutasította.

A fennforgó esetben tehát az igénylőt arteficialis sérüléseivel 4½ éven át kezelték pyodermia, ulcus manus, eccema, röntgen fekély, rák stb. kórismével és tartották balesetből kifolyólag teljesen keresőképtelennek, míg a tévedés súlyos anyagi áldozatok árán végre valahára kiderült. Az eset kirívó példája annak, hogy milyen súlyos tévedésekre vezethet az, ha kellően nem magyarázható, makacs és mindig kiújuló hólyagképződés és kifekélyesedés esetén az arteficialis sértés lehetőségére nem gondolunk. Az ilyen esetekből azt a tanulságot meríthetjük, hogy baleseti sérültek késői vizsgálatakor a kórelőzményben a tisztán orvosi szempontokon kívül ki kell terjeszkedni egyéb körülményekre, nevezetesen arra is, hogy biztosított és baleseti járadékban, vagy táppénzben részesülő egyénről van-e szó. Célszerű volna, ha a kórházakban és klinikákon használatos kórlapoknak a személyi adatokra vonatkozó részét megfelelő rovatokkal egészítenék ki s a bőrgyógyászati és sebészeti klinikai oktatásban és továbbképző tanfolyamokon az arteficialis fekélyek kérdésével behatóbban foglalkoznának.

Milkó Vilmos dr.
egy. rk. tanár.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

Az elsődleges glaukoma korai felismerése.

A gyakorlat bebizonyította, hogy minél előbb ismerjük fel a glaukomát, annál biztosabban sikerül a gyógyítása. A tapasztalat viszont azt mutatja, hogy legtöbbször kifejlődött glaukomával, csökkent látásélességgel vagy szűkült látótérrel jelentkezik a beteg a szemorvosnál, pedig szembajra utaló, muló panaszait előbb már máshol is elmondta. Alig van haladás ezen a téren; 30 év előtt a glaukomások több mint 21%-a absolut glaukomával, vakon kereste fel az I. szemklinikát. *id. Imre József* „A vakság okai a magyar Alföldön" című munkájában (O. H. 1899.) ezt írja: A legnagyobb százalék a vaksági okok között a glaukoma rovására esik, 22.8% binocularis vaksággal, ... tehát a glaukoma nálunk az Alföldön a legrosszabb indulatú szembaj. *Bíró Imre* statistikája (1928—1933) a vakság okairól is még 17.3%-ban glaukomát mutat ki. *Blaskovics* 1933-ban az O. H. hasábjain (21. sz) a glaukoma gyógyszeres gyógyításáról megjelent részletes közleményében a glaukoma korai felismerésével kimerítően foglalkozik. Mégis nem tartjuk fölöslegesnek a fenti megdöbbentő számadatokra tekintettel a gyakorlóorvosok figyelmét ismételten felhívni a glaukoma korai felismerésének lehetőségére és módjára, mert hiszen az első gyanus panaszokkal őket keresi fel a beteg.

A glaukomáról sokáig azt hittük, hogy kardinalis tünete a kórosan magas szemnyomás, ami a többi tünetet okozza. Ezen tünetek pedig mindenféle elsődleges glaukoma esetében: a látásromlás, a nasalisan kezdődő látótérszűkület, gyakran a sarkantyú alakú, vakfolttal összefüggő skotoma és a látóidegfő excavatiója. Ezek azonban már az állandósult, kifejlődött glaukoma tünetei... Ilyen esetben legtöbbször már csak fel lehet tartóztatni a betegséget, de az addig bekövetkezett működési csökkenést visszafejleszteni nem lehet. Ismeretes volt ugyan azelőtt is a lappangó (prodromalis) glaukoma, amit a látás időnkint elhomályosodása, szines karikák a fényforrás körül, enyhe halántéktáji vagy szemfájás jellemez. Azonban ha ez — magától — elmúlt, a glaukoma minden tünete is megszünt. Az utóbbi évek kutatásainak eredménye az, hogy az ilyen tünetnélküli időszakban, sőt valószinűleg az első jelentéktelen panasz előtt is ki tudjuk mutatni a szem glaukomás hajlamát. *Mikor gondoljunk arra, hogy betegünk glaukomára hajlamos?* Szellemes, óvatosságra intő *Heinenek* (Kiel) szigorlati kérdésére adandó felelet: *mindig*. Feltétlenül arra kell gondolni, ha olyan *panaszokat* hallunk, amit előbb a lappangó glaukománál említettünk. De néha egészen más kórjelzés felé csábító panaszokat is hallunk: enyhe égő érzés a szemben; az az érzés, mintha a szem kissé nagyobb, vagy duzzadt volna; a szem olvasás közben elfárad; a szemtekei kötőhártya kissé rózsaszinű. Máskor pedig az *objectiv vizsgálat* talál gyanus tüneteket: sekély csarnok, kissé tág, nem kifogástalanul szűkülő, esetleg kissé ovális pupilla; tágabb elülső ciliáris erek; lapos papilla, a szélén enyhén hajló erek. Ez utóbbi tünet értékelése különösen nehéz, mert idős korban a papilla gyakran kissé tányérszerűen besüpped. Ugyancsak öregkori tünet a sekély csarnok, de szűk pupillával! Ha tehát kissé tágabb pupillával jár, glaukomás hajlamra kell gondolni.

Ezen subjectiv és objectiv tünetek közül egyik sem jellemzi teljes bizonyossággal a glaukomát, egyedül a nyomás-emelkedés, a tonometerrel kimutatott kóros nyomás dönti el a kórjelzést. Glaukoma gyanuja esetén tehát *tonometerrel megmérjük a szem nyomását*. A normalis nyomás felső határa 25 mmHg. Ha a nyomás ez alatt van, glaukoma gyanuja esetén a *nyomás napi görbéjét* állapítjuk meg. Az ép szem nyomása is a kora reggeli órákban, felkelés előtt a legnagyobb, azután csökken. — Glaukomára hajlamos szem ugyanígy viselkedik, de a hajnali emelkedés sokkal kifejezettebb. 25 mm fölé kerül. Ha tehát a beteget akár délelőtt, akár a délutáni rendelésen mérjük, normalis nyomást kaphatunk. Ezért legfontosabb, hogy a mérés kora reggel, a beteg felkelése előtt történjék. Ha kóros szemnyomást így sem sikerül kimutatni, akkor a *terhelési próbák* következnek. a.) Sötét-szoba kisérlet. A beteg ½—¾ óráig teljesen sötét szobában tartózkodik. Sötétben a pupilla kitágul, tág pupilla mellett a csarnokvíz elfolyása akadályozva lévén, a nyomás emelkedik. b) Coffein-kisérlet, egy csésze erős feketekávéval, vagy 0.2 g intravenásan adott coffein. natrio-salycil.-mal történik. c.) Vérpangás előidézése a fejben, amit a nyakra alkalmazott enyhe nyomó kötéssel, vagy a fej 20—30 fokban lelógatásával érünk el. Előbbi esetben 1 óráig, utóbbiban 10—15 percig tart a kisérlet, amelynek azonban magas korú, érkeményedéses és magas vérnyomású egyént nem szabad alávetni. Ha ezen kisérletekben a szem nyomásának emelkedése több, mint 5—6 mm, akkor glaukomás hajlam áll fenn. Van még több terhelési próba, de ezek, különösen a két első, teljesen megfelelnek.

Az említett subjectiv és objectiv tünetek felhivják a figyelmet, a leírt vizsgáló eljárásokkal pedig kimutatni igyekszünk a glaukomás hajlamot. Nem szándékom kitérni a glaukoma kóroktanára, de megemlitem, hogy ez *a hajlam bizonyosan több, helyi tényezőnek az eredménye*, ilyen a sekély csarnok, tág pupilla, eltömeszelt csarnokzug, talán nagy lencse, de bizonyosan hozzátartozik a sugártest és talán az egész uvea hajszálereinek működési zavara. Minthogy pedig az ereknek a működését a szervezet egyéb zavarai is befolyásolhatják, ezért figyelemmel kell lenni a glaukomás hajlam keresésekor olyan a *szemen kivül fekvő kóros állapotokra is*, amelyek az erek, ill. idegek útján a szemnyomásra hatással lehetnek. Ilyen elsősorban a vasoneurosis. Capillar-mikroskopiai vizsgálatokból ismeretes, hogy a glaukomások mind vasoneurotikusak. Ilyen a vegetativ idegrendszer egyensúly-zavara. A glaukomás roham, sőt a lappangó tünetek is gyakran jönnek lelki izgalmakkal kapcsolatban. A vegetativ idegrendszer nemcsak az erek beidegzése útján hat a szemnyomásra, hanem ismeretes, hogy kedélyhullámzáskor, izgalmak esetén, a sympathicus tonusfokozódásával a pupilla is kitágul, ami fokozza a szem nyomását. Azonkivül az endokrin rendszer rendellenességei is valószinűleg az intraocularis erek, esetleg a sugártesti hám elválasztása útján hatnak a szemnyomásra. Ha ehhez még hozzátesszük azt, hogy a glaukoma nem ritkán öröklött betegség, akkor reámutattunk azokra a szemen kivüli tényezőkre, amelyekre a glaukomás hajlam keresésekor figyelemmel kell lenni.

Rötth András dr.
egyetemi magántanár.

Mi a phoniatria?

A gégegyógytan törzsének egyik hajtása, mely immár önállóságra tett szert. Míg a laryngologia szervi bajokkal, vagyis a gége látható betegségeivel foglalkozik, addig a phoniatria a működés zavarait, vagyis a hangadásnak olyan rendellenességeit tanulmányozza, melyeknek okát legtöbbször semmi elváltozásban sem lehet megtalálni. Tehát magát a hangadást iparkodik megjavítani vagy helyrehozni.

De olyan esetben is, amidőn meg nem szűnő szervi baj, pl. hangszalagbénulás idézi fel a hang fogyatékosságát, — a phoniater még mindig keres és talál módot arra, hogy a hangadást megjavítsa.

Az első féleséghez főképen a *phonasthenia (hanggyengülés)* tartozik. Oly kóros jelenség, *melynek elnevezésére csak a jelentkező tünetek ismerete késztet,* melynek azonban a kórtana még nagyon homályos. Ugy, mint pl. a hysteria is csak a tünetek összegezéséből construált fogalom, valóságban azonban mégis csak — bárha eddig meg nem állapítható — szervi betegség lehet.

A phonasthenia olyanoknak baja, kiknek foglalkozása szükségessé teszi a hangszerv huzamos és gyakori használatát. Ilyenek a *szónokok, a színészek, énekesek, tanítók* stb., kiknek száma sokkal nagyobb, mintsem első tekintetre gondolnók. Panaszaikkal szemben, — aminő a beszéd okozta gyors kifáradás, rekedtség érzése, olykor hallható rekedtség, fájdalmak a torokban és a torok körül, — a gégetükri vizsgálat semmi eltérést a rendestől nem mutat. Egyes esetekben előfordulnak ugyan vérteltségek, de ezek az erőltetett hangadás következményei, amiért is gyógyszeres helyi kezelés ez állapotot meg nem szünteti.

Nem éppen ritkán fordul elő, hogy kiváló énekesek hangja régi fényéből rövidesen veszít, hangterjedelmük egyik-másik lépcsőjén nehézséget éreznek, hangot hosszasan vagy egészen halkan tartani nem képesek. Súlyosbítja ez állapotot még a lelki tényező is, t. i. nyugtalanság és aggodalom. Egymás után keresik fel a hírneves gégeorvosokat, de ezek vizsgálata a hangszervnek semmi baját nem képes kideríteni. A hangszalagok fénylő fehérek lehetnek és a legpontosabban működnek. Azt kell mondanunk, hogy a hangindítás finoman tagolt különbségeit szemünkkel, sőt optikai segédeszközökkel sem tudjuk egészen pontosan követni. Inkább a hallószervünk ad útbaigazítást.

Ily állapotok kifejlődését általános felfogás szerint a hangszervnek túlerőltetése idézi elő, főleg a *helytelen hangképzés,* amidőn hiányzik a természetes könnyűség, az energiának a gazdaságos kihasználása, mely a kifáradásnak legtovább képes ellentállni. Lehetséges az is, hogy hiányzik az igazi rátermettség, melyet az izomzat erősebb működtetésével kíván az illető pótolni.

Ami *a beszédhangot* illeti, úgy *ezt sokan jóval erősebb beidegzéssel indítják,* mintsem természetes folyása megkívánná, legtöbbször kelleténél magasabb hangfekvésben beszélnek, máskor pedig a valamivel hangosabb beszédben külső izmok veleműködését veszik igénybe. Előadókon, tanárokon ezt gyakran tapasztalhatjuk. Ez annyira szokásukká válik, hogy az energiapazarlást észre sem veszik. A phoniater, kit a felismerésben főleg a begyakorlott hallása vezet, e beszédet *spastikusnak* mondja, — ezzel ellentétben áll az ú. n. *paretikus rekedtség,* mely az előbbi állapotot később, esetleg csak sok év mulva követi.

Ha most további hangzavarokat tekintünk, úgy hálás feladat ama rendellenes hangadás helyrehozása, mely *a hangváltozás idejében* (mutatio) és azt követőleg jelentkezhetik, amidőn is a késlelt átalakulás félszeg, olykor pedig maradó puerilis beszédhangot termel ki.

Hangszalagbénulások tudvalevően nagyon rekedt, olykor alig is hallható és légpazarlással járó (recurrens bénulása) beszédet eredményeznek, melyet sokszor sikerül a bénulás ellenére is eredményesen megjavítani.

Fel kell említeni a *gége kiirtása* után bekövetkező *teljes hanghiányt,* melyet régebben kanül és egyéb szerkezetekkel iparkodtak türhetővé tenni. Jelenleg az ilyen egyént meg lehet tanítani a gyomor levegőjével indított hangadásra és érthető beszédre. Olykor meglepő eredménnyel.

Mindeme lehetőségek érthetővé teszik, hogy ezidőszerint a phoniatriának, mint külön orvosi és mindinkább figyelemre méltatott szakmának már számos jeles művelője van. A várható eredmények lehetnek többé vagy kevésbbé jók és biztatók, avagy kilátástalanok, úgy mint ezt a gyógyítás terén mindenütt tapasztaljuk.

A kezelés természetesen nem gyógyszeres. Főképen gyógytornának lehetne mondani, sok mindenféle, a gyakorlat által kitapasztalt fogásokkal, mikkel a beidegzést és az izomműködést a természetes mederbe kívánjuk terelni. A részletezés messze elvezetne. Sokszor, mint pl. bénulások esetén a kilégzés módjára kell gondot fordítani. Egyéb eljárások, mint a villanyozás és a vibratiós massage, mely a hangrezgések frequentiájához alkalmazkodik, talán inkább csak suggestive hatnak. Fontos a psychikai befolyás is, továbbá a kitartás és az önbizalom, úgy az orvos, mint a beteg részéről is.

Némai József dr.
egyet. magántanár.

Az erythrocyanosis.

Az erythrocyanosist *Denecke* 1919-ben írta le először, szabatos körülírása azonban *Thibierge* és *Staiassnie* nevéhez fűződik. A klinikai kép még ma sincsen szabatosan körülhatárolva, mert ezen elnevezés alatt igen különböző, egymáshoz nem tartozó folyamatokat írtak le. Ezért nagyon fontos, hogy csakis azon bántalmakat soroljuk ezen elnevezés alá, melyeknek klinikai képe a következő: a lábszárak bőre, főleg alsó harmada, rendszerint symmetrikusan, a feszítő, kevésbbé a hajlító oldalon lilás-vörös cyanotikus. Az elszíneződésnek lefelé éles, felfelé elmosódott a határa. A bőr duzzadt, tömött és hüvös tapintatú. A folyamat majdnem kizárólag fiatal nőkön fordul elő, de idősebb nőkön is észlelték. A leírt kórkép néhány válfaja is ismeretes. Igy előfordul, hogy nemcsak a lábszárakon, hanem a térdizületek táján és az alkaron is localisálódik. Ritkán csak az egyik lábszár van bántalmazva és néha a folyamat területén pontszerű, haemorrhagiás, follicularis papulák láthatók. Különböző intensitású keratosis pilaris gyakori, nemcsak a megbetegedett területen, hanem az egész bőrfelületen.

Az erythrocyanotikus területek vizsgálatakor kitünt, hogy úgy a vasodilatatorok, mint a vasoconstrictorok érzékenysége fokozódott. Adrenalinnak ugyanazon mennyisége a livid területen intensívebb anaemiás foltot hoz létre, mint a normalis területen és nagyobb a reflectorikus hyperaemiás udvar, amely a lobos reactiók körül keletkezik, ami a dilatatorok izgalmát jelenti. E tekintetben a viszonyok azonosak az akrocyanosisban találtakkal, úgy hogy felvehető, hogy az erythrocyanosis ugyanolyan mechanismus útján jön létre, mint az akrocyanosis és ez a következő: A vérerek érzékenységének

fokozódása következtében a kisfokú atmosphaerikus behatások, különösen hőmérsékletsüllyedés, olyan elváltozásokat hoznak létre, mint amilyeneket normalis bőrön csak erősebb hidegbehatás okoz. Normalis bőrön csak intensiv és hosszantartó hidegbehatásra keletkezik előzetes anaemia után cyanosis, ami az odavezető és elvezető erek és a capillarisok közti dysharmonia folytán jön létre. Erythrocyanosisban a vérerek érzékenysége hőmérséklet behatására fokozott, ezért már kisfokú és rövid ideig tartó hőcsökkenés, amelyet a normalis bőr ártalom nélkül eltűr, létrehozza az erek közti dysharmoniát, amely, ha többször ismétlődik, végeredményben állandó, nyáron is fennálló cyanosishoz vezethet.

Az erek abnormis reagálóképességét endokrin befolyások okozhatják, hiszen a capillarisfalak normalis tonusa, más factorok mellett, egy hormonszerű anyagtól is függ. Az ilyen esetek nagy részében az ovarium, kisebb részében a thyreoidea részéről találtak elváltozásokat, bár ismerünk eseteket, amelyekben kimutathatóan a hypophysis zavara volt a disponáló momentum. Ezen *endogen* tényezők mellett külső, *exogen* tényezők szerepelnek az erythrocyanosis létrejöttében és ez az alacsony hőmérsék. Az exogen tényező kétségtelen szerepét bizonyítja, hogy a kórképet főleg azóta észleljük, amióta a nők vékony, áttört selyemharisnyát és az utcán rövid szoknyát hordanak és bizonyítja azon észlelés, hogy a folyamat a cipő szélének megfelelően éles határral végződik.

A *gyógyítás* a létrehozó okoknak megfelelő legyen. Az endogen ok lehető kiküszöbölése megfelelő substitutiós kezeléssel, az exogen ok kiküszöbölése meleg harisnyák és cipők viselésével. Localisan az erek abnormis reactióképességét váltakozó hideg-meleg fürdőkkel igyekszünk megjavítani, ami mellett 10%-os vizes ichtyolos ecsetelések és különösen a cadogel-camphorkenőcs javallt: Rp.: Cadogeli 33% gm. 30.0, Camphorae tritae gm. 3.0. M. D. S. Este a váltakozó fürdők után bekenni.

Lehner Imre dr.
bőrgyógyász szakorvos.

A gyakorló orvos laboratóriumi feladatai.

VI. közlemény.

A *vizelet-vizsgálatok* nagy jelentősége minden gyakorló orvos előtt ismeretes s ennek ellenére a helyes anyagvételre, csomagolásra, sokan nem ügyelnek. Például vesemegbetegedés gyanúja esetén gyakran küldenek 24 órán át gyüjtött, bomlásban levő vizeletet, holott az ilyen szempontból egyik lefontosabb vizsgálati eljárás csak friss vizeletből eredményes. Vesebaj gyanúja esetén esti s külön felfogott reggeli vizeletet vizsgáltassunk s a vizsgálati anyag gyors továbbításáról feltétlenül gondoskodjunk. Ha a vizelet normalis, vagy kóros alkatrészeinek napi mennyiségéről akarunk tájékozódni, 24 órán át gyüjtünk vizeletet s conserválás céljából már az első részletbe babnyi nagyságú thymol kristályt teszünk. Orthostatikai albuminuria gyanúja esetén a felkelés előtti reggeli s a járkálás után ürített vizeletet külön-külön vizsgáltatjuk. Húgycső- és hólyagmegbetegedés gyanúja esetén a kora reggeli vizeletet három részletben, különkülön fogjuk fel és az első, kb. 25—30 ccm vizeletben úszkáló cafatokat (Tripper-fonalak) platinkaccsal vagy kiizített vékony üvegpálcikával azonnal kihalásszuk és szétdörzsölés nélkül, tárgylemezre kiterítve és levegőn megszárítva, fixálás nélkül, a vizelettel együtt küldjük vizsgálatra. *Ascheim—Zondek* terhességi reactióhoz a reggel első ízben ürített vizelet gyors beküldése szükséges. Minden esetben a húgycsőnyilás előzetes megtisztítása után vizeltetjük a beteget s a széklet, vér, vagy hüvelyváladéknak a vizelethez keveredését feltétlenül megakadályozzuk. Ha nőknek, bőséges fluor esetén, a hüvely kiöblítése, lemosása nem elégséges, katheterrel veszünk vizeletet. Menstruatiókor mindig katheteres vizeletet vizsgáltassunk. A vizeletet minden esetben tiszta, forró vízzel kiöblített edényben fogjuk fel s mennyiségét meghatározva, a vizsgálatra szánt részletet teljesen tiszta orvosságos üvegbe tegyük. Postai szállításkor az üveg legfeljebb kétharmad tölthető meg vizelettel s a csomagoláskor a III. közleményben elmondott szabályokat alkalmazzuk. Részletes klinikai vizeletvizsgálathoz lehetőleg legalább 200 ccm vizeletet küldjünk és a kísérő iratban a vizsgálat célját, a kívánt vizsgálati módokat pontosan tüntessük fel. A vizelet *bakteriologiai* vizsgálatához, typhus, paratyphus gyanújától eltekintve, steril, katheteren át vett vizelet beküldése szükséges. A katheteren át ürülő vizeletet két részletben fogjuk fel s a vizsgálati anyagot a második portióból vesszük. Typhus gyanúja esetén előbb rövid ideig vizeltetjük a beteget, majd a másodízben ürülő vizeletet sütőben sterilisált, tiszta vizelő pohárba, vagy szélesszájú orvosságos üvegben fogjuk fel. Ha az OKI-hez, vagy állomásaihoz küldendő vizsgálati anyagról van szó, a vizeletet az úgynevezett „Ty" tartály fémtokba zárt gummidugós, keskeny edényébe öntjük és a széklettétnél leírt módon csomagolva, azonnal postára adjuk. A tartályt csupán félig töltjük meg vizelettel s az edény külső falának, címkéjének beszennyezését, szigorúan elkerüljük. Ha a vizsgálati anyagot nem az OKI-hez, vagy állomásaihoz küldjük, sütőben sterilisált, tiszta, jól záró dugóval ellátott, 20—25 ccm-es orvosságos üvegbe öntünk 5—10 ccm vizeletet és a III. közleményben leírt módon csomagolva, adjuk postára. Vesetuberculosis gyanúja esetén ürített gyengén zavaros vizeletből célszerű nagyobb mennyiségű, 150—200 ccm vizeletet beküldeni.

A vizelet kóros alkatrészeinek keresése a gyakorlati szempontból legfontosabb laboratoriumi eljárások közé tartozik. Legjelentősebbek a *fehérjék* (albumin, albumosek, ecetsavval kicsapható fehérjék), *szénhydratok* (szőlőcukor, tejcukor, stb.), *aceton, acetecetsav, β oxyvajsav, geny, vér, haemoglobin és epefesték származékok,* a vizelettel kiürült *gyógyszer,* vagy *méreganyagok* minőségi vizsgálatai, az *Ehrlich diazopróba* és a mennyiségi *fehérje- és cukormeghatározások.* A vizsgálati eredmények mindenkor csupán a klinikai tünetekkel együttesen bírálhatók el. Önmagában véve az *albuminuria* vesemegbetegedést nem jelent, mert pangás, lázas fertőző betegségek, orthostatikai albuminuria egyaránt fehérjevizetést okozhatnak. A *cukorvizelés* lehet alimentaris, átmeneti s diabeteses. *Geny, vér* eredhet a beteg veséből, de a hólyagból és a húgycsőből is. Az erősen positiv *urobilinpróba* rendszerint elsősorban a máj bizonyos irányú hiányos működésére vall, de urobilinuria található lebenyes tüdőgyulladás, vörheny, stb. esetén is. Az *Ehrlich* diazo-próba főleg typhusban erősen positiv, de positivitást észlelhetünk egyéb lázas megbetegedésben, súlyos tuberculosisban, kanyaróban, stb. is. Tehát a vizsgálati eredmények mindig egyéb klinikai és vizsgálati adatokkal hasonlítandók össze. Az *Aschheim—Zondek-reactio* már a terhesség első napjaiban az esetek körülbelül 98%-ában helyes eredményt ad. Megjegyzendő, biztos terhességi jelnek csupán az úgynevezett vérpontok és a corpora lutea atreticák képződése (II. és III. reactio) tekinthető, ellenben a tüszőérésnek (I. reactio) nincs specifikus jelentősége. A próba csupán élő pete mellett positiv és így extrauterin graviditáskor csak ép

pete mellett jelez terhességet. A *vizelet-üledék mikroskopiai* vizsgálatakor epithel, geny, vörösvérsejtek, ondószálak, fibrinalvadék, cylinderek s kristályos képletek, kivételesen daganattörmelékek, echinococcus-alkatrészek és oxyuris peték és sugárgomba-fonalak mutathatók ki. Az *epithel-sejtek* vizsgálatakor mindig figyelembe veendő, hogy a vizelet üledékében található felhám-sejtek eredete teljes biztossággal nem állapítható meg s így a nyulványos, úgynevezett farkassejtek tömeges jelenléte pyelitis diagnosisát biztossá nem teszi. A vizeletben található magános *leukocytáknak* nincs jelentősége. Heveny és idült genyedések szempontjából értékes elkülönítési jel a friss vizelet-üledék fehérvérsejtjeinek vitalis festése. A *vörösvérsejtek* közül különösen a vérsejtárnyékok kimutatása bír jelentőséggel, mert az utóbbiak vesekő esetén csaknem mindig feltalálhatók és többnyire a vér vese-eredetét bizonyítják. A *sperma-sejtek* nemcsak coitus, stb. után, hanem súlyos fertőző megbetegedésekben, különösen typhusban is előfordulnak. A *hyalin cylinderek* jelentősége idősebb korban csekély, azonban fiatalabb egyén vizeletében található nagyobbszámú cylinder többnyire endogen, vagy exogen veseizgalomra mutat, különösen akkor, ha vesehámsejteket, vérárnyékokat tartalmaz. A *szemcsés cylinderek* vesebántalom határozott jeleinek tekinthetők. A *sejtes cylindereket* epithel, vörös- vagy fehérvérsejtek képezik s fontosságuk a szemcsés cylinderéhez hasonló. A *viasz cylinderek* idült vesebajban találhatók, vagy a heveny vesegyulladás nagyon súlyos formái esetén. A *cylindroidoknak* és az üledék *kristályos* képleteinek rendszerint nincs gyakorlati jelentőségük. Az egyszerű *húgysavkristályok* nagy tömege kőképződésre nem mutat. A gyakorló orvos szempontjából többnyire csak a vesekő esetén található *mikrolithok*, a heveny sárga májsorvadás alkalmával és phosphormérgezéskor található *leucin* és *tyrosin* kristályok, cystinuriás vizeletben jelentkező *cystin jegecek*, a zsíros degeneratióval járó vesebajok alkalmával keletkező *zsírsavtűk* és végül *a bilirubin, haematoidin kristályok* a fontosak. A frissen kiürített vizeletben úszkáló, úgynevezett *tripper-fonalak* leginkább idült gonorrhoeában találhatók és a betegség állapotának megfelelőleg genysejtek és felhámsejtek változó mennyiségéből állanak. Gyógyulatlan folyamat esetén csaknem kizárólag genysejtekből állanak. Neurastheniások urethrorrhoeájakor fellelhető vizeletfonalak kevés sejtes elemet, esetleg ondószálcsákat tartalmazó homogen anyagból képződnek. A vizelettel kiürült *kövek* chemiai vizsgálata a megválasztandó diaeta szempontjából határozott jelentőséggel bír.

A vizelet *bakteriologiai* vizsgálatát főleg a húgyutak gyulladásos megbetegedésekor, továbbá typhus, ikterus infectiosus és tuberculosis esetén végeztetjük. A *húgyutak gyulladásos megbetegedésekor* különböző bakteriumok: staphylococcus, streptococcus, enterococcus, mikrococcus, bakterium coli, bakterium lactis aerogenes, bacillus faecalis alcaligenes, proteus vulgaris, stb. találhatók. A nevezett bakteriumok meghatározása csak tenyésztés útján lehetséges s így a vizsgálathoz minden esetben sterilen vett vizelet beküldése szükséges. A *typhusos* és *paratyphusos* vizelet-vizsgálatokat a 40.700/1936. N. M. M. ministeri rendelet a betegség gyógyulásának ellenőrzése céljából és bacillushordozás gyanúja esetén kötelezőleg írja elő, kimondva, hogy a beteg csak akkor tekinthető gyógyultnak, ha tőle egymásután 1 heti időközben vett két bakteriologiai vizsgálat eredménye negativ. Typhus esetén a diagnostikai vizeletvizsgálatok rendszerint csak a megbetegedés második hetének végétől eredményesek. Paratyphusos húsmérgezés gyanújakor a vizelet kórokozókat aránylag ritkán tartalmaz és így inkább az ételneműek maradványainak, székletétnek vizsgálatával próbálkozzunk. A typhusos és paratyphusos vizeletvizsgálatok a díjtalanul postára adható úgynevezett „Ty" tartályokban az OKI-hez, vagy fiókállomásaihoz küldendők és az intézet a vizsgálatokat díjtalanul végzi *Vérhasban* a vizelet bakteriologiai vizsgálatának nincs gyakorlati jelentősége. Az *ikterus infectiosus* későbbi szakában, többnyire a megbetegedés második hetétől, a leptospira ikterogenes katheterrel vett steril vizeletből rendszerint jól kitenyészthető. *Vese- és hólyagtuberculosis* gyanúja esetén mindig katheterrel vett vizeletet vizsgáltatunk és biztos diagnosis céljából tenyésztést, vagy állatkísérletet kérünk. Egy vizeletvizsgálat negativitása tuberculosis gyanúját ki nem zárja. Természetszerűleg a megbetegedés közelebbi helyére vonatkozólag a positiv eredmény semmiféle támpontot nem nyujt s ilyen célból a vizelet urether-katheterrel végzett elkülönített vétele és vizsgálata szükséges.

Haranghy László dr.
egyet. magántanár, kórházi főorvos.

Bőrbajok okozta szemelváltozások.

Ezeket két csoportba oszthajuk: egyikbe azok a bőrmegbetegedések tartoznak, amelyek a szemre *reáterjednek* és ott ugyanolyan elváltozást okoznak a conjunctiván vagy a corneán, mint maga az eredeti bőrbaj. Ilyen a herpes febrilis és zoster, amelyben a corneán ugyanazokat a hólyagcsákat láthatjuk, mint a bőrön, továbbá a lupus vulgaris, amely a conjunctivára reáhuzódik és a pemphigus, amely a conjunctiván szabályos pemphigushólyag alakjában jelentkezik.

A másik csoportba soroljuk azokat a szembántalmakat, amelyek bőrbajjal kapcsolatban fordulnak elő ugyan, de a szemen nem ugyanolyan elváltozás van, mint a bőrön. Leggyakrabban *cataracta*, az a szembaj, amelyet bőrbajjal együtt észlelhetünk. Nevezik *cataracta dermatogenes*, vagy *syndermatoticának*, első közlője után Rothmund-féle syndromának.

A bőreredetű szürke hályog két bőrbántalomféleséggel fordul elő: 1. sklerodermiákkal, 2. az ú. n. neurodermiás csoporttal. (prurigok, neurodermitis stb.). Kétféle typusú ú. m. familiáris és isolált. Jellemző erre a hályogra, hogy fiatalokon láthatjuk és megjelenési formája is más az öregkoriénál. Ezek a hályogok rendesen a lencse mellső kérgében keletkeznek, igen gyakran látunk a lencse mellső tokján körülirt elszürkülést és tokmegvastagodást (cataracta corticalis és capsularis anterior). A bőrbaj terjedésével párhuzamban a hályog is progrediál, de teljes érést nem ér el.

A syndroma pathogenesisét illetőleg egyes szerzők endokrin tényezőkben keresik az okot, mások a calciumanyagcsere rendellenességét tartják közös előidéző oknak. A calciumanyagcserevizsgálatok nem adtak kielégítő eredményt.

Valószinű, hogy itt *rendszermegbetegedéssel* állunk szemben. A bőrnek és a szemlencsének közös embryologiai eredete van. A fentemlített bőrbajok degenerativ jellegűek, igen gyakran familiárisak s így könnyen adódik az a feltevés, hogy az ektodermális rendszer megbetegedése miatt fordul elő szürkehályog sklerodermiával és neurodermiákkal kapcsolatban.

László György dr.
egyetemi tanársegéd.