

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GEZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSEK MIHALY, SZÉKELY AGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VÁMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA
POOR FERENC

GORKA SANDOR
REUTER KAMILLÓ

HÜTTL TIVADAR
ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Issekutz Béla: A sympathicus és parasympathicus. (369—373. oldal.)

Neuber Ede: A debreceni I. oszt. elemi iskolás tanulók átvizsgálása egészségügyi szempontból az 1931—32. tanévben. (373—378. oldal.)

Konrád Jenő: A hasüri műtétekben használt törölknek a hasban visszamaradását meggátoló eljárás. (378—380. oldal.)

Lusztig Józsa és Straub János: A jódozott tojás hatásáról. (380—382. oldal.)

Acs Miklós: Súlyos coitus sérülés. (382—383. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (69—72. oldal.)

Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Gyermekegyógyászat. — Szemészet. — Fülgyógyászat. — Bőrgyógyászat. (383—385. oldal.)

Könyvismertetés: (385. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (386—388. oldal.)

Téglássy Béla: Népegészségügyünk reformtervezete. (388—390. oldal.)

Az Országos Balneológiai Egyesület április 29-i közgyűlése. (390. oldal és a borítólapon III. oldalán.)

Vegyes hírek: (a borítólapon III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A sympathicus és parasympathicus.*

Irta: Issekutz Béla dr., egyet. ny. r. tanár.

Midőn tavalyelőtt Kiss Ferenc beszámolt a gerinces állatok vagusára vonatkozó összehasonlító anatómiai vizsgálatairól, melyekből kiderült, hogy sok állatban a vagus már a gyomron végződik, a többiekben pedig csak egy kis ág halad azon túl és ezért kétségbe vonta a parasympathicus idegrendszer létezését: úgy éreztük, hogy alapjaiban rendül meg a physiológiának és pharmakológiának egyik legszebb épülete, melyre mindig büszkén és a teljes biztonság érzetével tekintettünk, mert hiszen olyan építőmesterei voltak, mint Gaskell, Langley, a századforduló legkiválóbb, legmegbízhatóbb tudósai.

Azóta Kiss és tanítványai — Gellért A., Botár Gy., Bacsich P., Boross A. — minden elismerést megérdemlő szorgalommal és éleslátással kiterjesztették vizsgálataikat a vegetatív idegrendszer csaknem egész területére s ezek eredményeiről összefoglalólag a most megjelent vas-kos kötetükben számolnak be. Ugy érzem, hogy ezzel elérkezett annak az ideje, hogy az új eredmények fényénél vizsgáljuk végig a régi épületet, hol repedeztek meg a falak, hol kell a régi oszlopokat újakkal kicserélni. Vagy talán az egész épületet le kell bontani s új alapokra újat építeni?

Langley szerint az akaratunktól függetlenül működő, a szervezetünk vegetatív működését kormányzó idegrendszer két egymással antagonista részből áll, ú. n. sympathicus és parasympathicus rendszerből. Az előbbi a gerincagy háti és ágyéki részéből ered, az utóbbi részben a közép- és nyultagyból — cranial-bulbaris rész —, részben pedig a gerincagy sacralis részéből.

Mindkét idegrendszernek közösen jellemző tulajdonsága az, hogy a neuronok az eredéstől nem haladnak egyenesen a beidegzett szervbe, hanem útközben valamelyik ducsejtben megszakadnak. Ebben a synapsisban vég-

ződik a központtól jövő praeganglionaris rost s ebből erednek jóval nagyobb számban a postganglionaris rostok. Az előbbieket vékony velőhüvellyel borítottak, az utóbbiak rendszerint, de nem mindig, velőhüvely nélküliek. A ducsejtek soksarkúak és arról ismerhetők fel, hogy a Kiss-féle elnyújtott osmiumos kezeléssel sötétre festődnek.

A sympathicus praeganglionaris rostok rendszerint rövidek: a truncus sympathicusban, vagy a ganglion paravertebraleban van a synapsis, ahonnan a postganglionaris rost ered. A sympathicus rendszerint számos anastomosissal, sűrű hálózatot, plexust alkot, úgyhogy Stöhr jun. az egész sympathicus rendszert egy óriási nagy szerteágazó syncytiumnak fogja fel, melynek végső ágai nyulnak a munkakészülékhez, az izomhoz, mirigyhez. A craniobulbaris eredésű parasympathicus idegek plexusképzés és megszakítás nélkül, egyenesen haladnak a beidegzett szervhez és csak ennek közelében, vagy éppen a falában levő ducsejtben van a synapsisuk. Kiss újabb vizsgálatai szerint azonban ez nem áll teljesen a vagusra, amelynek praeganglionaris rostjai részben már a ganglion nodosumban és jugulareban végződnek.

Az autonom működésű szervek falában található a vegetatív idegrendszer harmadik része, úgynevezett intramuralis vagy enteric system, milyen pl. a plexus Auerbachii. Ennek viszonya a parasympathicus ideghez nincs tisztázva; ez a rendszer nem tekinthető egyszerűen a parasympathicus-hoz tartozó ducsejtnak és postganglionaris rostnak.

Nemcsak ezek az eredésben és lefutásban észlelhető alaki különbségek indokolják a vegetatív idegeknek két rendszerbe történő osztását, hanem elsősorban a működésükben nyilvánuló antagonizmus. Ez vagy abban nyilvánul meg, hogy ugyanazon munkakészülék működését az egyik fokozza s a másik gátolja, vagy pedig két egymással ellentétes működésű munkakészülékre hat a két ideg. A legtöbb vegetatív szervnek ilyen kettős egymással antagonista beidegzése van, de nem mindegyiknek. Így pl. a szemben csak az iris beidegzése biztosan kettős, musculus ciliarisnak valószínűleg csak parasympathicus, az orbita simaizmainak csak sympathicus idege van. A bőrnek, a legtöbb véreredénynek, a haráncsikolt izmoknak stb.

*) Ferenc József Tud.-Egyetem Barátai Egyesületének Orvosi Szakosztályán 1933. február 9-én tartott előadás.

parasympathicus beidegzése nincs kellőleg bizonyítva. Ezekre főleg pharmacologiai tények utalnak.

Különbőség van a két rendszer általános élettani feladatában is. *Hess* szerint a sympathicus az actualis energia kifejtését serkenti. A parasympathicus a helyreállításra, a potentialis energia felgyűjtésére szolgál. *Cannon* az utóbbit a zongora billentyűjéhez hasonlítja, mely egy-egy hangot szólaltat meg, a sympathicus ellenben a pedal, mely az egész zongora hangzását szabályozza. A sympathicus képesíti a szervezetet az életküzdőre. Az az állapot, melynek egész sympathicus rendszerét — az adrenalint termelő mellékvese velőállománnyal együtt — *Cannon* kiirtotta, gondos ápolás mellett évekig el tud élni, de nem képes a külvilág változó körülményeihez alkalmazkodni, a veszélyekkel szemben védekezni: gyorsan fárad, a hőszabályozása tökéletlen, könnyen lehül, vagy túlhevül. Mert éppen a sympathicus rendszer az, mely izommunka, fulladás, vérzés, fájdalom, harag, támadás, menekülés idején mozgósítja a szervezet védekező erejét, egyrészt úgy, hogy az inger az óriási syncytiumhoz hasonló szerkezetében gyorsan eljut a szervezet minden részébe, másrészt mozgósítja az adrenalint, mely a vér útján szétterjedve, mindenütt izgatja a sympathicus idegeket.

A parasympathicus egyik feladata a helyreállítás, az energia felhalmozás, ebben résztvesz az insulin, melyet sokan a parasympathicus hormonjának tekintenek, vagy talán a hasnyálmirigy másik hormonja a Santenoi-se-féle vagotonin. Fontosabb szerepe azonban az egyes szervek működésének szabályozása.

A vegetatív idegrendszer ezzel a jóformán általánosan elfogadott dualistikus beosztással szemben *Kiss Ferenc* könyvében így formulázza álláspontját:

1. „Az úgynevezett parasympathicus rostokat sem mi, sem más kutatók nem tudtuk morfológiailag izolálni s a mi vizsgálataink eredménye szerint, nincs semmi morfológiai alapja ilyen rostok feltételezésének“ (10 lap).

2. „Az úgynevezett cranialis parasympathicus feltételezéséhez nincs semmi morfológiai alapunk. A cranialis parasympathicus semmi egyéb, mint egy része a cranialis sympathicus systemának“ (23. lap.)

3. „Ugy látszik, hogy a parasympathicus csak egy tünetet jelent, mely a sympathicus vegetatív phasisának tekinthető“. (149. lap.)

Ad 1. Nem az idegrostok alaki különbsége adja és jelenti a működés különbözőségét. Igaz ugyan, hogy *Kiss* gondos tanulmányai bebizonyították azt, hogy lényeges különbség van a haráncsíktól izomzathoz haladó mozgató rostok és az érzőrostok között, amennyiben az előbbiek vastag velőhüvellyel, az utóbbiak pedig vékonyval vannak burkolva: kétségtelen azonban, hogy az érzőrostok sem mind ugyanazt az ingert vezetik. Amint ismeretes, a bőrben külön vannak tapintó, hideget, meleget és fájdalmat érző berendezések, a nyelven a különböző ízlelőbimbók: mégis mindezekből egyforma velőhüvellyű rostok viszik az ingereket a központba. S ez természetes, mert az érzés minősége az azt felvevő készüléktől s ducsejtől, nem pedig az ingert vezető rosttól függ. Ennek alig egyéb a feladata, mint a drótvezetéknek, melyen bármilyen villanyáram haladhat. De ha nincs különbség a különböző érzéseket vivő afferens rostok között s nincs különbség az egymással antagonistá haráncsíktól izmokhoz futó efferens rostok között sem, miért legyen ilyen az ugyan-csak antagonistá végkészülékben végződő sympathicus és parasympathicus rost között.

Langley összevarrta a vagus centralis csomóját a nyaki sympathicus peripheriás részével, a kettő összeforrt: egy hónap múltán a vagus izgatása pupillatágulást,

a fej erek megsűkülését, tehát sympathicus tüneteket okozott. Hasonlóképpen sikerült a nervus lingualist összeforrasztani a nyaki sympathicussal. Az ilyen állapot etetésekor a fül erei megsűkültek, mert a lingualis parasympathicus rostjai a rágás-kiváltotta reflectorikus ingert nem a nyálmirigyekhez vezették, hanem a nyaki sympathicuson át a fül-erekhez. Ugyanígy lehet a postganglionaris rostokat felcserélve összeforrasztani, de nem nő össze egymással egy prae- és egy postganglionaris rost. Mindezekből a kísérletekből következik, hogy a functio nem az idegrosttól, hanem a végkészüléktől függ.

A másik fontos tényező a központ, amelyből az inger ered. Ha tehát a parasympathicus külön állását bizonyítani akarjuk, akkor azt kell kimutatnunk, hogy a vegetatív szervekben kétféle, egymással antagonistá működésű idegvégkészülék van s ezek beidegzésüket a központi idegrendszer különböző helyéről kapják.

A vegetatív idegek végkészülékére vonatkozó morfológiai ismereteink még mindig nagyon hiányosak s ilyen módon a parasympathicust a sympathicustól megkülönböztetni nem tudjuk. Már *Köllikernek* feltűnt, s legújában *Stöhr jun.* is kimutatta, hogy legfeljebb minden századik símaizomsejtből található idegvégződés. Ez a gyér beidegzés azért lehet elégséges, mert az idegvégződés nem egyenesen adja át az ingert a símaizomnak, hanem az idegingerre előbb egy specifikus anyag keletkezik s ez váltja ki az összes izmokon a hatást.

Loewi alapvető felfedezése kiállotta a próbát egy évtized szorgos kutatásának keresztüzében s ma már bizonyos hogy a parasympathicus ideg-izgalomkor a végkészülékben egy cholin-ester keletkezik, a sympathicus izgatásakor pedig az adrenalinhoz hasonló hatású, de közelebbről még nem ismert anyag. Ez a vagus, illetve sympathicus anyag okozza a szemben a pupillaszűkülést, illetve tágulást, ez gátolja illetve serkenti a szív működést, bél működést s mirigy elválasztást. Ennek az idegingerre keletkező két antagonistá hatású anyagnak a felfedezése, véleményem szerint, egyik bizonyítéka a vegetatív idegrendszer dualistikus berendezésének.

Ezt a bizonyítékot kiegészíti és megerősíti a pharmacologia is: négy pharmacon csoportot különböztethetünk meg, amelyeknek specifikus hatásuk van a vegetatív idegvégekre: az acetylcholin-muscarin csoport a parasympathicus végkészülékeket izgatja, az atropin ugyancsak bénítja; az adrenalin a sympathicus végkészülékekre hat izgatólag, az ergotamin pedig bénítólag. Szépen lehet ezek hatását pl. izolált bélkacson bemutatni. Ez acetylcholinra görcsösen összehúzódik, az atropin oldja ezt a görcsöt s helyreállítja a normalis rhythmusú lengőmozgásokat. Ha most adrenalint adunk a bélkacshoz, akkor annak tonusa csökken s a lengőmozgások egyidőre meg is szűnnek. Ezt a hatást csak ergotaminnal lehet meggátolni, atropinnal nem; viszont az előbbinek nincs semmi hatása az acetylcholin görcsre. Végül a B Cl₂-vel újabb görcsöt idézhetünk elő, melyet csak papaverinnel lehet oldani. Ezt a hatféle hatást legegyszerűbben úgy magyarázhatjuk meg, hogy három hatás-helyet tételezzünk fel, úgymint: parasympathicus és sympathicus végkészüléket s magát a símaizmot. Minden más magyarázat igen erőltetett lenne.

Igaz ugyan, hogy ezeknek a pharmaconoknak a hatása sem tökéletesen electiv. Nem kizárólag csak az egyik végkészülékhez vonzódnak. Az adrenalin pl. a parasympathicus végkészülékekre is hat, ha a sympathicus végkészüléket ergotaminnal bénítottuk, vagy a vagusvégződést túlingerlékennyé tettük, csekély mennyiségű, önmagában hatástalan acetylcholinval. Viszont az utóbbi Ca-nal kezelt szíven contracturát okoz, mert ilyenkor nem a vagust, hanem a sympathicust izgatja. Ezt ergotaminnal

lehet tehát oldani. A pharmakonoknak ez az amphotrop tulajdonsága azonban csak egészen kivételes viszonyok között észlelhető. Rendesen olyan nagy túlsúlyban van a primaer affinitásuk, hogy a hatásuk csaknem mindig azonos a megfelelő ideg izgalmaival, illetve bénulásával. Szép példákat lehet erre az adrenalinallal kapcsolatban felhozni, mely mindazokat a vérereket szűkíti, melyeken a sympathicus érszűkítő hatása, ellenben ezzel megegyezőleg tágítja a szív-ereket. A hypogastricus a virginalis macska méhén elernyedést, a gravidon összehúzódot okoz, ugyanígy változik az adrenalin hatása. Hasonlóképpen megegyezik a sympathicusnak és adrenalinnak hatása a különböző állatok húgyhólyagjára; a macskáét és sünét elernyesztik, a kecskéén görcsöket okoznak, a tengerimalacén hatástalanok.

Nehéz és sokat vitatott kérdés az, hogy van-e jogunk parasympathicus beidegztést feltételezni mindenütt, ahol parasympathicotrop pharmakonok hatnak. A pilocarpin pl. erős izzadást okoz, az acetylcholin értágulást s a főleg tonus működésű izmokban contracturát, melyet atropin megszüntet. Emellett szólnak *Ken-Kuré* és munkatársainak fontos vizsgálatai, az úgynevezett spinalis parasympathicusról. Ezek szerint a gerincagy hátsó gyökében parasympathicus rostok vannak, értágító, izzadást fokozó, bélmozgást serkentő, az izmok tonusát szabályozó stb. hatással. Ezek 3 μ átmérőjű, vékony velőhüvelyű rostok, melyek efferens jellegét degenerációs kísérletek bizonyítják. Valószínűleg ezekhez tartoznak azok a soksarkú vegetatív ducsejtek, melyeket *Kiss* a hátsó gyökökkel kapcsolatos spinalis ganglionokban talált. Az már régóta ismeretes, hogy értágítók a hátsó gyökökben erednek.

Ismerünk olyan pharmakonokat is, amelyek a vegetatív központokra hatnak izgatólag s itt is két csoportot különböztetünk meg; a sympathicus központokat a tetrahydronaphtylamin, a parasympathicusokat pedig a picrotoxin izgatja. Ennek bizonyító ereje természetesen csak akkor van, ha más úton is sikerül kimutatnunk *kétféle központ* létezését. Az kell tehát bizonyítanunk, hogy *ugyanaz a munkakészülék a központi idegrendszer két különböző helyéről kap idegeket s ezek többnyire különböző úton jutnak el hozzá.*

Ennek bizonyítására vegyük sorra a fontosabb szerveket:

A szemben a musculus sphincter iridist és musculus ciliarist beidegző parasympathicus rostok a nervus oculomotorius Edinger-Westphal-féle magvában erednek, vékony velőhüvelyűek s a ganglion ciliare soksarkú ducsejtjeiben alakulnak át postganglionaris rostokká. *Gellért* szerint az oculomotorius intraduralis része velőtlen rostokat nem tartalmaz, ilyenek — sympathicus eredetűek — csak extraduralisan keverednek hozzá. Akár az oculomotorius magját, akár intraduralisan a törzsét, vagy postganglionaris rostokat izgatjuk, egyaránt pupillaszűkülést és accomodációs görcsöt kapunk. A musculus dilatator pupillae, a membrana orbitalis és nictianst ellenben a sympathicus idegzi be, mely *Langley* vizsgálata szerint a gerincagy I—III háti segmentumából ered, mint ramus communicans albus jut a truncus sympathicusba, a synapsisa a ganglion cervicale superiusban van; innen mint plexus caroticus jut a koponya üregébe, majd a szembe. Akár az eredésénél, akár lefutásában bárhol is izgatjuk, mindig pupillatágulást és exophthalmust kapunk.

A sympathicus átvágása myosist, ptosist és enophthalmust okoz, az optikai pupilla-reflexek azonban csakis az oculomotorius átvágásakor szenvednek. A két antagonista ideg között ugyanolyan reciproc gátlás áll fenn, mint a feszítő és hajlító izmok között: az oculo-

motorius tonusának növekedésekor csökken a sympathicus és viszont. Ha az oculomotorius idigvégeket atropinnal teljesen bénítottuk, a maximalisnak látszó pupillatágulást még tovább fokozhatjuk a sympathicus izgatásával. Ez a kísérlet bizonyítja az activ dilatatio létezését, melyet morphologiai oldalról egyesek kétségbe vonnak.

Az iris kettős beidegzése ezek szerint nem vitatható.

A *nyálmirigyek* — a glandula submaxillaris és sublingualis — parasympathicus magjából a nyultagyban a substantia reticularisban a facialis mag mellett fekvő úgynevezett nucleus salivatorius superiort tartják. Az innen eredő nervus intermedius a facialisal együtt halad, majd azt elhagyva, mint chorda tympani csatlakozik a nervus lingualishoz, hogy a ganglion submaxillareban alakuljon át a mirigyhez menő postganglionaris rosttá. *Gellért* vizsgálatai szerint a chorda tympani csaknem kizárólag vékonyvelőhüvelyű rostokat tartalmaz, csak kevés vastaghüvelyű; velőtlen rostok, melyek sympathicus eredésűek lehetnének, csakis közvetlenül a lingualissal egyesülés előtt kerülnek belé. Tehát bizonyos, hogy a chorda izgatásakor nem sympathicust izgatunk. A ganglion submaxillare *Kiss* szerint csupa osmiummal festődő soksarkú ducsejteket tartalmaz, melyeket *Kiss* sympathicus sejteknek tart. Hogy azonban ezek valójában nem sympathicushoz, hanem a parasympathicushoz tartoznak, arról könnyen meggyőződhetünk: Az áll alatti nyálmirigy sympathicus beidegzése a I—IV. háti segmentumból ered, a praeganglionaris rost a ramus communicans albusal belép a truncus sympathicusba s egészen a ganglion cervicale superiusig halad, itt van a synapsis, az ebből eredő velőtlen rostok ezután már megszakítás nélkül haladnak a mirigyhez, még egy második ducsejtben nem léphetnek be. A megfelelő ramus communicans albus izgatása fokozza a mirigyelválasztást, ez a hatás azonban a ganglion cervicale superiusnak nicotinnal beecsetelése után elmarad, mert a nicotin a synapsisban megszünteti az ingervezetést. A ganglion submaxillare nicotinozása már most nem a sympathicus ingerlését, hanem a chorda tympaniét teszi hatástalanná, mert ebben a chorda parasympathicus rostjainak van a synapsisa.

Kétségtelen tehát, hogy a nyálmirigyeknek is két különböző helyről eredő, külön utakon haladó, tehát alakilag is jól megkülönböztethető kettős beidegzése van. Itt azonban a két ideg közötti antagonizmus nem egymás működésének gátlásában áll, mindkettő fokozza a nyáltermelést, csak a váladék minőségében s az actio áram irányában van különbség: a sympathicus izgatására kevés, de sűrű, sok fehérjét tartalmazó nyál termelődik, a chorda nyál ellenben bőséges, híg folyó. A chorda izgatásakor a vagus ingeranyaga, a cholinester keletkezése kimutatható; ugyanakkor a vérerek is kitágulnak, atropinnal megszüntethetjük a secretiót, de nem az értágulatot, tehát nem az utóbbi okozza a bő váladék termelést. Teljesen hasonló a többi nyálmirigy beidegzése is.

Ad 2. A vegetatív idegrendszernek azt a részét, mely a közép- és nyultagból ered, *Kiss* egyszerűen cranialis sympathicusnak kívánja nevezni. Ez azonban csak akkor lenne helyes, ha az innen eredő vegetatív idegek azonos célzattal, de más szerveket idegeznének be, mint a gerincagyból eredő sympathicus. Minthogy azonban mind a két helyről ugyanazon szervekhez mennek idegek s ezek annak működését ellentétes irányban befolyásolják, szükséges ezen ellentétes működésű idegeket a sympathicustól a parasympathicus elnevezéssel megkülönböztetni.

Nem helyes s csak zavarra és félreértésre ad alkalmat sympathicusnak nevezni az egész vegetatív idegrendszert. Holott ennek csak egyik felét képezi a sympathicus, a másik fele az ezzel ellentétes működésű parasympathicus.

A legfontosabb parasympathicus ideg, a *vagus* problémája a legbonyolultabb, mert benne már korán sokféle credesú rost keveredik össze. Kiss szerint eredetileg a vagus közönséges érzőideg, a ganglion jugulare és nodosum az érzőidegek spinalis ganglionjainak felel meg, de a világos plasmájú érződucsejtek között szétszórva osmiummal sötétre festődő sokszakú vegetatív ducsejteket is tartalmaz. Az ezekből eredő postganglionaris rostok sorsa még ismeretlen. A vagus olyan viszonyban van az accessoriussal, mint a gerincagyi hátsó gyök a mellővel. A vagus érzőrostokat ad az accessoriussal s ettől az úgynevezett ramus internussal motoricus és praeganglionaris vegetatív rostokat kap. Ezután a ganglion cervicale superius lép anastomosisba, praeganglionaris rostokat küld abba és postganglionaris rostokat kap attól. A vagus izgatásakor észlelt tüneteket csak óvatosan értékesíthetjük, mert ennek törzse már tele van velőtlen postganglionaris rostokkal, ezek lehetnek nyultagyból eredő parasympathicus rostok, de lehetnek sympathicusak is.

Számos vizsgálat bizonyítja azonban, hogy a nyultagybeli vagus s accessorius magvakból parasympathicus beidegzés megy a szívhez, a bronchus izomzatához, gyomorhoz. Ezek tulajdonképpen az accessoriussal erednek s a ramus internussal jutnak át a vagusba. Ezt *Lesbre* és *Maignon* (cit. Kiss után) mutatta ki sertésekben, amelyek ramus internusa olyan hosszú, hogy különválasztható és izgatható. Ha ők a vagust ezen anastomosis felett vágják el, akkor a szív és egyéb szervek működése nem változott; a ramus internus izgatása pulsus gyérülést, vérnyomáscsökkenést, bárzsing és gyomorösszehúzódást, tehát tipikus vagushatásokat okozott.

A ramus cardiaci vagi vastag és vékony velőhüvelyű, valamint velőtlen rostokat tartalmaz. Igaza van tehát *Kissnek*, midőn arra figyelmeztet, hogy ilyen ideg izgatásából következtetést nem lehet levonni. Mégis sikerül a nicotin segítségével a kétféle eredésű vegetatív rostot elkülöníteni. A sympathicus eredések a nervi acceleranteshez hasonlóan I—V. háti segmentumból származnak s a ganglion stellatumban levő synapsison át kerülnek ide. A megfelelő ramus comunicans albus izgatása szaporább és erőteljesebb szív működést s a szívek kitágulását okozza, mindkét hatás a ganglion stellatum nicotinozása után elmarad. Ugyanezeket a hatásokat látjuk akkor is, ha a nervi accelerantest izgatjuk, tehát a postganglionaris rostot. Ez megdönti azt az elgondolást, melyre *Kiss* könyvének egyik jegyzetében utal, hogy a praee postganglionaris rostok izgatása különböző hatással járhat s ez okozhatná a parasympathicus és sympathicus közötti különbséget.

A szív működést gátló parasympathicus ideg valószínűleg a ramus cardiaci vékony velőhüvelyű rostjai között keresendő. Mert kétségtelen, hogy ez itt még praeganglionaris rost; a synapsisa csak a szívben fekvő ducsejtekben van. Ugyanis a szív nicotinozása után a vagus izgatására többé nem pulsus-gyérülést, hanem szaporodást kapunk. Mert a nicotin a gátlórostokban a vezetést az intramuscularisan fekvő ducsejtekben megszüntette, ellenben a serkentő-rostokra, melyek a ramus cardiacában már postganglionarisak, nem hathat. Nicotinozás után is sikerül a szív működést gátolni, ha a vagus postganglionaris rostjait a sinus venosuson akár elektromos árammal, akár muscarinnal izgatjuk.

Kétségtelen tehát, hogy a szív működését két központ szabályozza; a vagus és az accelerans központ. Ezek egymással ugyanolyan reciproc viszonyban vannak, mint az antagonista harántsíktolt izmok központjai. A nervus depressor izgatása reflectorikusan fokozza a szív gátló központ tonusát s egyidejűleg csökkenti a serkentő központét. Az utóbbit az bizonyítja legszebben, hogy a vagus

átvágása után is, midőn a szívhez már csak serkentő rostok jutnak el, a depressor izgatására gyérül a pulsus. Ezt csak az accelerans központ tonusának csökkenése okozhatta.

Ad 3. Ez a pulsusgyérülés az, amit *Kiss* szerint az accelerans negatív phasisának nevezhetnők. Ez azonban messze mögötte marad annak, amit a vagus direct izgatásával érhetünk el. Éppen olyan kevésbé tekinthető egyszerűen a sympathicus negatív phasisának a parasympathicus hatás, mint ahogy az ujjak behajlítását nemcsak a feszítők elernyedése — negatív phasisa — okozza.

A bronchus izomzat serkentő rostokat a vagusból kap — *Molhant* a nyultagybeli vagusközpont izgatására észlelt bronchusgörcsöt, — gátló bronchustágító rostokat pedig a sympathicusból. Ez utóbbit főleg az bizonyítja, hogy adrenalinnal lehet a görcsöt legjobban oldani.

A gyomorbélhuzam simaizomzatára is általában a parasympathicus serkentőleg, a sympathicus gátlólag hat. Itt azonban a legnehezebb a bizonyítás, mert a vagusban a kétféle rost összekeveredik. Ezért pl. a vagus izgatása úgy a cardia záródását, mint nyílását okozhatja. *Lesbre* és *Maignon* fentebb említett kísérletei bizonyítják, hogy a nyultagyból ered a gyomorperistalticát fokozó, annak görcsös összehúzódását okozó parasympathicus beidegzés. A vagushoz később sympathicus eredésű gátló rostok is vegyülnek, ezért *Ken Kuré* szerint, ha a vagust magasan a nyakon vágjuk át, a gyomor s a bél felső szakasza kitágul, mert a gátló hatású sympathicus jut túlsúlyba. Ellenben a rekeszizom magasságában történő átvágáskor az utóbbiak is kiiktatódnak s így a gyomor normalis tonusú marad.

Langley szerint a vagus hatása a vékonybélre gyengébb, mint a gyomorra. Szerinte a vagus hatása egészen a colon descendensig ér, de hangsúlyozza, hogy további vizsgálatok szükségesek. *Kiss* fontos megállapítása után, mely szerint a vagus a gyomron végződik s csak egy vékony rostot küld a ganglion coeliacumhoz, azt kel valószínűnek tartanunk, hogy hatása nem terjed ilyen mélyre.

A bélizomzat és epehólyag gátló rostjai a gerincagyi VI—XII. háti és ágyéki segmentumaiból eredő nervus splanchnicus major és minor-ban haladnak. Nicotin-módszerével *Langley* már régen kimutatta, hogy ezek a rostok a truncus sympathicusban nem szakadnak meg. Ezt most *Botár* morphologiailag is bebizonyította. A splanchnicus sympathicus rostjainak úgy a gátlóknak, mint az érszűkítőknak synapsisa a praevertebralis ganglionokban — coeliacum, mesentericum superius — van. Ezeknek nicotinozása után a splanchnicus izgatása nem okoz érszűkületet s nem gátolja a bélmozgásokat. Sőt ellenkezőleg *Ken Kuré* szerint a bél-peristaltika fokozódik. Ezek szerint tehát a splanchnicusban a gerincagyi hátsó gyökéből eredő parasympathicus rostok vannak, melyek a vékony és vastagbelet látják el serkentő rostokkal, ezzel kiegészítik, vagy pótolják a vagusnak ezekre a szakaszokra már gyenge, vagy hiányzó hatását. Tehát úgy a vagusban, mint a splanchnicusban össze vannak keveredve a serkentő parasympathicus és gátló sympathicus rostok. A vagus azonban túlnyomólag serkentő rostokat, a splanchnicus pedig főleg gátló rostokat tartalmaz, ezért izgatásukkor a túlsúlyban levő rostok hatása érvényesül rendszerint.

A húgyivarszerveknek is kettős beidegzésük van, a parasympathicus nervus pelvici a gerincagyi I—III. sacralis segmentumából ered. Izgatása a colon descendens, a musculus detrusor vesicae összehúzódását, a penis erek kitágulását okozza. Ezzel antagonista sympathicus — plexus hypogastricus — az I—V. lumbalis segmentumból ered és a ganglion mesentericum inferiuson át halad

ezekhez a szervekhez. A kétféle ideg azonban sokszorosan összefonódik s ezért nehéz a kísérleti eredmények értékelése.

Áttekintve ezt a rövid s csak a legfontosabb részeket érintő vázlatot, nyugodtan állapíthatjuk meg, hogy Langley épülete diadalmasan állotta ki évtizedek kutatásának erős próbáját. Kissnek vizsgálatait nem állanak szöges ellentétben a régi tannal, sőt azt jól kiegészítik, abba jól beleilleszthetők. Kétségtelenül bizonyosnak tarthatjuk, hogy a vegetatív idegrendszer két egymással antagonistá működést végző, egymással egyensúlyt tartó részből áll. A *sympathicus* és *parasympathicus* rendszer nemcsak élettani működésben a vele kapcsolatos hormonokban és ingeranyagokban, valamint a gyógyszerekhez affinitásban különbözik egymástól, hanem alakilag is szétválasztható. Ez az alaki különbség azonban nem az idegrostok s ducsejtek szerkezetében nyilvánul, hanem az idegek eredésében és lefutásában. Kétségtelen, hogy a legtöbb vegetatív szerv működését két, a központi idegrendszer különböző helyéről eredő ideg befolyásolja. A *sympathicus* a gerincagy háti és ágyéki részéből, a *mellső gyökökben* ered s a *truncus sympathicuson* át jut el a szervhez; a *parasympathicus* legnagyobb része közép- és nyultagyi, illetve sacralis eredésű s amennyiben a gerincagy háti és ágyéki részéből is erednek *parasympathicus* rostok, ezek a *sympathicustól* mégis megkülönböztethetők azáltal, hogy a *hátsó gyökökben*, nem a *mellsőkben* vannak.

Bár ma már a legfontosabb idegpályákat ismerjük, még mindig sok vár felderítésre. Így tisztázatlan a hasi szervek beidegzése. Meddig terjed a vagus hatása; vannak-e a *splanchnicusban* tényleg *parasympathicus* rostok? Létezik-e a Ken Kuré-féle *spinalis parasympathicus*? Van-e a harántcsíkolt izmoknak vegetatív beidegződése stb.? Az ezirányú kutatások azonban a tant csak tovább fogják fejleszteni, az épületet újabb tornyokkal és csarnokokkal bővíteni, de az emberi számítás szerint sziklaszilárd alapokat megingatni aligha fogják.

Irodalom: Langley: *Ergebn. d. Physiolog.* 2. k. 818. — Kiss: *Anatomisch-Histologische Untersuchung über d. Sym. Nervensystem.* Szeged. 1932. — Heffter: *Pharmacologie.* — Bethe: *Handb. d. Norm. u. Path. Physiologie.* 10. k. 1048. és 1095. 16. k. 1691 és 1729. — Ken Kuré: 1. Bericht u. d. ges. Physiologie. 61. k. 275., 755, 62. k. 120.; 64. k. 367., 67. k. 89.; 68. k. 347.

A debreceni I. oszt. elemi iskolás tanulók átvizsgálása egészségügyi szempontból az 1931/32. tanévben.

E vizsgálatokat szervezte és vezette:

Neuber Ede dr.,

egyet. ny. r. tanár, az Országos Antivenereás Küzdelem miniszteri biztosa.

(Folytatás.)

Röntgen-vizsgálatok. Rendkívül nagy súlyt helyeztünk a röntgenvizsgálatokra, mert ezek különösen fontos szerepet töltenek be a tüdő és egyéb belső szervek gümőkórjának diagnostikájában. A röntgenvizsgálat az allergiás reakciónál mindenestre sokkal inkább hivatott az activ és inactiv esetek differenciálására. Különösen pedig tömegvizsgálatokban (iskolás gyermekek!) nagy előnyt jelentenek, mert fájdalmat nem okoznak, a viz-

sgálat rövid ideig tart és kevés költséggel jár. Negatív klinikai lelet mellett is — az allergiás reakciókhoz hasonlóan — felhívják a figyelmet gümőkóros jelenségekre, amely alapon elindulva, a beteg gyermekek családtagjait behatóbb vizsgálat (klinikai, allergiás, bakteriologiai stb. vizsgálatok) alá vehetjük.

Röntgen-vizsgálat történt az 1612 gyermek közül 1583-on (98.20%). Az 1583-ból:

Negatív volt 935 59.1%
Positív volt (valamelyes elváltozás) 648 40.9%

Nemek szerint:

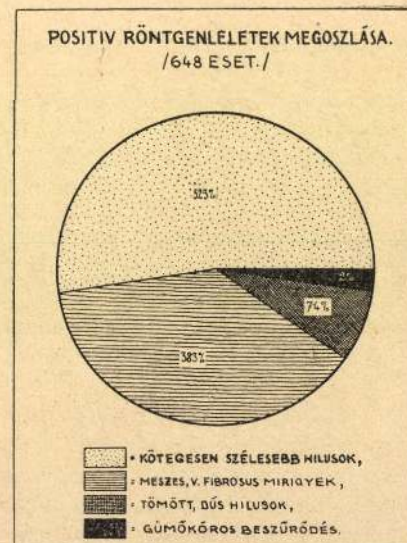
	Fiú	Az összes fiúk %-a	Leány	Az összes leányok %-a
Vizsgálatra került	814	97.6	769	99.1
Közülük negatív	475	58.3	460	59.8
Közülük pozitív	339	41.7	309	40.2

Tavaly a pozitív fiúk aránya 52.5%

Tavaly a pozitív leányok aránya 43.1%

A pozitív elváltozások megoszlása:

Negatív	Tbc.-és beszűrődés, vagy gócos dissemináció	Meszes, vagy fibrosus góc, vagy mirigy				Tömött, dús hilusok	Kötegesen szélesebb hilusok
		tüdőmezőben	perihilarisan	hilusban	paratrachealis		
935	13	15	70	142	21	48	339



6. ábra.

Előfordult ezenkívül még: interlobaris callus (16 eset), pneumonia (2), mitralis szív (4), aortás szív (3), pleuritis exsudatum (1), erősen tág aorta (1), aorta vitium (1).

A tüdő-röntgenlelet alapján értékelések ma már többé-kevésbé egységesen, nemzetközi alapon történnek, a debreceni sebészeti röntgenlaboratórium értékelései ezekkel meg-egyeznek, ennél fogva e kialakult értékelési sémákra utalok. Az értékeléseket Rencz Antal dr., a sebészeti röntgenlaboratórium vezető tanársegéde végezte.

Értékelés a tüdőtuberculosisra (negatív, inactiv és activ) a következőképen alakult:

**A TANULÓK TUBERCULOSISÁNAK MEGOSZLÁSA
DEBRECEN VÁROS TERÜLETÉN. /1931-32./**



9. ábra.



9/a. ábra.

A 9. ábra az 1931-32. a 9/a) ábra az 1930-31. iskolaévről vonatkozik.

Rendkívül feltűnő és érdekes, hogy a város egyes kerületei szerint a gümőkóros fertőzöttség ebben az évben úgyiszlóván teljesen ugyanazokat az arányszámokat tüntette fel, mint tavaly. Teljesen analog módon ebben a tanévben is a Nagyerdő felé eső városrész (homokos, száraz talaj) nyújtotta a legkedvezőbb képet a tuberculosos fertőzöttség szempontjából, a legkedvezőtlenebbnek e tekintetben a pályaudvar környéke (agyagos és nedves talaj) mutatkozott, a város közepe pedig a kettő között foglalt helyet. Ez a megoszlás azonban teljesen megfelel a lakosság vagyoni és családi szociális különbségének is.

A gümőkóros fertőzöttségnek ez a megoszlása a város építkezése és terjeszkedése szempontjából a jövőben semmiesetre sem hagyható figyelmen kívül, — amint arra vizsgálataink alapján városunk polgármestere, *Vásáry István*, a közművek felállításakor és az építkezéskor tekintettel is volt, — annál kevésbé, mert egyéb fertőző betegségek is (typhus, dysenteria stb.) nagyobb arányszámban fordultak elő e nedves, agyagos talajú körzetekben.

Összefüggés a környezet és a gümőkóros fertőzöttség között.

Miután a megelőzés a tuberculosishoz a legcélszerűbb terápiája, ennél fogva minden olyan tényezőt beható vizsgálat alá kell vennünk, amely a tuberculosishoz terjedésére bármilyen befolyást gyakorol. Ezek között első helyen a tuberculosishoz megbetegedett gyermekeknek és családtagjainak szociális viszonyai (környezet-, lakásviszonyok, táplálkozás stb.) szerepelnek.

A gümőkórt Amerikában és Angliában sem gyógyíthatják hatékonyabb gyógyszerekkel és gyógyeljárásokkal, a megbetegedési és halálozási statisztikájuk az utóbbi évtizedekben mégis feltűnően javult és jóval kedvezőbb a miénkénél, ami elsősorban előnyös gazdasági helyzetükben gyökerező rendkívül feljavított szociális viszonyaikban rejlik.

A lakás nagysága és a gümőkóros fertőzöttség közötti összefüggés:

A vizsgált 1612 gyermek közül csak 1520 (94.3%), a 322 gümőkóros közül pedig csak 303 (94.4%) esetben sikerült lakásviszonyokra vonatkoztatott s feldolgozásra alkalmas adatokat nyerni.

Az 1520 lakásról nyert adatok szerint:

	Összesen		
	szám	%	Fiú Leány
Pincészetben lakott	49	3.2	23 26
Egy-kétszobás lakásban lakott	1419	93.4	726 693
Három és többszobás lakásban lakott	52	3.4	36 16
	1520	100.0	785 735

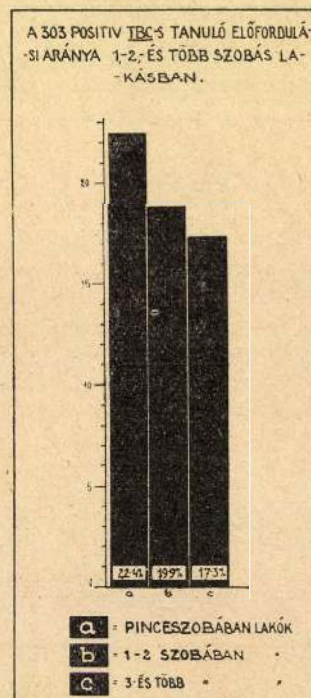
Ennek a lakásmegoszlásnak megfelelően az egyes lakásfélésekben lakó gümőkóros tanulók aránya a következőképpen alakul:

Tanuló: Köztük tuberculosishoz:

Pincészetben lakik	49	11	22.4% (tavaly 21.6%)
Egy-kétszobásban lakik	1419	283	19.9% (tavaly 20.0%)
Három- és több szobásban lakik	52	9	17.3% (tavaly 17.3%)

303

Érdekes jelenség, hogy e tekintetben az idei (1931-32) és a tavalyi (1930-31) vizsgálatok arányszámai úgyiszlóván teljesen megegyeznek.



10. ábra.

A megbízhatóság szempontjából azonban erre szükség is van, mert úgy a tavalyi, mint az idei iskolai évben pince-szobákban, továbbá három és többszobás lakásokban aránylag igen kevesen laktak, ennél fogva ezek az adatok statisztikai feldolgozásra tulajdonképpen nem is volnának alkalmasak, ha nem állnának összehasonlítás céljából az ezekkel úgyszólván teljesen megegyező tavalyi arányszámok rendelkezésünkre.

A fenti arányszámokból tehát kitűnik, hogy a pince-szobákban a legnagyobb (22.4%) a gümőkóros fertőzöttség, az egy-, kétszobás lakásokban kisebb (19.9%), a háromszobás lakásokban pedig a legkisebb (17.3%).

A lakás nedvessége és a gümőkóros fertőzöttség közötti összefüggés:

Száraz lakásban lakott	1094 tanuló	72.0%	553 fiú	541 leány
Nedves lakásban lakott	426 tanuló	28.0%	233 fiú	193 leány
A száraz lakásban lakó 1094				
közül gümőkóros	191	17.4%	(tavaly 18.1%)	
A nedves lakásban lakó 426				
közül gümőkóros	112	26.3%	(tavaly 23.2%)	
	303			

A száraz lakásokban a gümőkóros fertőzöttség arányszáma jóval kisebb (17.4%), mint a nedves lakásokéban (26.3%); a vonatkozó arányszámok úgyszólván teljesen megegyeznek, sőt az ideiek kifejezőbbek, mint a tavalyiak (száraz 18.1%, nedves 23.2%).

Kutattuk továbbá az alapincézetttség befolyását a tuberculosistikus fertőzöttségre. Az alapincézetttség szempontjából 1519 értékesíthető felelet érkezett be (94.2%):

Csak 205 tanuló lakott alapincézett házban, azaz	13.5%
1314 tanuló lakott olyan házban, ahol nem volt pince, azaz	86.5%
1519	100.0%

Az alapincézett lakásban lakó 205 tanuló közül gümőkóros	44	21.5%
Az alá nem pincézett lakásban lakó 1314 tanuló közül gümőkóros	259	19.7%

	fiú	%	leány	%
Az alapincézett lakásban lakó 44 gümőkóros közül	21	47.7	23	52.3
Az alá nem pincézett lakásban lakó 259 gümőkóros közül	137	52.9	122	47.1

Mindenestre meglepő, hogy az alapincézett lakásokban a tuberculosistikus fertőzöttség arányszáma magasabb, (21.5%), mint az alá nem pincézettekben (19.7%).

A lakás zsúfoltsága és a tuberculosistikus előfordulása közötti fennálló összefüggés.

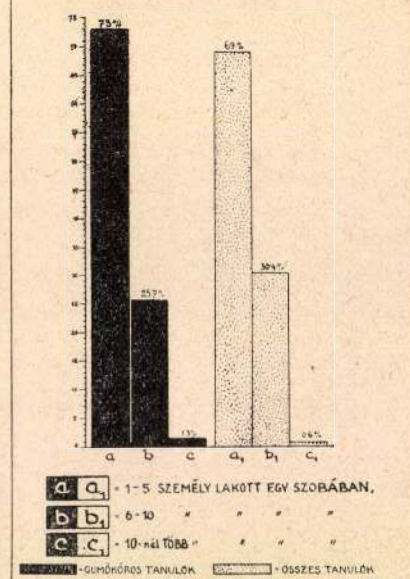
Az összes (1612) tanulók közül 1519 esetben nyertünk a lakás zsúfoltságára vonatkozó adatokat, amelyek szerint:

	Összesen	Fiú	Leány
1—5 személy lakott egy szobában	1046 69.0%	542	504
6—10 személy lakott egy szobában	462 30.4%	237	225
10-nél több személy lakott egy szobában	11 0.6%	6	5
	1519 100.0%	785	734

A 303 gümőkórosnak (activ és inactiv) talált gyermek lakásaiban:

	Egyszobában lakott személyek száma:	
221 gümőkóros esetében	1—5	73.0%
78 gümőkóros esetében	6—10	25.7%
4 gümőkóros esetében	10-nél több	1.3%
303		100.0%

A LAKÁS ZSÚFOLTSÁGA ÉS A TB. ELŐFORDULÁSA KÖZÖTT FENNÁLLÓ ÖSSZEFÜGGÉS A POSITIV GÜMÖKÓROS/303/ ÉS AZ ÖSSZES LAKÁSDATTAL BÍRÓ GYERMEKEK /1519/ KÖZÖTT.



11. ábra.

Ha most azt vizsgáljuk, hogy mennyi volt a gümőkórosok előfordulása a különböző zsúfoltságú lakásokban, akkor a következő arányszámokat állíthatjuk fel:

1 szobában 1—5 személlyel együtt lakó 1046 tanuló közül gümőkóros volt	221	21.1%	(tavaly 20.2%)
1 szobában 6—10 személlyel együtt lakó 462 tanuló közül gümőkóros volt	78	16.9%	(tavaly 19.7%)
1 szobában 10-nél több személlyel együtt lakó 11 tanuló közül gümőkóros volt	4	36.4%	
	303		

A zsúfoltság fogalmához tartozik még, hogy a tanulók ágyukban *egyedül*, vagy *mással* alusznak-e. Erre vonatkozólag 1519 tanulótlól sikerült adatokat kapnunk.

Az 1519 tanuló közül <i>egyedül</i> aludt egy ágyban	421	27.7%
" " " " <i>mással</i> " " "	1098	72.3%
	1519	

A gümőkóros (activ és inactiv) tanulóira vonatkoztatva az egyedül, vagy mással alvás állapotát, a 303 gümőkóros pozitív gyermek közül:

<i>egyedül</i> aludt egy ágyban	83 tanuló	27.4%
<i>mással</i> " " "	220 tanuló	72.6%
	303	100.0%

A gümőkórosban szenvedő és az összes (egészséges és beteg) tanulók a gümőkóros fertőzöttség szempontjából ezzel az elemzéssel nem mutatnak különbséget a tekintetben, hogy egyedül, mással, illetve másokkal együtt aludtak-e.

Az egyedül és többedmagukkal alvók között a gümőkórosok aránya:

Az egyedül alvó 421 tanuló közül gümőkóros volt	83	19.7%	(tavaly 18.9%)
A mással alvó 1098 tanuló közül gümőkóros volt	220	20.0%	(tavaly 20.8%)
	303		

Az idén történt vizsgálatokban e két csoport között alig van valamelyes különbség, a múlt tanévben (1930—

31) a többedmagukkal alvók a gümőkóros fertőzöttség tekintetében úgyszólván két teljes százalékkal magasabb arányszámot tüntettek fel.

A lakás tágassága és a tuberculosis előfordulása közötti összefüggés.

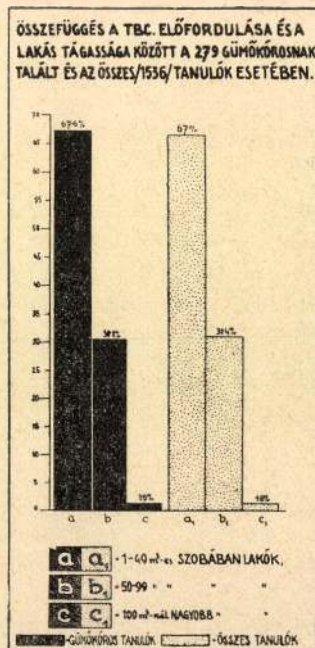
A lakószobák tágasságára vonatkozólag az összes 1612 tanuló közül csupán 1356 esetben (84.1%) tudtunk megbízható adatokat szerezni.

Az 1356 tanuló megoszlása lakószobájuk légtartalma szerint.

	tanuló	közülük fiú leány
1—49 m ³ -es szobában lakott össz.	910 67.0%	468 442
50—99 m ³ -es szobában lakott össz.	425 31.4%	228 197
100-nál nagyobb m ³ -es szobában lakott összesen	21 1.6%	10 11

A 322 pozitívnak értékelt tüdőgümőkóros beteg közül 279 esetben (86.6%) sikerült a lakószoba légtartalmára vonatkozó adatot nyerni. A lakószobák nagysága szerint ez a 279 gümőkóros tanuló a következőképpen oszlott meg:

	Fiú	Leány
189 gümőkóros tanuló lakott		
1—49 m ³ -es szobában	67.8%	98 91
86 gümőkóros tanuló lakott		
50—99 m ³ -es szobában	30.8%	48 38
4 gümőkóros tanuló lakott		
100-nál több m ³ -es szobában	1.4%	2 2
279	100.0%	148 131



12. ábra.

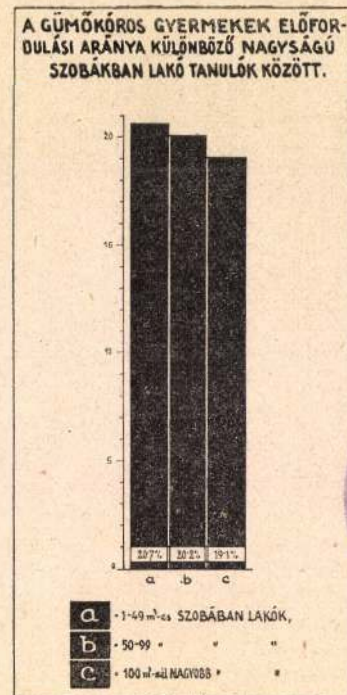
A különböző nagyságú szobákban lakók között a gümőkóros tanulók előfordulási aránya:

	Tanuló közül gümőkóros
Az 1—49 m ³ -es szobákban lakó	910 189 20.7%
Az 50—99 m ³ -es szobákban lakó	425 86 20.2%
A 100-nál nagyobb m ³ -es szobákban lakó	21 4 19.1%
	1356 279

Ezek az arányszámok azt mutatják, hogy a legkisebb légtartalmú (1—49 m³) szobákban fordul elő a tuberculosisfertőzöttség a legmagasabb (20.7%, ezzel szem-

ben a legtágabb szobákban (100 m³-nél nagyobb) pedig a legkisebb (19.1%) százaléokban.

Az eltérés az arányszámokban azonban annyira csekélyfokú, hogy csak nagyobb anyagon végzett vizsgálatok igényelhetnek maguknak a fenti arányszámok mellett következtetést megengedő jelentőséget.



13. ábra.

A lakás világos volta és a gümőkóros fertőzöttség közötti összefüggés.

A lakószobák világos voltát elsősorban az ablakok száma és azok nagysága határozza meg.

Az ablakok számára vonatkozó adatokat az összes 1612 tanuló közül mindössze 1046 szolgáltatott (64.9%), 566 esetben nem kaptunk értékesíthető feleletet.

Az 1046 (egészséges és beteg) tanuló a lakószobák ablakainak száma tekintetében a következőképpen oszlott meg:

	Fiú	Leány	Összesen	%
1 ablakos szobában lakott	127	144	271	25.9
2 ablakos szobában lakott	377	322	699	66.8
3 v. több ablakos szobában lakott	44	32	76	7.3
	548	498	1046	100.0

Az összes (322) gümőkórosnak minősített tanuló közül összesen 306 esetben sikerült az ablakok számára vonatkozó adatokat beszerezni.

A 306 gümőkóros tanuló megoszlása e tekintetben:

	Gümőkóros	%	Fiú	Leány
1 ablakos szobában lakott	82	26.8	40	42
2 ablakos szobában lakott	203	66.3	109	94
3 v. több ablakos szobában lakott	21	6.9	12	9
	306	100.0	161	145

Az összes és a gümőkóros tanulók megoszlásának összehasonlításából kitűnik, hogy az ablakok száma a tuberculosis-fertőzöttségnek emelésére, vagy csökkentésére csak kisebb mértékben gyakorolt befolyást. Mindenesetre a 3, vagy több ablakos szobákban lakó gümőkóros gyermekek arányszáma (6.9%) jóval kedvezőbb volt.

Ha most azt vizsgáljuk, hogy az egy, két, vagy többablakú szobákban milyen arányszámban találhatók a gümőkóros tanulók, akkor a következő eredményhez jutunk:

	Tanuló közül	gümőkóros	
1 ablakos szobában lakó	271	82	30.2%
2 „ „ „	699	203	29.0%
2 „ „ „	76	21	27.6%
	1046	306	

Az utóbbi arányszámok talán már több bizonyító erővel bírnak, mert amíg az egyablakos szobákban 30.2%-ban, addig a három, vagy többablakos szobákban csak 27.6%-ban laknak a gümőkóros tanulók. Az eltérés az arányszámokban azonban itt is kisfokú. Ez a csekélyebb mértékű pozitív kilengés az előnyösebb lakásviszonyúknál mindenesetre az egész vonalon mutatkozik.

Az ablakok nagysága és a gümőkóros fertőzöttség közötti összefüggés.

A lakószobák világossága az ablakok számán kívül még az ablakok nagyságától is függ.

Az erre vonatkozó adattal szolgáló 1046 beteg és egészséges tanuló megoszlása a lakószoba ablakának, illetve ablakainak nagysága tekintetében a következő volt:

0—1 m ² felületű ablakkal bíró szobában lakott összesen	559 tanuló	53.4%
1—2 m ² felületű ablakkal bíró szobában lakott összesen	487 tanuló	46.6%

A 306 gümőkóros tanuló lakószobája ablakának nagysága tekintetében a következőképpen oszlott meg:

0—1 m ² felületű ablakkal bíró szobában lakott		
197 gümőkóros tanuló		64.4%
1—2 m ² felületű ablakkal bíró szobában lakott		
109 gümőkóros tanuló		35.6%
306		100.0%

A gümőkóros s az összes tanulók két csoportja közt tehát itt sincs lényegesebb különbség, mindenesetre itt is az tapasztalható, hogy a nagyobb ablakkal bíró lakásban a gümőkóros fertőzöttség arányszáma valamivel kisebb.

A különböző nagyságú ablakokkal bíró szobákban lakó tanulók között a gümőkóros gyermekek előfordulása az alábbi arányokban jelentkezett:

0—1 m ² felületű ablakkal bíró szobában lakott		
559 tanuló, ezek közül gümőkóros	197	35.2%
1—2 m ² felületű ablakkal bíró szobában lakott		
487 tanuló, ezek közül gümőkóros	109	22.4%
1046	306	

Az így nyert arányszámok már kifejezettebben mutatják, hogy a kisebb ablakokkal (0—1 m²) bíró lakásokban a gümőkóros fertőzöttség magasabb (35.2%), a nagyobb ablakokkal (1—2 m²) bíró lakásokban pedig alacsonyabb (22.4%) mérvű.

Ha áttekintjük fenti statisztikai adatainkat, amelyek a környezetnek a gümőkóros fertőzöttségre befolyását tüntetik fel, akkor azt tapasztaljuk, hogy a hygienikusabb épült szobák, illetve lakások (szobák száma és nagysága, szobák világos volta: ablakok száma és méretei, lakás szárazsága, nedvessége stb.) a gümőkóros fertőzöttség szempontjából úgyis szólván az egész vonalon kedvezőbb arányszámokat tüntetnek fel. Igaz, hogy ezek az arányszámok többnyire csak csekély fokú pozitív kilengést mutatnak, megbízhatóságuk mellett azonban az a körülmény szól, hogy a hygienikusabb lakások javára megállapított csekélyfokú pozitív eltérés, mondhatnám, állandó jellegű s ezek az arányszámok a tavalyi (1930—31.) évben átvizsgált gyermekanyagunk (1909 tanuló) hasonló arányszámaival úgyis szólván teljesen megegyezők.

(Folytatjuk.)

A szolnoki m. kir. Bábaképző Intézet közleménye.

A hasúri műtétekben használt törlőknek a hasban visszamaradását meggátoló eljárás.*

Irta: Konrád Jenő dr.

Mióta *Neugebauer*-nek a hasürben visszamaradt idegentestekről szóló tanulmánya napvilágot látott a kérdés még ma sem vesztett aktualitásából. Sőt jelenleg annál inkább kell vele foglalkozni, mert gyakran képezi kárterítési kereset alapját és ezért nem felesleges a kérdést orvosi és jogi szempontból is megvilágítani.

Különösen a törlőknek a hasürben visszamaradását meggátoló eljárásra tettek egyre újabb javaslatokat, mert a tapasztalatok mutatták, hogy átlag 1000 laparotomiára egy törlő visszamaradása esik *Ruprecht* $\frac{1}{3}$ — $1^{\circ}/_{100}$ -re becsüli az arányt; *Gohrbrand* szintén. Ezen szerzőknek nagy anyag alapján kifejezésre juttatott véleményét megerősíti *von Haberer* közlése, ki 8343 hasműtét közül 6 esetben felejtett idegentestet a hasürben.

A hasürben visszamaradt idegentestek többnyire törlők. *Görlich* 285 esete közül törlő volt 165; műszer 43; gummidrain 6 és 2 esetben gyűrű is.

A visszamaradt törlők által okozott szövődmények általában 18—39% halálozással járnak. *Riese* 41 esete közül peritonitisben elhalt 9. A hasfalán át távozott 7; a hüvelyen át 4 törlő; a bélbe bevándorolt és a végbélen át távozott 11; mechanikus ileust okozott 7; betokoló dott 3 törlő. A *Hinterstoisser* által közölt 86 eset közül a törlő incapsulálódott 3-szor, a hólyagba tört be 6-szor, a hüvelyen át távozott 10-szer (1 haláleset), a végbélen távozott 8-szor (2 haláleset), a hasseben át távozott 22-szer (3 haláleset).

Ellene számos óvintézkedést találtak ki és ajánlottak. A törlők műtét előtt és műtét utáni megolvasásáról nem is szólva, arra törekedtek, hogy minél nagyobb és minél kisebb számú törlő kerüljön használatra. Hogy a nagyság nem biztos védelem, igazolja *Gerich*, kinek közlése szerint egy csavarodott kocsányú cysta műtét alkalmával egy 72 cm. négyszög nagyságú törlő maradt vissza a hasüreghen. *Roth* pedig 24 évvel egy előzőleg graviditas extrauterin műtét után végzett laparotomia alkalmával ugyancsak egy betokolódtott nagy törlőt talált a hasüreghen.

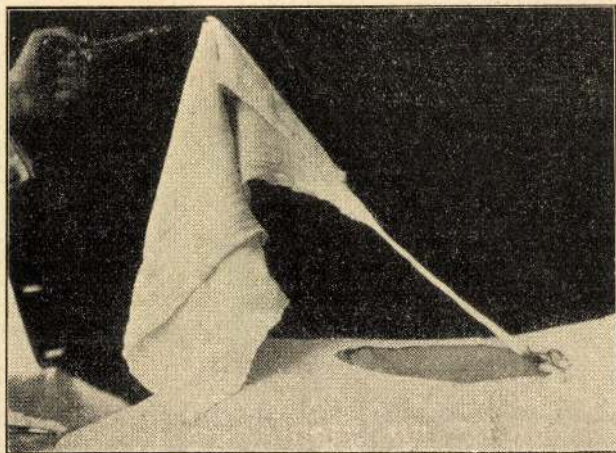
Ezenfelül arra törekedtek sokan, hogy a törlőknek a hasüreghen becsúsza és visszamaradása physikailag lehetetlenné váljék. Hogy még nagyobb műszer is visszamaradhat, *Grusdew* egyik közlése igazolja, ki egy 7 évvel előbb a hasüreghen visszamaradt 22 cm hosszú Terrier-féle fogót távolított el colpotomia posterior által. Az *Archiv f. Gynäkologie* legújabb füzetében (151. k. 1—2. sz.) *Dawydow* kísérletileg is foglalkozott a hasürben visszamaradt törlők sorsával. Állatkísérleteik eredményéből arra következtet, hogy törlőket a szervezet részben a béltractuson, részben a hólyagon, részben a hasseben keresztül igyekezik kiküszöbölni. Szerinte, ha a műtét végén törlő visszamaradásra van gyanú, a post operativ reconvalentianak zavartalanága esetén nem lehet a relaparotomia oka, sőt következtetéseiben annyira megy, hogy azt állítja, miszerint aseptikus kötszer használata és szigorú műtési asepsis az esetek tulnyomó részében megóvjá a beteget attól, hogy a törlővisszamaradás halálos következményekkel járjon.

*) A Gyn. szakosztály 1932. XI. hó. 10.-i gyűlésén tartott bemutatás.

A belek visszatartására szánt nagy törlőknek a hasüregben visszamaradását többen a hasürről kívül végzett rögzítésükkel akarják elérni. *Fischer*, *Wechsberg* és *Calmann* a törlő egyik csücskéhez varrott hosszú galandot a műtőasztal lábához kötik. *v. Mikulitzsh* a galandra üveggyöngyöt varratott, melynek a hasseben kívül kellett maradnia. *Schubert* a belek visszatartására egy 80×20 cm. és 2—3 méter hosszú törlőtekercsre még galandot is varrat és így, ilyen hosszú törlővel akarja a törlőnek visszamaradását meggátolni. *Kubinyi*-nak a nickellemez biztosítós módszere a galandok összegubancolódására vezethet és nehézsége miatt nem terjedt el. Legujabban *Katz* egy oly módszert ajánlott, mely a törlők galandjait hozzájuk varrott karabinokkal egy ezen célra szerkesztett állványhoz rögzíti. *Schauta* nyomatékosan hangsúlyozza, hogy „törlésre” csak nyeles törlőt használjuk. *Faure* nem használ igazi törlőket, hanem igen hosszú, széles gassecsíkokat, melyeket használat után azonnal eldob.

Hogy a törlő visszamaradását esetleg röntgennel is megállapíthassák, *Grünstein* u. n. „contrastmull”-ból készült törlők használatát ajánlja, míg *Halban* minden egyes törlőbe egy kis nickelgyűrűt varrat be. Ezen törlők használata mellett a hasüregben esetleg visszamaradt törlő röntgenfelvétellel megállapítható.

Az eddig ismertetett eljárások közül aránylag a legkönnyebben kezelhető és az asepsis szabályainak is jól megfelel *Katz* módszere. A „karabin” használata a törlőhöz varrott galandnak a hason kívül rögzítését gyorsítja és az utólagos megszámlálást a karabinok fémszíne nagyon megkönnyíti. Csupán egy teszi nehézkessé, hogy *Katz* a törlők galandjait egy külön állványhoz erősíti. Az általam az alábbiakban ismertetendő eljárás tulajdonképpen a *Katz*-féle módszernek leegyszerűsítése és a következő:



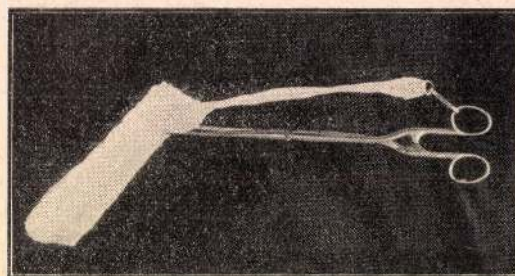
1. ábra.

Mindenekelőtt hangsúlyoznom kell, hogy úgy a belek visszatartására, mint a tulajdonképeni törlésre szánt törlők mindegyike az egyik csücskén egy kb. 30 cm. hosszúságú erős galanddal van ellátva, melynek végéhez egy nagyobb karabin van erősen hozzávarrva. Továbbá meg kellemlenem, hogy törlésre *Schauta* tanácsa szerint mindenkor kizárólagosan „nyeles”, azaz makkfogóba erősített törlőket használtunk. A hasra helyezendő „hasított lepedő” mindkét végére egy-egy galand van felvarrva. Midőn a lepedőt a hasra helyezjük, a hasíték felső csücskéhez varrott galandba egy steril nickel-gyűrűt kötünk be és a belek visszatartására használt törlők galandjainak végére erősített karabint, vagy karabinokat ezen nickelgyűrűbe akasztjuk. (1. sz. ábra). Így nem kell állványt használnunk, a hassebből nem húzódnak

hárfahúrszerűleg hosszú galandok, akár az asztal lábához, vagy egy nickellemezhez. A galand, vagy galandok így műtét alatt nem zavarhatnak, műtét után pedig a hasítékos lepedő felső csücskéhez kötött gyűrűre csak rá kell tekinteni és ahány karabint olvasunk rajta, annyi törlőt használtunk a belek visszatartására.

Törlők gyanánt ezen célra még egészen nagy 80×80 cm. nagyságú törlőket használtunk. Miután már említettem, a kicsiny és nagy nyeles törlők kivétel nélkül egy 30 cm. hosszú galanddal vannak ellátva, melynek végén egy-egy karabin van.

Midőn a műtős ápolónő törlőt nyújt, a galand végén levő karabint a törlő makkfogó olló-nyílásába akasztjuk. Ezáltal joformán lehetetlenné válik, hogy egy nagy, vagy kisebb „nyeles” törlő, még ha a makkfogóból ki is szakadna a hasüregben „elvesszen”. És ha a galand — ami nem valószínű, — egyszer elszakadna, vagy a törlő a galand karabinbiztosítékról szakadna le, a műtős ápolónő a kezébe visszakerülő törlőt tartó makkfogón levő karabinra tekintve szükségképpen azonnal észrevenné és jelentené a törlő hiányát és így a törlő utáni kutatás azonnal foganatosítható.



2. ábra.

A nyeles törlők egész hossza a makkfogó végéhez rögzítésük dacára is törlésre teljesen kihasználhatók. (2. számú ábra.) A nyeles törlők ezen „biztosítékát”, melyre, ha nem csalódom, a „törlovisszamaradás” ellen kigondolt számos módszerek között eddig súlyt nem vetettek, egy kellemetlen eset tanulsága alapján gondoltam ki.

A kérdéses esetben egy súlyos állapotban levő ecklampsiáson sectio caesareát végeztünk. A már fennálló tüdő oedema miatt a narkosis sem volt tökéletes, az ecklampsiás kissé feszített is, úgy, hogy a műtét befejezésével sietni kellett. Mindezek szerint a műtősnő, mikor tőle „nyeles”-t kértek, egyszere kettőt fogott a makkfogóba és ezek közül egy, törlés közben kiszakadt és a belek közé sodródott. Csakis az lehetett a bekövetkezett baj kútforrása, mert a műtétet végző gyakorlott assistensem azt, hogy a makkfogót üresen húzza ki a medenceüreghől, azonnal észrevette volna. Viszont a törlők számolásakor az egyébként betegesen pontos és megbízható műtősnőnk elszámolta magát. Így történt, hogy egy törlő, — akkor a fentiekben ismertetett biztosítás még nem volt kigondolva, — a hasüregben maradt, honnan a hasseben át 2 hónappal később távozott. A beteg meggyógyult.

Ezen eset tanulsága indított arra, hogy a „nyeles” törlők biztosítására valamit kigondoljunk és vele együtt azt is számon tartjuk, hogy hány „nyeles”-t fogott a műtősnő a törlőfogóba. Ezenfelül a makkfogókat a nyeles törlők használatából kirekesztettem, helyesebben módosítottam. Egyfelől a négy foggal ellátott, 21. cm. hosszú *Kelly*-féle „tupferfogókat” használjuk, másfelől a *Wessely-Nagy* céggel külön erős zárókészülékkel ellátott 24 cm. hosszú makkfogókat készítettem, melyek

a rendes makkfogóktól csak abban különböznek, hogy a „makk“ belfelületén két-két félhegyes, egymásba kapó 2–3 mm-nyi hosszúságú fog van, miáltal a törülőknek a fogóból kiszakadása szintén nagyon meg van nehezítve.

Remélem, hogy a törülő-kezelésnek ezen módosításával, melyet a mellékelt két fénykép a legjobban érzékeltethet, a törülőknek a hasüregben visszamaradása még ritkábban fog előfordulni, mint más, egyébként szintén jól kigondolt eljárások mellett.

Azt, hogy fentebb ismertetett ezen eljárással a törülők visszamaradása tökéletesen lehetetlenné volna téve, nem merném állítani, mert osztozom *Kubinyi* azon felfogásával, hogy addig, míg a műszerek és a törülők számolása emberi agy funkciójára van bízva, tévedés mindig lehetséges. Ugyanez a felfogása *Stöckel*-nek is.

Hogyan nyilatkoznak meg a „törülő-visszamaradás“ megítélésében az illetékes külföldi orvoskörök?

Neugebauer szerint az idegen-testek visszamaradása sohasem lesz teljesen meggátolható. *Martin* azt mondja, hogy ilyen esetek a legnagyobb lelkiismeretesség mellett is elő fognak fordulni, mert az ellenük ajánlott óvatosági rendszabályok egyike sem képes ezt a balesetet biztonsággal megakadályozni, ami pedig nem az óvatosági rendszabályok negligálásában, hanem az emberi óvatosági rendszabályok tökéletességének hiányában leli magyarázatát. Ugyanígy nyilatkozik a *Döderlein*-iskola (*Karg.*) is. *Rupprecht* szerint az idegen-testek visszamaradása a sebészi üzemek egy teljesen ki nem küszöbölhető kísérője, mely oly műtéti risikónak tekintendő, melyet a betegnek vállalnia kell.

Peres esetekben szerinte tekintetbe veendő: 1. a műtét nehézsége és időtartama; 2. a seb viszonyai; 3. a visszamaradt tárgy nagysága; 4. hogy az illető műtőgyakorlatában hasonló esetek gyakrabban (1%-nál gyakrabban) fordultak-e elő? 5. az óvatosági szabályok megtartottak-e vagy nem?

Dawydow azon a véleményen van, hogy törülőknek a hasüregben visszamaradása ellen, melynek casuistikáját *Dawydow* az 1924–1932. évekre vonatkoztatott 120 esettel szaporította, abszolút biztos védelem egyelőre még nem létezik. Utal a *Crossen* és *White-Clifford* (1923) közléseire és arra is, hogy még a világ legismertebb, nagynevű operateurjei közül is kevesen vannak, akiket operatív tevékenységük közben ez a baleset ne ért volna. A felelősség tekintetében *Dawydow* szerint a főfelelősség a műszereket és törülőket kezelő személyre hárul. A műtő csak a segédletének esetlegesen helytelen megválasztásáért felelős. *Stöckel* szószerint ezt mondja: „Legyen a műtéti szereposztás bármilyen tökéletes, a műtét körül elfoglalt személyek száma bármennyire csökkentve, bármilyen jól menjen minden: a „tupfer-controllé“ alkalmával egy „elszámolás“ mégis csak előfordulhat és amíg emberi dolog, hogy valaki egy fontos pillanatban „elszámolhatta magát“, addig nem is lehet menthetetlen bűn, ha egy hasüri műtét alkalmával egy törülő visszamaradt. Aki erről másképen gondolkodik, nézetem szerint „pharizeus“. Arany szavak, melyeknek súlya annál nagyobb, mert a német gynaekologusok jelenlegi, világviszonylatban is nagynevű vezérének megnyilatkozását adják vissza.

Ebermayer tanár, németországi főállamügyész a német birodalmi törvényszék több ítéletének rövid közlésével úgy nyilatkozik, hogy egy esetleges törülővisszamaradás, ha a műtét körül a kellő óvatosság nem lett figyelmen kívül hagyva, nem képezheti bűnvádi eljárás, vagy kártérítési kereset jogalapját. A német *Reichsgericht* (*Ebermayer*) III. sz. polgári tanácsa 1913. jul. 14.-iki ülésén hozott végzésében kimondotta, hogy egy operatív alkalmával igen előfordulhatnak oly körülmények, melyek az esetnek méltányos megítélését jogosulttá teszik.

Ily esetben az orvosszakértők véleményének kikérése után, az eset ezen szakértői vélemény figyelembevételével bírálendő el. A *königsbergi* törvényszék egy törülő visszamaradásából kifolyólagosan megindított kártérítési keresetet a következő indokolással utasított el:

Hogy a műtéttel kapcsolatosan törülők maradnak vissza, nem oly ritka, különösen, ha mint a tárgyalásra került esetben, a fenyegető életveszély a hasür sürgős zárását kívánja és ezáltal a műtő teljes figyelme erre van irányítva. Ha egy ily esetben egy vérrel átitatott és a környező szövetektől sokszor rendkívül nehezen megkülönböztethető törülő a hasürben visszamaradt, úgy ez csupán egy nehezen elhárítható baleset, de nem orvosi gondatlanság.

Ugyancsak a *Reichsgericht* II. polg. tanácsának egy 1919. okt. 19.-én kimondott végzésének indokolása így szól: „... Idegen testeknek a hasürben visszamaradása a kihallgatott szaktekintélyek véleménye szerint nem tekinthető a kellő gondosság hiányának, mert nincs oly eljárás, mely azt feltétlen bizonyossággal meggátolhassa.“

A leglelkiismeretesebb és leggondosabb műtőorvossal is megeshetik, hogy egy idegentestet bentfelejt. Ennek veszélye különösen hasüri műtétek alkalmával igen nagy, éppen azon számos „bűvőhely“ miatt, melyet a hasür nyújt és azon gyorsaság miatt, mellyel ilyenkor operálni kell. Olyan különös körülmények, melyekből az az orvos hibásságára lehetne következtetni, nem voltak megállapíthatók.

Ezen indokolás világosan elárulja, hogy a német *Reichsgericht* nem azt kutatta, hogy a kérdéses eset elbírálásakor mily különös mentő körülmények voltak jelen, hanem azt, hogy voltak-e oly különös körülmények, melyek a nagyfokú gondatlanságot megállapíthatóvá tehetik.

Ezen döntvény-szemelvényekre utalni szükségesnek tartottam azért, mert manapság a közönség egy-egy ilyen tulajdonképpen műtéti balesetnek tekinthető esetet előszeretettel szokott kártérítési kereset indítására kiaknázni és nem árt, ha az operáló kartársak tudomásul veszik, hogy a nagy szaktekintélyek és egy világszerte tiszteletnek örvendő bírói testület ezen kérdést hogyan ítéli meg. Hogy az általam bemutatott eljárás a törülőknek a hasüregben visszamaradását minden esetben meg fogja gátolni, magam sem gondoltam, de azt remélem, hogy ezen sajnálatos és úgy a betegre, mint az orvosra kínos balesetek száma az általam ajánlott törülőkezelési módszerrel lényegesen csökkenthető lesz.

A Tisza István Tud.-Egyetem sebészeti klinikájának (igazgató: *Hüttl Tivadar* ny. r. tanár) és orvosi-vegytani intézetének (igazgató: *Bodnár János* ny. r. tanár) közleménye.

A jódozott tojás hatásáról.

Írták: *Lusztig Józsa* dr. és *Straub János* dr.

Régi törekvés az, hogy a gyógyszerek kellemetlen ízét elvegyük és tápszer alakjában nyujtsuk azokat a betegeknek. Előnye, hogy a kívánt gyógyító hatás elérése mellett még táplálja is a beteget és nem válik olyan hamar unottá, étvágyat rontóvá, mint a gyógyszer. A jód éppen azon szerek egyike, melyet sorozatos kúra alakjában szoktunk használni és szedése igen gyakran okoz kellemetlenséget. Ezért örömmel vállalkoztunk arra, hogy a *guti* bér gazdaságban előállított magas jódtartalmú tojások hatását az anyagforgalomra és a gyógyulásra megfigyeljük.

Kísérleteinkhez használt jódozott tojás színében és ízében a rendestől semmi eltérést nem mutatott. A be-

teg még tudatában annak, hogy gyógytojáshoz eszik, sem vesz ízében változást észre. Ha gondosan szétrakjuk és hideg helyen tartjuk, hetekig használható állapotban marad. A tojás jódtartalma *Straub**) kísérletei kapcsán 2500 γ -ig volt fokozható és az általa vizsgált jódozott tojásban a jódtartalom a tojás fehérje és sárgája között következőképpen oszlik meg:

	Tojásban	Tojás fehérjében	Tojás sárgájában
Anorganikus jód γ	1192	670	522
Organikus jód γ	482	40	442

Kísérleteink során először is azt vizsgáltuk, hogy az egészséges ember miképpen használja fel, illetve választja ki a jódozott tojásban levő jódot. Ugyanazon minőségű napi táplálék mellett két egészséges szervezet viselkedését figyeltük meg. A rendes napi táplálékon kívül az egyik személy naponta 3 db. közönséges, a másik pedig ugyancsak naponta 3 db. jódozott lágyra főzött tojáshoz fogyasztott. A vizsgálat alatt figyelemmel kísértük a kiürített vizelet jódtartalmát és a vér jódtükrét is meghatároztuk.

	Vér jódtartalma γ 0/0-ban		Vizelet jódtartalma γ 0/0-ban	
	jódozott közönséges tojást evett	jódozott közönséges tojást evett	jódozott közönséges tojást evett	jódozott közönséges tojást evett
Kísérlet előtt	6.5	13.6	19.6	3.56
1 nap után	—	—	239.0	4.80
3 nap után	42.7	9.2	347.4	6.00

Ezekből az adatokból kitűnik, hogy a jódozott tojás evésekor a szervezet kiüríti ugyan a felesleges jódot, kétségtelen azonban, hogy a nagymennyiségű organikus kötött jód bevitelével a vér jódtükrét átmenetileg tetemesen felemeli. A vérbe került jód azután olyan egyén szervezetében, akinek erre szüksége van, alkalmas módon fel is használódik s ezért a következő lépés egy golyvás lány anyagforgalmának megfigyelése volt azon célból, hogy figyelemmel kísérjük a jód sorsát az olyan szervezetben, amelynek arra szüksége van. A jódozott tojás etetésének ideje alatt itt is vizsgáltuk az egyén kiürített vizeletét jódtartalomra és a kísérlet elején és végén a vér jódtükrét.

S. E. 12 éves bodai leánygyermek 1932 január 2-án jött a klinikára. Felvételt a nyak elülső felszínén a pajzsmirigy helyén gyermekkökolyi, izomtápiatú terimenagyobbodás foglalt helyet, mely ellenére annak, hogy a leányka falujában rendszeresen kiosztott jódkészítményt a tanítója állítása szerint immár második éve be is szedi, alig kisebbedett. Alapanyagcsere normofunkciót mutat. Vérében kóros eltérés nincs. A gyermek korához képest úgy szellemileg, mint testileg eléggé fejlett. A leányka bejövetele után 24 óráig gyűjtöttük vizeletét, amelyben 2.5% jódot találtunk s az ugyanebben az időben vett vér jódtükrére 10% körül volt. A jódozott tojás evését január 23-án kezdte meg, naponta 5 darabot fogyasztva.

	Vizelet napi mennyisége ccm	Vizelet jódtartalma γ	Vizelet jódtartalma γ 0/0
1 nap után	300	3216	1072
2 „ „	1000	7800	780
3 „ „	1000	7450	745
4 „ „	1000	11130	1113
5 „ „	300	3125	1042
6 „ „	300	4407	1469

A jódozott tojás evésének elhagyása után:

1 nap után	1000	4680	468
2 „ „	500	350	70

A jódozott tojás evése után a gyermek alapanyagcsereje változatlan. Testsúlya másfél kilóval növekedett. A nyak

körfogata 1 cm-el kisebbedett, vérében változás nincs. A vér jódtükrére 32.4%-ra emelkedett. Tovább folytatnánk a kísérletet, azonban a gyermek hirtelen étvágytalanná lett, mindentől, különösen a tojáshoz még a látásától is undorodik. Könnyű diéta fogjuk és a jódozott tojás etetését elhagyjuk. 3 nap múltán étvágya visszatér s néhány napi pihenő után megkísérjük a rendes napi táplálék mellett két darab jódozott tojás etetését. Ezt a mennyiséget könnyen és étvágyal fogyasztja el a gyermek. E héten azonban lefogyott egy fél kilót, a nyak körfogata az utolsó méréshez képest változatlan, az alapanyagcsere most is a normofunkció keretén belül mozog. A naponta két darab jódozott tojás evése mellett:

Vizelet napi mennyisége Vizelet jódtartalma

	ccm.	γ	%
1 nap után	800	416	52
2 „ „	450	473	105.2
3 „ „	500	3212	642.4
4 „ „	800	5649	705.6
5 „ „	500	3317	663.4
6 „ „	300	4407	1469

A hatodik napon vett vérben 35% a jódtükrő, a vér jódtükrét épen úgy fel tudtuk emelni, illetve magas nivón tartani két tojáshoz, mint öt tojás napenkénti felhasználásával.

A vizelettel kiürült jódmennyisége azonban lényegesen magasabb 5 db. jódozott tojás evésekor, mint kettő után.

A gyermek összesen 4 hétig fogyasztotta a napi 2 db. jódozott tojáshoz. A kezelés végeztével igen jó erőben van, közérzete, étvágya kifogástalan. A pajzsmirigy megnagyobbodása csaknem teljesen visszafejlődött, alapanyagcsere indexében említésreméltó változást nem észlelünk.

A másik golyvás gyermek Alsójózsza községből jött klinikánkra. A község két-három év óta szintén endemiás golyvás terület.

A 11 éves értelmes, erőteljes fiúnak mindössze egy éve nő a pajzsmirigy, 2 hónap óta jódostrumit tablettát szed, de azt vették észre, hogy a golyvája nem fejlődik olyan hamarosan vissza, mint a többi gyermeké a faluban. Bejövetele után alapanyagcsere vizsgálatot végeztünk, melynek eredménye, —10.5% hypofunkció. A jódozott tojás evése előtt vett vér jódtartalma 10%, a vizeleté 9.8%. 1932. április hó 18.-tól kezdve naponta 3 lágyra főzött jódozott tojáshoz.

Vizelet napi mennyisége Vizelet jódtartalma

	ccm.	γ	%
1 nap után	1000	7200	720
2 „ „	1000	4400	440
3 „ „	1000	6200	620
4 „ „	400	4720	1180
5 „ „	1000	4240	424
6 „ „	500	1100	220
7 „ „	1000	1800	180
8 „ „	800	2272	284

A hetedik napon vett vér jódtükrére 33%.

Még egy hétig eszi naponta a három jódozott tojáshoz s a golyva visszafejlődése rohamos volt, klinice feltűnőbb, mint a bodai régebben persistáló esetben. Az alapanyagcsere a hét végén már kis +8%-os hyperfunkcióba csapott át, 96-os pulusszám mellett, az előbbi 72–76-os pulusszal szemben. A kezelést elhagyjuk. Újabb hét elteltével a gyermek alapanyagcsereje normofunkciót mutat. A pajzsmirigy a normalis nagyságot alig haladja meg. A szülők az eredménytől meglepve viszik haza teljesen gyógyult gyermeküket.

A nehéz gazdasági viszonyok akadályozták meg abban, hogy felnőtteken is megfigyeljük ilyenformán az anyagforgalmat. Nem tudunk sem a háztartásban elfoglalt anyát, sem a kenyérkereső apát, illetve felnőtt gyermeket rábírni arra, hogy szerintük ok nélkül heteket töltsenek a klinikán. Így aztán otthoni szedésre adtuk ki a jódozott tojásokat négy, a jódostrumit tablettát szedésére eddig nem gyógyuló esetben. Javulást ugyan láttunk, de teljes gyógyulást ezekben az esetekben nem

*) Zschr. f. Untersuch. d. Lebensmitt. 1933. 65. k. 970.

észleltünk. Hogy a gyógyulást nem a pontatlan szedés-mód hátráltatta-e, azt nem volt módunkban ellenőrizni, éppen ezért vizsgálati eredményeink értékelésében ezek-től az esetektől eltekintünk.

Eddigi vizsgálataink eredményét tehát abban foglalhatjuk össze, hogy a jódózott tojások etetésével golyvás betegeken sikerült jóddatást elérnünk még olyan esetben is, amely a szervetlen kötésben lévő jóddal szemben resistens volt.

A Tisza István Tudományegyetem női klinikájának közleménye. (igazgató: Kovács Ferenc. ny. rk. tanár.)

Súlyos coitus sérülés.

Irta: Ács Miklós dr. tanársegéd.

A coitus következtében létrejött hüvelysérüléseket tárgyaló közleményekkel elég gyakran találkozunk az irodalomban, ami bizonyosága annak, hogy nem tartozik a ritkaságok közé. Azért nem lesz érdektelen, ha itt ismertetendő esetünk kapcsán röviden általánosságban is kitérünk a coitus alkalmával létrejött hüvelysérülés keletkezésének magyarázatára. Tulajdonképpen minden közösülés mikroszkopos sérülésekkel jár, ennek azonban csak nemibetegségek átvitelében van jelentősége. A különben élettaninak mondható hymen-sérülés is okozhat kivételesen súlyos vérzéssel járó és sürgős műtéti beavatkozást igénylő állapotot, noha a hymen-sérülések inkább élettani határok között mozognak.

Többé-kevésbé kórtani és klinikai jelentőséggel bírnak azonban a coitus kapcsán keletkezett hüvelyboltozati sérülések. Valamennyi szerző megegyezik abban, hogy bár elméletileg elképzelhető lenne a legkülönbözőbb anatómiai diszonantiák (penis-hüvely térránytalanság, rövidebb hüvely, abnormalisan nagy himvessző, a vaginális nyálkahártya és hüvelyfal szakadékonysága, a hüvelyboltozatok gyengébb megépítettsége, a méh rendellenes helyzetei, a hólyag és a végbél felőli megterhelés, stb.) által kiváltott hüvelyfal-sérülés, mégis érdekes, hogy nem — mint ahogy várható volna — ezek az anatómiai adottságban gyökerező nagysági tényezők szerepelnek az aetológiában, hanem a gyakorlatilag fontosabb előidéző okok a következő két csoportba foglalhatók össze:

- a. szokatlan helyzetben végrehajtott közösülés,
- b. pszichikai tényezők.

Az első csoportba tartozó okok értelmében annál valószínűbb lesz a hüvelysérülés bekövetkezése, minél nagyobb a kedvezőtlen közösülési helyzet folytán előállott incongruentia a penis és vagina között a coitus alatt fennálló topographiai viszonyban. (Természetesen elősegítő körülmény lehet itt is a térránytalanság, noha az, mint azt már említettük, egyáltalában nem fontos feltétel.) Kedvező viszonyok adódnak tehát a hüvelysérülésre ceteris paribus az ülő helyzetben történt, vagy más kedvezőtlen elhelyezkedési viszonyok között végzett cohabitatio alatt.

Az anatómiai, illetve mechanikai feltételek fenti adottságával legtöbbször *pszichikai feltételek* is együtt járnak. Az említett kedvezőtlen posíciók ugyanis rendszeren tilosban járók, váratlan körülmények és alkalmak gyors kihasználási törekvéseiből adódnak, — eltekintve szórványos kivételektől. Ez viszont természetszerűleg úgy a férfi, mint a nő részéről bizonyos különleges helyzeti izgalmakkal és lelki feszültségekkel jár, mint a meglepetéstől félelem miatti izgatottság, gyors orgasmusra törekvés, fokozottabb szemérem és szégyenérzet, illetve vo-

nakodás a nő részéről, alkohol hatása miatt felfüggesztett psychikus cselekvési kontroll s ebből származó durva erőszak stb. A psychikus tényezőket tehát legtöbbször együtt találjuk a mechanikai feltételekkel.

Az ezen kérdéssel foglalkozó hatalmas irodalom ismertetésére, melyek hasonló természetű sérülésekről számolnak be, nem térhetek ki, csupán megemlítem, hogy Weichmann által észlelt 170 coitus-sérülésből 21 halálos volt, Neugebauer pedig 22 halálos esetet észlelt 157 közül. A halál oka elvérzés, vagy septikaemia volt. Ezen adatok eléggé alkalmasak arra, hogy a kérdés klinikai, törvényszéki-orvostani és sociológiai jelentőségét igazolják s így a komolyan foglalkozást vele indokolják.

Esetünk kapcsán csak Bilenko rostowi orvos három jellemző kórtörténetét ismertetem röviden, mivel azok tanulságai a saját esetünkből vonható következtetéseket kifejezetten megerősítik.

Bilenko első esetében egy 26 éves nőről van szó, akinek 8 coitusa közül az utolsó kettő abnormis körülmények között történt. A rendőr tettenérte őket (coitus interruptus) és a rendőri közeg távozása után fejezték be az actust. Három napig tartó fájdalom után a nő panaszai megszűntek. Az ötödik napon újabb coitus a szabadban, mikor egy arrajáró miatt megint megszakadt az actus, melyet később félig fekvő helyzetben befejeztek. Utána rögtön nagy fájdalmat érzett a beteg, nem is tudott felkelni. A belső vizsgálat a hátulsó hüvelyboltozat 8 cm hosszú, egyenetlen szélű sérülését állapította meg. Conservativ kezelés, négy nap múlva kibocsátás.

Második esetében szintén 26 éves nőről van szó, aki egy év óta él nemi életet s utolsó négy coitusát folyó partján végezte félig ülő helyzetben. A harmadik coitus után vérezni kezdett, a negyedik coitus megszakított, mert a nő egy arrafelé haladóban férjét vélte felismerni, de végül az actust félig ülő helyzetben mégis befejezték. Utána heves görcsök, vérzés, a mentők intézetébe szállítják. Az erősen kivérzett asszonyon a jobb hüvelyboltozatban mély repedés. Három csomós varrattal ellátják; a seb primán gyógyult.

Harmadik esetben a nő félig eszméletlen állapotban került kezelés alá. Vizelekor fájdalom, láz; analis nyílása igen érzékeny; genyes ürülés. Két hét óta él nemi életet (négy coitus). Első coitus szabadban, második padon, harmadik és negyedik pusztaföldön. Következő napokon hidegrázás, puffadt has, belövelt vulva, két fissura a hüvelyboltozatban. Conservativ kezelés, hamarosan deliriumok lépnek fel, septikus állapot, exitus. A boncolás súlyos hüvelyboltozati sérülésből származó sepsist állapított meg.

Látjuk tehát, hogy minden esetben erős nemi izgalom a férfi részéről, megzavart coitus, ezért energikusabb befejezés (sietés a orgasmus felé), nő részéről félelem, ellenkezés és kényelmetlen, nem megfelelő helyzet. Fontos megemlíteni, hogy a szereplő férfiak pénise minden esetben normalis nagyságú volt, tehát *térránytalanság nem volt*.

A mi kórtörténetünk röviden a következő: P. M. 25. éves nő két évvel ezelőtt kiviselt gyermeket szült. 1931. november 1-én este 1/12 órakor szállították be a klinikára. Orvosa előadta, hogy a súlyos állapotban levő beteghez, (anaemia, szédülés, sötét látás, vérzés a hüvelyből) egy órával előtte hívták és azt kikérdezve megtudta tőle, hogy aznap esete 7 órakor coitus történt a földön oldalt fekvő helyzetben, erősen viaskodva és félve a szinte megvadult ittas férfitől. A coitus közben heves fájdalom és utána mindinkább erősödő vérzés. Az orvos hüvelyboltozati sérülést talál, hüvely tamponadot alkalmaz és beszállítatja a klinikára. Klinikai lelet: az erősen kivérzett beteg bőr és látható nyálkahártyái rendkívül halványak, erősen szédül, sötétet lát, pulsus 116, könnyen elnyomható. A hasban kopogtatással eltérés nincs. A hüvelybe

helyezett Dührssen csik teljesen átvérzett, végéről piros arteriosus vér sűrűn csepeg alá.

A súlyos anaemiára, valamint a jelenleg is fennálló vérzésre tekintettel azonnal műtőasztalra fektetjük a beteget és a műtéthez mindjárt hozzákészülve végezzük el az alaposabb vizsgálatot. A Dührssen csikot eltávolítva, először narkosisban belső vizsgálatot végzünk, amely alkalommal megállapítjuk, hogy a rendes nagyságú, csapalakú portio közepén foglal helyet, az uterus rendes nagyságú, mobilis ante-flexio-versióban van és a portio mögött a jobboldali és hátsó hüvelyboltozaton keresztül ferdén jobboldalról felülről balra lefelé és hátra irányuló 5 cm hosszúságú táguló sérülés van, melyen keresztül vizsgáló ujjunkkal mélyen betapinthatunk a parametriumba. Vizsgálat közben erős vérzés áll fenn. Digitális vizsgálatkor annak a megállapítását, hogy penetráló sérülés van-e jelen, az erős vérzésre tekintettel nem erőszakoljuk, hanem azonnal műtét feltárára térünk át. A portio hátsó ajkát megragadva és előhúzáva, a fornix posterior sérülését látóterbe hozzuk. A sérülés üregének óvatos kitörése után tompa eszköz bevezetésével meggyőződünk arról, hogy a hasürbe penetráló sérülés nincs, amennyiben eszközünk vékony lemezszerű akadályba (ligamentum latum hátsó lemeze) ütközik; a parametrium van csupán a ligamentum latum lemezéig szétrombolva s a műszer a sérülésbe 5 cm-nyi mélységig beszűszethető. A seb két szélső zugának irányoltéssel végzett kihúzása után, a parametriumot a seb mélyén összehúzzuk vékony súlyosított cat-gut öltésekkel, ügyelve arra, hogy az urethert meg ne sértsük. A seb mélyét két rétegben kellett elvágni ahhoz, hogy végül a hüvelyboltozat sebszéleit harmadik rétegben csomós cat-gut öltésekkel egyesíthessük. A vérzés teljesen megszűnt. Ezután a szokásos eljárásokkal küzdöttünk az anaemia ellen és a beteg a 7. napon zavartalan gyógyulás után egészségesen távozott.

Kórtörténetünk tanulsága egybevág úgy *Bilenkó* eseteivel, valamint azokkal a többi szempontokkal is, melyek az irodalom eddigi adataiból kidomborodnak. Nevezetesen: itt sem volt téránytalanság megállapítható. A férfi a kezelőorvos utólagos megállapítása szerint normalis penissel bírt, akinek ilyen irányú calamitása még nem volt. A nőn sem lehet szó a legcsekélyebb anatómiai rendellenességről sem, sőt már egyszer szült fiatal nőről van szó, akin a nemiszervek már ennél fogva fejlettebbek és tágulékonyabb szövetűek. A mégis ennek ellenére létrejött igen súlyos sérülés okát tehát kizárólag a közösülés alkalmával szereplő kedvezőtlen helyzetre, mint mechanikai tényezőkre vezethetjük vissza, melyet súlyosbított a nő védekezése folytán a genitális izomzatnak a coitus számára kedvezőtlen beidegződésű tonus állapota és a férfi brutális erőszakossága, amely utóbbi viszont az alkoholhatás következményének tudható be.

A gyógykezelésre vonatkozólag azt mondhatjuk, hogy a 24 órán belül orvosi ellátás alá kerülő esetekben (ezek a sérülések a vérzés stb., miatt legtöbbször frissen kerülnek orvoskézbe), *sohasem elégedjünk meg conservatív kezeléssel, illetve tamponálással*. Az irodalomban található ismertetésekből az tűnik ki, hogy az elvérzés vagy fertőzés folytán halálos sérüléseket legtöbbször csupán tamponálással kezelték. Alapos feltárás és a leggonoszabb vizsgálat nélkül ugyanis nem is állapíthatjuk meg pontosan a sérülés természetét, nagyságát és méreteit. Az egyszerű tamponkezeléssel elnézhetünk hasürbe penetráló sérülést, továbbá az uterina nagyobb ágának sérülését, mely közvetlen elvérzéses halált eredményezhet, mint ahogy azt sokan leírták. A mi esetünkben is láttuk, hogy az orvos által a háznál adott szoros hüvelytamponade teljesen átvérzett s azon keresztül a vérzés tovább is akadálytalanul tartott mindaddig, míg a már erősen kivérzett asszonyban a sérülést sebészileg el nem láttuk. De életveszélyes vérzés és penetráló sérülés hiánya esetén a paracolpium, illetve parametrium ilyen zúzott sérüléséből, annak el nem látása esetén, súlyos infectio indulhat ki, sokszor — mint azt az irodalom idézett esete is mutatja — halálosvégű fertőzéssel.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Vérnyomásmérés methodikája, *Bonsdorff*. (Helsingfors 1932.)

A szerző a göttingeni belklinikán *Straub* ellenőrzése mellett végzett vizsgálatok eredményeit közli. A műben tárgyalt anyag tulajdonképpen három részre osztható.

Az elsőben rendkívül széleskörű irodalmi ismeretek alapján, történelmi sorrendben leírja a kritika tárgyává teszi azokat a methodusokat, amelyeket a vérnyomás indirect úton történő meghatározása céljából kidolgoztak *Vierordt* és *Basch* alapvető munkásságától *Potain*, *Sahli*, *Riva-Rocci*-n keresztül *Recklinghausen* és *Plesch* legújabb apparatusaiig. Külön fejezetben tárgyalja a magyar szerzők, *Benczúr*, *Rusznay*, valamint *Zárday* és munkatársaik kísérleti eredményeit, amelyek — ha physikai szempontból a szerzők nézete szerint nem is teljesen exactak — mégis a valósághoz közelebb álló adatokat szolgáltatnak, mint bármely más eddigi módszer. Logikai hibának tartja plethysmographiával vagy capillarmikroskopiával kontrollálni azokat az adatokat, amelyeket az auscultatio vagy percussio szolgáltat, mivel a két megfigyelési mód célkitűzése más és más.

A második részben saját, *Wolf*-al együtt végzett kísérleteiről számol be, amelyekben — ki akarván iktatni a szokásos vérnyomásmérési methodusok közös hibáforrásait (az arteriafal rugalmassága, a vízlökés, az áramlás megszűnése pillanatának a bizonytalan meghatározása) — direct arteriapunctio útján vett fel sphygmogramokat az arteria cubitalisról, a subclaviáról és a femoralisról, amely görbékét utólag calibrálva „absolut sphygmogramm”-okat nyert. Az ezekről leolvasott nyomásértékek részben megegyeznek a RR-methodus által szolgáltatott adatokkal, részben kisebbek, vagy nagyobbak azoknál. Ezen methodust összekapcsolva *Riva-Rocci* módszerével, azt is megfigyelte, hogy a felkarra csatolt manchetta fokozatos felfúvásakor nem annál a nyomásnál szűnik meg az arteria cubitalis pulsatioját jelző manometer ingadozása, amelyik megfelel a beteg véres úton mért systolés nyomásának, továbbá, hogy ha az arteria cubitalis nyomását jelző manometertől peripherián csomósította az alkart, akkor a cubitalisban uralkodó nyomás kb. 10 Hg mm-rel emelkedett, aminek a megismerése lehetővé tette a „vízlökés”-nek, mint hibaforrásnak a quantitativ értékelését.

A könyv harmadik részében azokról a vizsgálatokról ír, amelyekkel vértelen úton is sikerült neki „absolut sphygmogramm”-ok felvétele. Jólzáró ragasztóanyagot használva, a vizsgálandó egyén egyik ujját isometrikusan construált plethysmograph-szerű eszközbe helyezi, amelyben a légnyomás tetszésszerű változtatásával, utólag calibrált *Broemser*-capsula segítségével az arteria digitalis különböző compressiók nyomásos mellett létrejövő oscillatioit regisztrálja. Az így nyert systolés nyomásértékek kb. 30 Hg mm-rel alacsonyabbak az arteria cubitalisban véres úton regisztráltaknál.

A methodust minden tekintetben teljesen exactnak tartja, amely a physika minden követelményének megfelel. Complicáltságánál fogva azonban csak tudományos jelentősége van és így a gyakorlatban még mindig meg kell elégednünk a számtalan hibaforrással rendelkező *Korotkow*-methodussal.

Kalapos Imre dr

Sebészet.

A mesterséges bélsipoly technikájáról, különös tekintettel a későbbi önkéntes elzáródásra, *D. Sarajoff*. (Zbl. f. Chir. 1933. 4. sz. 198. o.)

Szerző először is felsorolja a mesterséges bélsipolyok készítésére használatos eljárások előnyeit s hátrányait. A *Witzel* sipoly hátránya, hogy a ferde csatorna készítéséhez túlsok bélfal szükséges és különösen a vékonybélnél, nem vezet kielégítően. Előnye, hogy a passage zavar megszüntével legtöbbször önmagától záródik. *Mixter* cső bevarrásakor gyakran sipoly marad vissza, melyet műtéttel kell zárni, nagy előnye, hogy igen jól vezet.

Továbbiakban a szerző közli, a *Mixter* csőves eljárásnak általa kidolgozott, technikailag igen egyszerű módosítását, melynek lényege az, hogy egy dohányzacskó varrat és több, körkörös elhelyezett csomós varrat segítségével a bélfalból szükség szerint hosszabb-rövidebb csövet képez, amely savós hártájával szorosan az üvegcsőhöz tapad, nyálkahártyájával pedig a bél ürege felé tekint. Előnye, hogy a csövet jól rögzíti a bélben, csökvetel után összeesik, szűk s rövidebb lesz, amint egy sectiós készítményük is mutatja, savós hártájával könnyen összetapad és így legtöbb esetben önmagától záródik.

Röviden közli 19 ily módon operált betegének körleírását. A cső soha 8—40 nap előtt nem esett ki, illetve nem távolították el. A sipoly átlag 27 nap alatt záródott, 100%-ban önként gyógyult.

Marik Miklós dr.

Tüdőembolia varix esetén alkalmazott injectiós kezelés után. Bsteh. és M. Teichmann. (Zbl. f. Chir. 1933. 7. sz. 376. o.)

A varicositas cruris újabban alkalmazott injectiós kezelésével kapcsolatosan beszámolnak a szerzők 3 esetükről. Mind a 3 esetben kezelés után tüdőembolia, infarctus, illetőleg tovaterjedő thrombosis lépett fel, egy esetben halálos következménnyel. Szerzők inkább a veszélytelen percutan mûtéti kezelést ajánlják, amennyiben nagy statisztikák (Trendelenburg, Pheeters, Rice) szerint is a mûtéti kezelés halálozási arányszáma csaknem elenyésző.

Fabó Zoltán dr.

Szülészet.

Az ép emésztőcsatorna helyzet- és functiováltozásai a terhesség végén. H. Guthmann és F. Stähler. (Zbl. f. Gyn. 1933. 4. sz.)

Az elváltozásokat 23 egészséges terhesen vizsgálta a VII—X. terhességi hónapban. Általában tonuscsökkenés volt kimutatható az egész béltractuson. A méh által okozott nyomás leginkább illette a gyomrot, az utolsó ileumkacsokat, a sigma alsó végét és a rectumot. A cardia legtöbbször igen laza volt és kevésbé záróképes. Ez a körülmény megmagyarázza a terhesség végén fellépő gyakori gyomorégést. Egy, a terhesség végén jelentkező hányáskor a nyelőcső hypotóniáját és cardiaspasmust talált. A coecumra vonatkozó tapasztalatok abban foglalhatók össze, hogy ez a szerv akár tenyérszerű eltávolítást is szenvedhet, ami a terhességben fellépő appendicitis létrejöttére vonatkozólag nem közömbös. Ugy az irodalom, mint a saját észlelése alapján megállapítható, hogy a terhesség alatt a vakbél alsó polusa magasabban foglal helyet, egész a crista ossis ilei magasságáig. A rectum és a sigma alsó része comprimálódik. A terhességben oly gyakori obstipatio, úgy látszik proctogen.

Lányik István dr.

A ligamentum rotundum és a hasfal sebének kombinált endometriosisa. R. Brodsky. (Zbl. f. Gyn. 1933. 5. sz.)

A 33 éves asszony hasfali mûtéti hegében fellépő fájdalmas daganat miatt kereste fel a rostowi kórház nőgyógyászati osztályát. A daganat a menstruatio fellépte előtt néhány nappal az anamnesis szerint meg szokott duzzadni, a fájdalmak erősödnek s még a menses lezajlása után 6—7 napig változatlan mértékben fennállanak. A felvételnél a daganat 3½ cm hosszú, 2½ cm szélesnek bizonyult, a felületes rétegek fluctuatiót mutattak. A mûtét eredetileg a daganat kimetszéséből állott volna, azonban az operatio közben vált láthatóvá, hogy a daganat a ligamentum rotundummal szélesen összefügg s eltávolítása csak a bal rotundummal együtt volt lehetséges. Görcsö alatt úgy a hasfalból, mint a méhszalagból készült metszeteken tipikus endometriosis volt látható. Az eset az irodalomban egyedülálló. A gondos histológiai vizsgálat azt a feltevést látszik igazolni, hogy a hegben fellépett primaer endometriosis terjedt át a hasfalhoz hozzánőtt ligamentum rotundumra. A hegben fellépő endometriosis keletkezésére vonatkozólag, tekintve, hogy az asszony előzőleg a méh megnyitásával járó mûtétet: császármetszésen esett át, legvalószínűbb a Sampson-féle transplantiós theoria.

Lányik István dr.

Gyermekegyógyászat.

Diphtheriaellenes immunizálás toxoiddal. Kreitz. (Amer. Journ. of Dir. of Child. 1932. 44. k. 1249. o.)

100 Schick-positív ápolónőnek egy heti időközben kétszer 1 ccm. toxoidot adott. 14, illetőleg 16 hét múlva 87, illetőleg 82%-uk Schick-negatívnak bizonyult. Egy másik, kb. 50 főnyi csoportnak egy ízben adott 1.5 ccm toxoidot. Ezeknek csak 60%-a vált negatívvá.

Surányi Gyula dr.

Csecsemőexsiccosis hydratatíós terapiája. R. Canino. (La Pediatría. 1933. 41. k. 37. o.)

A csecsemő normalis és kóros vízháztartásának ismeretése után az egyes terapiás eljárásokat ismerteti, melyek a vízvesztés pótlásán nyugszanak. Végül a következtetéseket állítja fel. Nem inféctió, acidosis nélküli egyszerűbb dyspepsiák esetében hányás és hasmenés következtében chlor és alkali veszteség pótlására Ringer-oldat per os,

Fertőző betegségek kapcsán fellépő, enterális tüneteket nem okozó vízvesztés esetében cukoroldat a bőr alá, vagy vénába. Ha hányás is van, akkor Ringer-oldattal együtt. Acidosiskor (nem tér ki arra, hogy miként állapítják meg az acidosiszt) a chlort kerülni kell. Acidotikus toxikosis és alimentaris intoxicatio esetében bicarbonatoldat alkalmazása jön szóba, bár főleg francia szerzők jó tapasztalataival szemben kétséget fejezi ki. Annál inkább ajánlja a cukoroldatot. A vértransfusiót és serumtherapiát elsősorban inféctiós eredetű exsiccosisokban ajánlja.

Surányi Gyula dr.

A larynx-tuberculosis gyermekkorbeli ritkaságát okozó tényezőkről. Di Lauro. (La Pediatría 1933. 41. k. 62. o.)

A larynx-tuberculosis rendszerint a súlyos tüdő-tuberculosis szövödménye. A gyermekkorban teljes fejlettségében jelenlévő lymphaticus rendszernek tuberculosisal szemben védőhatása akadályozza meg, hogy a tuberculosis könnyen generalisálódhasson, a larynx-tuberculosis pedig rendszerint a generalisálódás részjelensége. Ezenfelül a gége anatómiai viszonyai csak a pubertaskor alakulnak ki véglegesen. Így a gége infantilis anatómiai és vérrellátási viszonyai is magyarázzák, hogy a gége nyálkahártya gyermekkorban resistensebb Koch-bacillussal szemben, mint később.

Surányi Gyula dr.

Szemészet.

Újfajta mikroorganizmus trachomás szövetben. Prof. A. Motegi. (Klin. Monatsbl. f. Aug. 1933. márc.)

Ochi 1931-ben újfajta mikroorganizmust mutatott ki trachomás szövetben. A szerző Ochi technikája szerint 2%-os szőlőcukrot tartalmazó hydrokele táptalajba oltott trachomás szövetet. A táptalajban ezen mikroorganizmusok friss trachomás esetekből 93%-ban, régebbi stadiumban levő esetekből 23%-ban, igen régi esetekből 53%-ban voltak kitenyészhetők. A mikroorganizmusok a tenyésztetben kezdetben nagy 5—6 mikron átmérőjű sarjadzógombákhoz hasonló képletek, később azonban kisebb staphylococcus, vagy még kisebb coccuszerű képletekké alakulnak. Ezen mikroorganizmusok a trachomás váladékban is megtalálhatók, azonban eltérőleg a táptalajban tenyésztéstől, a régebbi esetekben vannak jelen nagyobb száralékban. A culturából származó képletek affinitása a festékekhez nagyobb, mint a kikenet váladékban levőké. Vak emberek kötőhártyájára különböző technikával történt tiszta tenyészetek oltása, valamint friss trachomás szöveteknek átoltása nem adott meggyőző eredményeket, s ezért ezen képletek kórokozó tulajdonsága még nem tisztázott.

Fodor Géza dr.

A migrain ophthalmic keletkezéséről és gyógyításáról. J. Strebel. (Klin. Monatsbl. f. Aug. 1933. 90. B. febr.)

Tapasztalatai alapján a migrain ophthalmicot az allergiás megbetegedések közé sorolja. A többi allergiás megbetegedéstől eltérően itt endogen antigenek szerepelnek. Az antigeneket valószínűleg a bélnyálkahártya termeli. Eppen ezért útközik nehézségekbe a desensibilizáló serum előállítása. Antigenek keletkezésén kívül a migrain ophthalmic létrejöttéhez dispositio is szükséges. Dispositióként szerepelhet a sympathicus tonusváltozása.

Továbbiakban a terapiáról szól. Ez részben a migrain chronicus kezelésére, részben a roham megszüntetésére vonatkozik. Az allergia megváltoztatására szolgálnak a Schlesinger által ajánlott pilulae ferri calcaratae és a species laxantes turicensis. A rohamok megszüntetésére luminal-pyramidon porokat ajánl feketekávéban és alkoholban oldva.

Végül röviden megemlíti a migrain ophthalmic localisálásáról. Ha elfogadjuk azt a teoriát, hogy a migrain a sympathicus tonusának növekedése útján keletkezik, akkor közelfekvő a gondolat, hogy a sympathicus tonusának növekedése a közti agyvelő vegetatív centrumaiból indul ki.

Illés Péter dr.

Fülgyógyászat.

VIII. agyideg CO általma. Hünermann. (Fol. oto-lar. 1933. 22. k. 5—6 f.)

CO azok közé a mérgek közé tartozik, melyek ritkán szerepelnek a szakirodalomban, mint hallás és egyensúlyzavarokat okozó ártalmak. A gyakori CO-mérgezés ismert tünetei mellett csak ritkán látni szigorúan a hallószerv részéről jelentkezőket. A szerző szerint ennek az a magyarázata, hogy az ilyen mérgezetek a belgyógyász kezelése és megfigyelése alatt szoktak állani csupán s az esetleges oto-

logiai méltánylást érdemlő tünetek, amilyen a fülzúgás, nagyothallás, émelygés, hányás, szédülés, központi idegrendszer jelenségekként könyveltetnek el. Alt által közölt esetben az említett tünetek, a hallóideg körüli gyulladásokból s interstitialis elváltozásokból, multiplex echymosisokból adódtak. 59 éves gázgyári munkás került heveny CO-mérgezésrel a szerző észlelése alá. Otoskopiai lelet normalis, ideg eredetű halláscsökkenés és csökkent vestibularis ingerlékenység állapítható meg. Hónapokon át tartó panaszaihoz (szédülési rohamok, hányinger, hányás, nagyothallás) statikai ataxia társult spontán előre eséssel, hallása azonban javult, majd egy év múlva szívgyengeség tünetei között meghalt a beteg. Boncolati lelet: a hallószerv s a VIII. agyideg részéről eltérés nincs, a kisagy szürke állománya alatt gliahegyesedések corpuscularis amyl-lal extra cellularis zsírcseppekkel, az erek körüli sejtes beszűrődésekkel. E góccok a nagyagy területén is láthatók. A halál oka a szív koszorús ereinek arteriosclerosis, mely a kórboncnok szerint a CO-val nem hozható oki összefüggésbe. A szerző szerint az egyensúlyi zavarokat a kisagy, a hallás zavarokat pedig az akustikus pálya területén székelő nagygyi elváltozások magyarázhatják. E góccok viszont a CO által feltételezettek.

Alföldy Jenő dr.

A felső állcsont osteodystrophia fibrosája és otosklerosis. Z. Hirsch. (Fol. oto-lar. 1933. 22. k. 5—6 f.)

60 éves nőbeteg bal felső praemolaris táji óriás sejtű epulist távolítottak el, mely betejtett a bal arcbólbe is, hol már azonban osteodystrophia fibrosának kórisméztetett. A betegnek otosklerosisa is volt. Az óriás sejtű epulis, másnéven barna daganat jó indulatú s magától is gyógyulhat kötőszövetes átalakulás, vagy elmeszesedés által. A szerző szerint ilyenkor keletkezhetik az osteodystrophia fibrosa az epulis helyén. Recklinghausen által ismertetett osteodystrophia fibrosa némelyek szerint endocrin, mások szerint avitaminosisos zavarok következtében jön létre. Vitás genesise mellett az bizonyos, hogy helyi csont táplálkozási zavarok folytán akkor keletkezik, amikor a csont bizonyos oknál fogva amúgy is megérett a leépítésre. Szövetileg a beteg csont lacunaris felszívódás képét mutatja osteoblast és osteoklast típusú óriás sejtekkel. A újonnan képzett csontszövet mélytelen. Webernek fiatal kutyákon D-vitamin-mentes táplálékkal sikerült a labyrinth csontos tokján ilyen állapotot létrehozni. Mayer, a szerző és mások a fentiek alapján az otosklerosisat a labyrinth csontos tokjának „osteodystrophia fibrosa”-szerű megbetegedésének tartják.

Alföldy Jenő dr.

Bőrgyógyászat.

Resistens női gonorrhoea kezelése kombinált pyrifery-trypaflavin injectióval. G. Schultze—Wolters. (Derm. Zschr. 65. k. 4. f.)

A szerző azon megfontolás alapján, hogy a chemikaliák lázas állapotban jobban hatnak, mint a normalis hőmérséklet mellett, — a női gonorrhoea oly eseteiben, melyek más kezelésre nem javulnak, vagy recidiváltak, — pyriferynek és trypaflavinnak együttes adagolásával próbálkozott és jobb eredményeket látott, mint e két szerek külön-külön alkalmazásával.

A therapia menete a következő: reggel 50—5000 millióig emelkedő csíraszámú pyrifery-injectiót adott intravenásan — közvetlenül ez után a pyrifery által okozandó rosszullét megelőzésére 0.1 gr. luminált per os, — a láz legmagasabb pontján, vagy közvetlenül az előtt 3 ccm. 0.5%-os trypaflavin oldatot fecskendezett be intravenásan. Az oldat koncentrációját 2%-ig, mennyiségét 5 ccm.-ig emelte a kúra alatt. 8, 10, 12 lázas rohamot tart szükségesnek, 1—2 napos pihenő közbeiktatásával, amikor localis kezelést alkalmaz.

10 esetet kezelt ily módon, igen jó eredménnyel, — recidivát nem észlelt. Menstruatio idejében e kúra nem alkalmazható, az adnexitis veszélye miatt.

Thoroczkay Miklós dr.

Neoarphenamin-shok. Harold Orr. (Brit. Journ. of Derm. and Syph. 1933. 2. sz.)

Intravenás neoarphenamin után fellépett shok esetét és tüneteit ismerteti. Megkülönböztethető a nitritoid-crisistől, mert a neoarphenamin-shok nem reagál adrenalinra; a szívbántalmak kapcsán fellépett shok-tól pedig auscultatioval differenciálhatjuk. Neoarphenamin-shok a vérpályába juttatott megfelelő mennyiségű normal sóoldattal kedvezően befolyásolható. A beteget 12 óráig még szemmel kell tartani, szükség esetén újabb mennyiségű sóoldatot kell juttatni szervesztébe, mindaddig, míg a rendes szívműködés és vérnyomás helyre áll.

Simon Pál dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Kreislaufstörungen und pathologische Histologie. Prof. M. Nordmann. (174. oldal, 14 szövegközi ábrával. Th. Steinkopff drezdai és lipcei cég 1933. évi kiadása. Ára füzve: 13.80 márka.)

A Bruno Kisch kölni professor által szerkesztett: „Ergebnisse der Kreislaufforschung” című gyűjtő munka ezen legújabb (IV-ik) kötetében a theoretikus jut szóhoz a tübingai egyetem kórboncnok-magántanárának személyében. Tárgyalásából bár kikapcsolja a szív közvetlen szerepének közelebbi ismertetését, mindazáltal még mindig csodálni való, hogy a helyi- és a környéki érpályánbelüli vérelőszedések változásait mindössze 49 oldalon, az extravascularis zavarokat, a véredények falának megbetegedéseit, valamint a szöveti anyagcsere és a keringés egymásba kapcsolódó fogas kérdéseit pedig nem több, mint 6 íves terjedelemben képes összefoglalni. Ezt természetesen csak úgy tudta megtenni, hogy munkáját összefoglaló jellegű kisebb compendiummá tömörítette. Ezért érthető, hogy a külföldi szerzők közül olyan nevek, mint pl. Barcroft, avagy Fähræus stb., a hazaiak közül Huzella stb. említés nélkül maradtak. Az újabb német irodalmat azonban körültekintően méltatja, amint ez az egyes fejezetekhez készített irodalmi összeállításokból is kiténik. A kórbonctani tankönyvek megszokott tárgyalási módorával szemben egészen újszerűen és felüldítően hat különösen a hajszáleres keringés széleskörű ismertetése. Itten erősen éreztetik hatásukat a legújabb kutatási módszerek, így többi között: a Müller Ot-fried inaugurálta „capillaris mikroszkopia”, valamint a mikrokineematographia stb. Nagy érdeme a szerzőnek, hogy a vérkeringés óriási labyrinthusából csak a maga számára jól kiszabott körzetet járja be, ahol helyes érzékkel megválasztott Ariadne-fonállal irányítja a legjobb úton az olvasó érdeklődését. Ez az Ariadne-fonala: a klinikum és a kísérletekkel kiegészített elméleti tanulmányok ügyes összhangba hozása. Befejező soraiiban nyíltan kimondja, hogy tudatosan tett hitet a könyvében kifejezésre jutó határozott, egységes theoretikus alapfelfogás mellett, ami nélkül szerinte általában lehetetlen bármiféle tudományos problema érdemleges tárgyalásához hozzáfogni. Az ő hitvallása: a különböző keringési zavarok értelmezésében az idegbehátások következtetés előtérbe állítása. Szerintünk ezáltal árulja el igazán, hogy ő az első mesterének: Ricker Gustav magdeburgi pathologusnak hű tanítványa. Igen rokonszenvesen a „nervalis”-felfogással szembenállók sem becsüli le, elismervén, hogy ezek munkáiból is támadnak újabb nézőpontok. Mindebből az az ígért meríthető, hogy a legkülönbözőbb tudományos nézetű orvosok is egyformán szívesen fogják lapozgatni ezt a gondos és helyes beosztással készült s minden különösebb fáradság nélkül igen jó tájékoztatót nyújtani tudó kis könyvet.

Balogh Ernő prof.

Chirurgische und conservative Kosmetik des Gesichtes. Leander Pohl. (Urban és Schwarzenberg, 1931. 380. oldal.)

A könyvet Pohl 10 munkatárssal írta meg, eltérően az eddig e téren megjelent könyvektől, amennyiben a főszű nem a plastikai részen, hanem inkább a kosmetikán nyugszik. Orvosi kosmetikát nyújtanak teljesen egyszerű beállításban. Minden egyes fejezetben más-más szakember jut szóhoz. Az első fejezetben az arc különböző típusai tárgyaltnak művészi alapon. Pontos mértani rajzok, anthropologiai megfigyelések, az orr-ajak, fülek, szemek sorozatos rajzai érzékeltetik az egyes változatokat.

A második fejezetben a bőrgyógyászati megbetegedések okozta elváltozások képezik a megbeszélés tárgyát, vonatkoznak azok akár a bőr színére, akár az arc, illetőleg szöveteinek elváltozására. A képek a legjellegzetesebb típusokat mutatják be. A következő fejezet a májfoltok, naevusok, érdaganatok, bőrdaganatok, hegek, szőrfoltok s ezek által okozott torzulásokat s azok kezelését tárgyalja, kiegészítve az arc bőrének betegségeivel. Ennek keretében esik szó az arc-massageról és az arcráncok plastikus eltüntetéséről is. Külön fejezet tárgyalja a röntgenbesugárzással elérhető szűrtelenítést. Az arc, orr, fül pótlására szolgáló eljárásokat tökéletes leírás mellett igen jól sikerült fényképek érzékeltetik. Igen részletesen foglalkozik a könyv a szájon, ajkakon, az állon előforduló megbetegedésekkel, azok által okozott torzulásokkal és azok javításával. A velszűletett hasadékok, nyúlajk, farkastorok, külön megbeszélés tárgyát képezik. Ujítása a könyvnek, hogy a foghús, fogmedernyulvány betegségeivel, valamint a fogak állásának javításával is foglalkozik. Végül kiterjed a könyv azon hiányokra is, melyek prothesisekkel pótolhatók.

Ezen könyv kozmetikával és plastikával foglalkozók részére nélkülözhetetlen; nagy előnye a könyvnek a könnyen érthető leírások és szép ábrák.

Czeyda-Pommersheim Ferenc dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület április 28-i ülése.

I. Előadássorozat a műteti fájdalom csillapításáról.

1. Verebely T.: A sebészeti fájdalomcsillapításról. A fájdalomcsillapítás legfőbb törvénye az individualisatio, ami semmiképpen sem teszi jogosulttá az oly értelemben megmeredett álláspontot, hogy a sebész minden esetben a helyi, vagy általános érzéstelenítést, annak egy-egy szerét alkalmazza. A fájdalomcsillapítás gyógyszerhatás, amelynek elbírálásában az alkat mellett döntő szerep jut a műtét szokhatásának és a fájdalom mibenlétének. Az, hogy éppen ez utóbbi szempontból ismereteink hiányosak, teszi lehetővé a fájdalomcsillapítás kérdésében az eligazodást. A fájdalomnak megfelelő testi folyamat a fájdalomigert vezető idegberendezés izgalma, amely berendezés felelős a készülékekből, vezető pályákból és fájdalomközpontokból áll. A részletekben igen sok még a vitás kérdés és az elméleti töldség. Teljesen elméletekre vagyunk utalva, amint a fájdalomcsillapítás lényegéről kerül szó. Bármennyi igaz az elméletekből, az bizonyos, hogy alátámasztják azt a régi tapasztalatot, hogy az egyéni alkat nagyjelentőségű a fájdalomcsillapítás kérdésében. A narkosokra vonatkozólag tudjuk, hogy az izgalmi szak, a mély álvásban az alvó és bénulási szak közötti távolság, az altatás szövődményei és utókövetkezményei egyéni alkat szerint változik. Hogy az alkat mellett a műteti szok mennyire döntő a fájdalomcsillapítás módjainak megválasztásában s hogy e veszélyek egyes tényezőinek elbírálása mily nehézségekbe ütközik, a Basedowos és sárgaságos műtétek példájával világítja meg. A gyakorlatban helyi és általános fájdalomcsillapítás megkülönböztetése teljesen egyenlő. Sorbaveszi azokat az irányokat, amelyek úgy a helyi érzéstelenítés, mint az altatás terén a tökéletesítésre irányuló törekvéseket eddig vezették, amelyek felől a jövőben haladás remélhető.

2. Manninger V.: Az inhalációs narkosis. Kizárólag a bódítás veszélyével és hibaforrásaival foglalkozik. A bódítás statisztikája a háború után nagyon leromlott. (Aetherre a halálozási arányszám Breitner bécsi statisztikája szerint a háború előtti 1:15.000-ről 1:2610-re romlott.) A beteganyag romlásán és a keringési szervek elégtelenségének szaporodásán kívül a bódítás művészetének leromlásában keresi ennek legfontosabb feltételét. A bódítás szövődményeinek (synkope, túladagolás, mechanikus szövődmények és mérgezés okozta utóhatás) ismertetése után kitér azokra a módokra, amelyekkel e szövődmények — ha teljesen nem is kerülhetők el —, de legalább is csökkenthetők. A keverék-narkosis helyett a bódító szerekkel kombinált narkosisok bizonyultak a legkevésbé veszélyeseknek. Ezeknek szakszerű alkalmazásával csökkenthető az inhalációs narkoticumnak ható-sűrűsége és ezzel a mérgezés és a szövődmények száma. Az érzéketlenítéssel járó veszélyek csakis az esethez méltó legalkalmasabb eljárás jó megválasztásával csökkenthetők; a sablonos „egy” eljárásban feltétlen megbízás oka a narkosis-halálak javarészeinek.

Thurn-Rumbach I.: Az altatószerek értékelése szempontjából a halálozási statisztikáknál megbízhatóbbnak látszik a szereknek biochemiai és kísérleti alapon történő összehasonlítása. A mérgezés szempontjából a nagyon kis narkosis-dózisával (szélességgel) bíró chloroform, chloraethyl és aether felett előnyben van a kéjgáz. Az I. női klinikán állatkísérletekben vizsgálták az aethernek és kéjgáznak fehér egerekre altató-, illetve halálos adagját. A kísérletek alapján az aether narkosis-szélességének indexe 2, a kéjgázé pedig 1.05-nek bizonyult. A felszívódási viszonyokkal magyarázható eredmény azért rosszabb a kéjgázra vonatkozólag, mert abból a vérben nagyobb töménység kell az elalváshoz és ezért aránylag kisebb a távolság addig a töménységi fokig, amely már halált okoz. Az altatószerek közvetett hatása májműködési zavart és ezzel kapcsolatban a vérben tejsav felszaporodást okoz. Az irodalmi adatok alapján összeállított tejsavgörbék azt mutatják, hogy a műtét utáni tejsavszint-emelkedés legkisebb helybeli érzéstelenítés után, nagyobb kéjgáz-, de sokkal nagyobb aether-narkosis után. Amennyiben a kéjgázzal egymagában mély altatást, — mely igen veszélyes — nem végzünk és betartjuk az oxgyennel történő hígításnak szabályait, akkor a kéjgáz a legkevésbé ártalmas inhalációs szernek mondható. Az I. női klinikán szülészeti analgesia állapot előidézésére és helybeli érzéstelenítés kiegészítésére, — csak ritkán, aetherrel keverve — alkalmazták. Az előadó az általa szerkesztett olcsóbb és egyszerűbb és Németországban már ismertett kéjgáz-altató készüléket mutatja be az Orvosegyesületnek.

Fekete S.: A kombinált N₂O altatást 398 esetben végezték, ezek között 303 hasmetszés volt. Az N₂O mellől mennyiségű oxgyennel keverve a felületen végzendő műtétek ér-

zéstelenítésére elegendő mély altatást biztosít. Az elalvás gyors, nem kellemetlen, az ébredés a gáz adagolásának megszüntetése után percek alatt bekövetkezik. Hányás ritkán jelentkezik. Hasmetszéskor kellő előkészítésre van szükség. Ez veronal, morphin, atropin adagolásával érhető el. Szükséges, hogy a gyomor üres legyen. Az elalvás után 4—5 perc múlva aethert is ad, majd a bőrmetszés elvégzése után a musculus rectusba 3—3 novocain injectiót ad. Ilyen módon a nagy nögyógyászati műtétek is zavar nélkül elvégezhetők. A kombinált N₂O altatásnak nagy előnye a gyors elalvás, a gyors ébredés, a műtét utáni complicatiók hiánya. 5 könnyű bronchitis volt a 398 eset után. A szívizom, a nagy szigerek működése nem szenved. Az altatás alatt el kell kerülni a cyanosist. Könnyű asphyxiák előfordultak, ezek lobelin, coffeinre, mesterséges légzésre hamar megszűnnek. Az N₂O altatás óránként 8—10 pengőbe kerül, ezért kénytelen volt azt szűkebb körre szorítani. Előnyben részesíti a kombinált N₂O altatást, ha a beteg fokozott kíméletre szorul: öreg kor, gyengeség, anaemia, nem egészen intact szív, a légzőszervek előzetes megbetegedése, vagy catarrhusos hajlamossága, a gyomor-bél fokozott érzékenysége, anyagforgalmi zavarok, labilis idegrendszer, ismételt műtét esetén lehetőleg a kombinált N₂O altatást alkalmazza. Status thymicolymphaticus esetén ez az altatás is csinálhat bajt. A középeurópai irodalomban 11.500 esetre esik 5 halál.

Fátyol Cs.: Az inhalációs narkosis előnyeit méltatva külön-külön tárgyalja a II. női klinikán 15 év alatt használt altatószereket és pedig a chloraethylt, chloroformot s aethert. Tárgyalja azok előnyeit s alkalmazásuk módját, majd a legújabban használt Ombredanne-féle aether-altatókészüléket ismerteti, valamint a szénsavnak szerepét az altatásban. A klinikán 15 év alatt 6365 inhalációs narkosisot végeztek s azokkal elért eredményekről táblázatban számol be a betegek kora, a műtét neve, az elfogyott altatószer mennyisége, a narkosis tartama, az ébredések s szövődmények szempontjából — s megállapítja, hogy a legkedvezőbbek az Ombredanne-féle készülékkel elért eredmények. Nagy előnye még az inhalációs narkosisnak, hogy a beteg öntudata ki van kapcsolva s ezen körülmény a helyi érzéstelenítő eljárás fölé helyezi.

A Magyar Szemorvostársaság március 4-i ülése.

Bemutatók:

1. Kreiker A.: a) Az alsó áthajlásban nőtt pillaszőr. A szövettelvételeknek egyedülálló esete. Felnőtt egyén ép alsó áthajlásából egy magányos pillaszőr nőtt ki, melyet környékével eltávolított. Szöveti kép: az ép kötőhártyába beágyazva látható egy kis elszarvult laphám-sziget, amelyet körkörös granulomazszerű vonal határol. Keletkezése két lehetőség szerint magyarázható: 1. implantatio jött létre, amennyiben egy szemhéjszélből hagymástól kiszakadt életképes cilia befűródött a kötőhártyába és ott megtapadt. 2. Csira-aberratióval állunk szemben. A caruncula-mozaik egyetlen bőrhámtelepe a fejlődés folyamán lejjebb került az áthajlásba. Tekintve, hogy a szőrzet növekedése a homochron öröklés szabályai szerint a test különböző pontjain különböző időben indul meg, nem érthetetlen az a jelenség, hogy az embrionalis korban eltévedt tüszőtelepből csak a felnőtt korban nőtt ki az első szőrszál.

b) A xanthelasma thorium-x kezeléséről. A szemhéj-xanthoma eddigi kezelési módjai nem jártak kielégítő eredménnyel. A thorium-x hatékony alphasugárzása csak igen rövid ideig tart, ezért a szer csak friss állapotban alkalmazható. Következésképpen használta: a xanthelasmára azonos nagyságú és alakú gaze-darabkát helyezett és ezt átitatta az ismert erősségű thorium-x oldattal, (általában 1000-es E. 1 ccm-ben). A gaze-darabot 1 órában át nedvesen tartotta. A kezelést mindig friss anyaggal, 8 napon keresztül ismételte meg. A reactio 4—5 napra erős kivörösödésben, sőt bullosus hámleválásban jelentkezik, amelynek elmúlása után a xanthelasma is eltűnt. A thorium-x valószínűleg előnyösen lesz használható a szemhéj bőrének egyéb megbetegedései esetében is, különösen ekcema, naevus, teleangiectasiák, lupus, stb. esetében.

Horváth B.: Lehetséges, hogy röntgennel is lehetett volna hasonló jó eredményt elérni, megfelelő nagy dosis alkalmazásával. De a sérülés lehetőségét nem akarta megkockáztatni.

Kreiker A.: Tekintve, hogy a thorium-x hatás nem sugárenergian alapszik, hanem a mélyebb szövetek, nevezetesen a szem sérülésétől, sem késői hatásoktól nem kell tartani.

2. **Kreiker A.:** Váltóüvegű pápaszem egyidejű közeli és távoli használatra. Bemutat egy új mechanizmus szerint működő pápaszemet, amely a bifocalis problema előtét-alakú megoldásának összes hátrányait kiküszöböli. Előnyei: 1. Teljes tekintőtér közlelre-távolra. 2. Egyszerű és láthatatlan szerkezet, amely használat közben nem romlik el és a szemüveget sem teszi súlyossá. 3. Physiologiás átmenet közlelre-távolra, szem és fejmozgás nélkül. 4. Tetszésszerű (bifocalisban eddig elő sem állítható) combinációk rögtön, bármely optikus által végezhető összeállítása. Ezáltal megoldódik a bifocalis kérdés lencsehiányok számára is. 5. Olcsó előállíthatóság. 6. Kosmetikai hiánytalanság. Szerepe ennek a constructionnak nem az volna, hogy a bifocalis üveggel — amely a kérdés eddigi legideálisabb megoldása, — versenyre keljen, hanem, hogy ott, ahol bármely okból szükség volna bifocalis rendszerre, de a bifocalis lencse nem alkalmazható, a helyére lépjen.

Blaskovics L.: megjegyzi, hogy nem helyettesítheti minden esetben a bifocalis üveget, mert pl. bíró nem fogja viselni a kissé szokatlan formája miatt.

Röth A.: más az indicatioja a bemutatott újfajta üvegnek és más a bifocalis üvegnek.

Liebermann L.: Éppen nem tartja feltűnőnek, ha a t. i. a kiegészítő üveg concav — mert akkor állandó viselésre teljesen el van bújtatva és csak olvasáshoz kell felhúzni.

Kreiker A.: Szemüvege oly kevésbé tér el a megszokott formától, hogy még nyitott állapotban sem okoz feltűnést. Erről ismételtlen meggyőződött. A pápaszem feltolása a homlokra ismert mozdulat, keretének szétnyitása erre emlékeztet.

3. **Kreiker A.:** A Hennenberg-féle opticomyelitis két esetéről számol be, amikor a hirtelen támadt kétoldali vakság oka ez a betegség, illetőleg az alapul szolgáló disseminált encephalomyelitis volt. A kórképet a franciák „maladie de Devic” vagy „neuromyelite optique aigue”, a németek a fenti név alatt ismerik. A kórkép súlyos acut neuritis retrobulbaris alakjában zajlik le, amelyhez előbb-utóbb a myelitis transversa tünetei csatlakoznak. Megelőzik fertőző betegségek, elsősorban a typhus. Észlelték Pasteur-kezelés után is. Prognosis bizonytalan. A lefolyásban gyakran látunk bitemporalis hemianopsiát, ami diagnostikai tévedésre adhat alkalmat. Előadó véleménye szerint a neuritis retrobulbarisok egy részében, amikor az ok tisztázása nem sikerült, erről, a szemészek által eddig nem eléggé méltányolt, kórképről lehetett szó.

Előadások:

Kreiker A.: Az *ulcus rodens* műtéti gyógyítása. Az *ulcus rodens* terminalis oka ismeretlen ugyan, de annyi kétségtelen, hogy a cornea felszíne, helyzete, viszonylagos védtelensége, rendkívül táplálkozási módja a conditionalismus értelmében a betegséget létrehozó tényezők között szerepel. Ezt a tényezőt a szaru teljes kötőhártyafedésével ki tudjuk iktatni, amire ezen elgondolás alapján gyógyulásnak kell következnie. Nem elégséges azonban csak a fekélyes részt fedni, hanem az egész corneát be kell borítani. **Kreiker** eljárása abból áll, hogy a kötőhártyát a limbusban körülvágja, felfelé és oldalirányban mozgósítja és az így keletkezett kötőhártyaszak-sebet a szaru alsó szélét érintő vonalban összevarrja, miáltal a szarut teljesen a conjunctiva alá súlylyeszti. 3–6 hónap múlva a szaru hámmal fedett része felett a mozgékony kötőhártyába 1–2 mm-es átmérőjű nyílást vág. A beteg ezen a nyíláson keresztül használja szemét. Recidiva 3 ilymdon operált esete egyikében sem következett be. A kötőhártya teljes lenövésétől nem kell tartani.

2. **Holló L.:** A blepharochalasis műtéte. Bár e meglehetősen ritka megbetegedés aetiologiája nem egységes, terapiája mindig sebészeti. A recidiváló esetek vizsgálatakor arra jött rá, hogy a baj nemcsak a bőrből van, hanem a fascia tarsorobitalis különböző fokú gyengeségében is rejlik, amely mögött a retrobulbaris zsír sérvényt türemkedik elő. Ezért mikro-sérvműtétet végez a következő módon: bőrkímetszés a blepharochalasis alakjához mérten, a fasciát egész terjedelmében kikeresi, az ebbe helyezett nyolcas varratokat a bőrön keresztül gásehengerek felett megköti. Majd 2–3 Blaskovics-féle ráncosító varratot is elhelyez. Eddig hat esetben végezte el a műtétet igen jó eredménnyel.

Blaskovics L.: megjegyzi, hogy van olyan blepharochalasis, melyben a zsír elhatárolt és van olyan, melyben a fascia defectusán keresztül a zsír az orbitából kerül a szemhéjba.

Horváth B.: Utóbb operált esetekben az előtűdült zsírt kivágta. De ez nem bizonyult orbitális zsírnak, mert elhatá-

rolt volt és a kivágás után nem tolult új zsírszövet a sebbe.

Keiker A.: Valódi blepharochalasisnak csupán azon betegséget tekintendő, amelyet *Terson* „dermatolysis palpebralis”-nak nevezett, amely kórkép rokon a Kéty-féle chalodermiával. Bőrfelesleg ebben az esetben nincs, csupán a levator és a szemhéj bőre közötti számos finom összeköttetés ment tönkre. A blepharochalasis ezen formája ellen a Blaskovics-féle redőző varratot ajánlja, amelyet több sorban egymás alatt helyezne el. Egy régebbi esetében ilymódon bőrkivágás nélkül megszüntette a blepharochalasis.

Holló L.: A ráncosító varrat célja kettős: a „sérv”-nek második etage-ban zárása és kozmetikai. Retrobulbaris zsírt sohasem metszi ki, ép fascia előttit igen, mert ez valószínűleg lipoma.

A debreceni Orvosegyesület március 9-i ülése.

Bemutatók:

Szép J.: *Aurantiasis cutis Baeltz* (*Xanthodermia lipochromica*). 30 éves férfi beteg, aki 3 hónapon keresztül mindennap egy-egy darab tenyérnyi sült tökört fogyasztott, az aurantiasis kórképét észlelte. A bőr sárga elszíneződése a tenyéren, homlokon, nasolabialis redőkben volt nagymértékben kifejezett. Sklera, nyálkahártyák, körmök a festenyzettségtől mentesek voltak. A beteg vérsavója kb. négyszer annyi carotint tartalmazott, mint a controlsavók.

Szép J.: *Sarcoma haemorrhagicum multiplex Kaposi*. 69 éves férfibeteg. Mindkét lábfejen és a jobb alszáron elhelyeződő bőrelváltozás klinikailag teljesen a Kaposi-féle sarkomának felelt meg. Az elváltozások histologiai vizsgálata azonban multiplex subcutan myomat állapotot állapított meg. Ebben az esetben a myoma teljesen a Kaposi-féle sarkoma klinikai képében jelentkezett.

Fazakas S.: A könnycsövecs rendellenességei. A saccus felől a szabad felszín felé növe tömör hámlecc, — melyből a canaliculus lesz, — néha nem a szemhéj és a könnyhúscsok határoló bőrréteg találkozásánál jut a felszínre, hanem attól be-, kifelé, vagy előre. Így jönnek létre a különböző könnypont dislocatiók. Máskor elmaradhat a hámlecc canalisatioja. Néha alul két könnycsövecske fejlődik. Az ilyen eseteket két nagy csoportba osztja. Egyikben csövecskék szabad végükön közösen, másikban külön-külön nyílnak. A közös szájadzsnak vályus és egyszerű réses formáit különbözteti meg. A canaliculusok mindkét esetben egymás alatt s egy síkban fekszenek. Vályus szájadzás esetén a két csövecske mindig bizonyos távolságban fekszik egymástól, réses nyílás esetén direct egymáson fekszik. Ezért a rés mindig jóval sekélyebb, mint a vályú. A közös nyílás néha a normalisnak teljesen megfelelő formájú (kerek, vagy harántovalis) csak annál jóval nagyobb. A különböző duplex canaliculusokat a nyílások formája és topographiája szerint osztja fel. Mindkét csövecske nyílása lehet pont, vagy hasadék, vagy pedig egyik pont, másik hasadékszerű. A nyílások topographiája szerint 9 féle eshetőség van, melyet 3 csoportba oszt be. Az elsőben az egyik nyílás mindig normalis helyen van, a másik lehet előre, ki-, vagy befelé dislocálva. A másodikban mindkettő ugyanabban az irányban van elhelyezve, tehát ki-, befelé, vagy előre. A harmadikban szintén mindkettő dislocálva van, de nem egy irányba (így az egyik lehet előre, a másik befelé, vagy az egyik ugyancsak előre s a másik kifelé, vagy pedig egyik kifelé, másik befelé elhelyezve.).

Rhemann F.: *Terhességi polyneuritis toxica*. 37 éves, I. para terhességének III. havában súlyos hyperemesissel került a debreceni női klinikára. 8 napi kezelés után hazamegy. Két hónap múlva kifejezett toxikus polyneuritissel és recurrens bérulással kerül vissza. Spontan abortus következik be. (VI. hónapos.). Az esettel kapcsolatban — régebbi eklampsia esetét is felemlítve, — egyrészt a toxin támadási pontjának a szervezeten vándorlását igyekszik bizonyítani, másrészt a toxint, mint egységes egészségártalomnak fogja fel, mely az egyéni hajlam és helyi csökkentértékűség szerint más és más szerveket, vagy rendszereket betegíthet meg.

Markovits Gy.: A bemutatott beteget, mint consiliarus vizsgálta a nőgyógyászati klinikán, amikor is az idegpontok nyomási érzékenysége, nagyfokú izomsorvadás, nyelési, hangképzési zavarok, tachykardia alapján terhességi toxicosis folytán létrejött polyneuritis diagnózisra volt felállítható. Az abortus befejezése után a beteg az idegklinikára került, ahol öt hónapi kezelés után teljes restitutio ad integrum következett be.

Előadás:

Török I.: A belfal-szerkezet fejlődését szabályozó tényezőkről interplantációs kísérletek alapján. Kísérleteiben a csirke-ébrény beléből szövettényezetekben tiszta hám és tiszta kötőszöveti tényezéseket állított elő és azokat tojásból kikelt csirkék szemébe a lencse helyére ültette. A tiszta belfal-hám a szem belsejében elpusztult, a beültetett kötőszövet pedig épen úgy nő tovább, mint üvegben, növekedéséhez az üvegtest fibrillumait felhasználva, melyek ezen közben ezüstözhetőkké válnak. Ha azonban a hámot és a kötőszövetet együttesen ültette a lencse helyére, úgy az implantatum belfal-szerkezetűvé alakult. Kísérletei alapján megállapítja, hogy a belfal-szerkezet felépítésében és kialakulásában a hám játsza a vezér szerepet. A szövetcultúrákban kitenyészített fibroblast az implantatumban vérvérvető elemekké, sima izomsejteké alakulhat át, ami viszont arra mutat, hogy a tényezetekben a mesenchimalis sejtek korai fejlődési stadiumának megfelelő sokoldalú képességüket visszanyerik s ennek megfelelően a szervezetbe visszakerülve, ott helyi tényezők hatása alatt átépítődnek. Megállapítható, hogy a környezet formáló hatása az implantatumon a helyre jellemző alakváltoztatásokat hozhat létre, de a kvalitatív szövetkép kialakítása csak a specifikus hám hatása alatt áll. Ha az implantatum a gazdaszervezet szöveteivel összenőtt, úgy már a gazdaszervezet szövetei is részt vesznek a struktúra kialakulásában, mely elveszti specifikitását. Mivel implantatumban enterochromaffin sejtek sohasem léptek fel, igazolva látja ebben azon már hangoztatott felfogását, hogy ezek a sejtek nem fajlagos sejtjei a bélcsatornának.

Bemutatók:

Dóczy G.: *Diphtheria vulvae*. Két és fél éves leánygyermek vulváján mindkét nagy ajak belfelületének alsó harmadában egyenként pengőnyi, egyenetlen szélű, kb. 2 mm. hyperaemiás környékkel bíró, helyenként sima granulatiós alapú, főleg a széleken szürkés-feketes, tapadós lepedékkel bíró 2 mm mély fekély. A fekélyek váladékából a diphtheria bacillus tenyésztett ki. Therapia: serum, 1%-os trypaflavin bedörzsölés és 1/2 %-os trypaflavin kenőcs.

Markovits Gy.: *Functionalis igénybevétel szerepe környéki idegbénulás esetében*. Egy 36 éves férfibeteget mutat be, akin 12 éves korban elszennvedett humerus törés után 23 évvel — megváltozott munkakörülmények között — késői ulnaris bénulás izomsorvadással fejlődött ki. A sulcus nervus ulnaris sebészi feltárása után a teljesen épek látszó ideg alatt egy újjpercnyi nagyságú kötőszövetbe ágyazott csontdarab volt található, amely különösen az alkar hajlításakor gyakorolt nyomást az idegre. A csontdarab eltávolítása után ideggyógyászati kezelésben részesült betegen csaknem teljes gyógyulás mutatkozott.

Népegészségügyünk reformtervezete.

Irtai: Téglássy Béla főorvos, orszgy. képviselő.

A Nemzeti Munkaterv XII. részének 94. és 95. pontja népegészségügyi célkitűzések megoldását veszi programmba. A magyar közegészségügyi közigazgatás alapjai az 1876. évi XIV. t.-c.-ben az u. n. közegészségügyi törvényben vannak lefektetve. Ez a törvény még ma is megfelelő alapja közegészségügyünknek és csak egyetlen hibája az, hogy minden közegészségügyi feladatot az államra hárít s nem vonja be a munkába a társadalmat. Ha a közegészségügyi törvényt teljes egészében végrehajtjuk és eme hiányosságát pótoljuk, a népegészségügy actualis problémáit a társadalom és a közületek bevonásával megalapozott praeventio segítségével megoldhatjuk. Meggyőződésem, hogy a helyes és eredményes népegészségügyi politika egyetlen alapja csak a praeventio: az egészségügyi és szociális embervédelem megfelelő kiépítése lehet. Teljesen tisztában vagyok azzal, hogy mai gazdasági helyzetünkben népegészségügyünk javítására csak olyan gyors szükségprogramot adhatunk, mely az államra nem ró számottevő újabb kiadásokat s annak megterhelése nélkül biztosítja az elérhető legjobb eredményeket. Természetes, hogy ezen új berendezkedésben eddig követett népegészségügyi politikánkat revisio

alá véve kell a tettek mezejére lépünk s a praeventiv egészségvédelem kiépítésénél a meglevő s már jó eredménnyel működő egészségvédelmi berendezés intézményeiből kell kiindulnunk. Ez az az alap, amely már hazánkban bevált és az állam és társadalom, valamint a helyi autonómiák harmonikus együttműködésében alkalmazkodott országunk és népünk követelményeihez, szerény anyagi teljesítő képességünkhöz.

Ennek megfelelően az egészségvédelem egyes ágaiban a legközelebbi teendők a következők lennének:

I. Anya és csecsemővédelem.

a., A bábarendtartás rendezése olyképen, hogy az összes bábák — közös státusba véve — a védőnőkhöz hasonlóan az anya- és csecsemővédő intézetekhez kapcsolhatassanak. Ilymódon nemcsak az ő anyagi helyzetükön lehetne segíteni s így működésüket nyugodtabbá, biztonságosabbá tenni, hanem a védőintézetek révén munkájuk ellenőrzéséről is nagy mértékben lehetne gondoskodni. De ilymódon jórészt megoldást nyerne minden külön törvényes rendelkezés nélkül a nemibetegségek, elvetélések, egyke elleni küzdelem szempontjából oly fontos kötelező terhesbejelentés ügye is, mert a terhesség 50—60%-ának megtudása a bábák révén biztosítva volna.

b., Az anya- és csecsemővédő intézetek tovább fejlesztendők lennének, hogy működési körzetükbe vonhassák országunk területét. A legkisebb egységekben körvédő intézeteket kell létesíteni a község célszövetségbe tömörítésével, mint ahogy az már ma is megvan egyes kisebb községekben, sőt tanyai körzetekben is. Minden rendelkezésre álló statisztikai adat szerint az egészségvédelmi munka 70—75%-át az anya- és csecsemővédelem követeli s így nyilvánvaló, hogy ennek a munkának a legkisebb egységeig ki kell terjednie, míg az egészségvédelem többi 25—30%-át felölelő egyéb ága a munkának nagyobb területi egységekre terjedően is megszervezhető.

c., Az ovodák paedagogiai feladatukon kívül bölcsődékké és napközi otthonokká szervezendők át. Így ezen, ma úgyszólván kizárólag paedagogiai célokat szolgáló intézmények értékes egészségügyi szolgálatot is teljesítenének, paedagogiai munkásságuk sérelme nélkül. Ezzel kapcsolatban a védelmi korhatárt ki kell terjesztetni a 3 éves korról az iskolaköteles (6 éves) korig, amivel egy csapásra pótolni lehetne a 3—6 éves gyermekek ma hiányzó szociális és egészségügyi védelmét és gondozását, s praeveniálni lehetne a munkába járó anyák otthonhagyott gyermekei gyakori szerencsétlenségének is. De az anya- és csecsemővédelmi szervezet ilymódon kifejlesztése módot nyújtana az állami gyermekvédelem olyirányú reformálására is, hogy az arra rászorulóakra nem kellene az elhagyottság bélyegét sütni, a védelembe vett csecsemőket és gyermekeket a legideálisabb családi nevelésben lehetne részesíteni anélkül, hogy a csecsemőt vagy gyermeket anyjától megfosztanánk.

II. Tuberculosis elleni küzdelem.

a., Ezen pusztító népbetegségünk ellen, több évtizedes küzdelmünk hazai viszonyainknak megfelelően dispensaire rendszerben fejlődött. Ma hazánk lakosságának azonban még mindig csak 30%-a él gondozóintézetek működési körzetében.

A további szervezésben a társadalom és közületek anyagi és erkölcsi támogatását minél mélyrehatóbban biztosítandó, a Tuberculosis Elleni Küzdelem Országos Bizottsága irányítása mellett hazai tuberculosis elleni egyesületeinket és hasonló társadalomegészségügyi alakulatainkat célirányos együttes munkában kell a praeventio szolgálatába állítani.

b., A tuberculosis elleni küzdelem sajátos szakvédelmi munkáját igénylő közigazgatási egységeikig ki kell építeni továbbá a tüdőbeteg-dispensairek hálózatát. Ezek a periferiákig végzik a diagnosztikus, fertőző forrásokat kutató orvosi munkát. Viszont a külső gondozó munkát körzeti védelem alapján a leggeriferiálisabb kis körzetekben más egészségvédelmi, főként az anya- és csecsemőgondozás szerveivel karöltve oldják meg a különleges cél szolgáltatásban is.

c., Feltétlenül gondoskodni kell róla, hogy a rendelkezésre álló kórházi ágyak, valamint a társadalom és a közületek segítségével létesített olcsó és egyszerű elkülönítő otthonok szükséges száma mindig és könnyen hozzáférhető legyen a súlyos, fertőző tüdőgümős betegek elkülönítésének. Az ilyen betegek minél nagyobb számú kórházi elkülönítése a leghatásosabb praeventio és a népbetegségek sikeres leküzdésének egyik legfontosabb előfeltétele.

III. Nemibetegségek elleni küzdelem.

a., Az egészségvédelem emez ágának az alapja is az anya- és csecsemővédelem. Eltekintve attól, hogy e munka igen fontos részének: a világrahozott syphilis elleni küzdelemnek, valamint az ujszülött kankós szemgyulladásának problémája az anya- és csecsemővédelmi munkával a legszorosabban összefügg, a betegek erőyes felkutatása is ennek segítségével valósítható meg, mint ahogy közös problémák: az elvetélés, akaratlan egyke, magtalanság elleni küzdelem is.

b., Eredményes munka csak a szakszerűen dolgozó nemibeteg-gondozó intézetektől várható, így ilyeneket kell létesíteni elsősorban a városokban, ahol a nemibeteg-gondozás a legszükségesebb. Ezekkel kapcsolatban működhetnének a házassági tanácsadók is megfelelő társadalmi együttműködéssel.

c., A kezelésre szoruló fertőző nemibetegek kórházi elhelyezésének bürokratikus nehézségeit ki kell küszöbölni s a szükséges gyógykezelést és gyógyszereket mindenkinek hozzáférhetővé kell tenni.

d., Mindezeket az anya- és csecsemővédelem szervezetehez hasonlóan a társadalom és közületek megfelelő anyagi és erkölcsi bekapcsolásával kell megvalósítani.

IV. Iskolaegészségügy.

a., E kérdés megoldása a vallás- és közoktatásügyi minisztériummal karöltve lehetséges, országos irányítás mellett működő, megfelelően kiépített iskolaorvosi és iskolánővéri karral. Ez a kar módot nyújtana arra is, hogy a népegészségvédelmi kérdéseket csakis szakember, orvos adhatná elő. De gondoskodni kell arról is, hogy egészség-tant csak erre képesített orvos taníthasson az iskolákban.

b., A 6 éves korig gondozó anya- és csecsmővédelmi szervezet adja át a szociális és egészségügyi törzslapokat az iskolaegészségügyi szervezetnek s így biztosítva lenne a folytatolagosság a graviditástól kezdve.

c., Az iskolaorvosi intézmény a legszorosabb munkaközösségben dolgozzék az összes egészségvédelmi szervezetekkel.

d., Az iskolás gyermekek fogászati ellátását a rendelkezésre álló eszközökkel a legolcsóbb módon meg kell oldani, esetleg a vándorfogászat életbeléptetésével.

V. Heveny fertőző megbetegedések elleni küzdelem.

a., Ez az 1925. évi XXXI. t.-c. rendelkezései értelmében a m. kir. Országos Közegészségügyi Intézet feladata. Ennek következtében módot kell találni arra, hogy az Országos Közegészségügyi Intézet fentemlített t.-c.-ben lefektetett kötelezettségénél fogva állítsa tevékenység-

nek homlokterébe az ezek elleni küzdelmet olyan módon, hogy ez megfeleljen az egészségvédelem szellemének. Ezzel kapcsolatban gondoskodják a fertőző betegségek ügyében kiadott rendeleteknek a való élethez simuló módosítására vonatkozó javaslatokról, mert a mai rendelkezések súlyos és a fertőző betegségek elleni küzdelem eredményességére befolyást egyáltalán nem gyakorló intézkedéseket tartalmaznak. Ezeknek a rendelkezéseknek túlzó és felesleges statisztikai és adminisztratív intézkedéseit úgy az orvostársadalomra, mint magukra a betegekre meg kell szüntetni.

VI. Iparegészségügy.

Nemzetgazdasági szempontból is igen fontos a praeventio iparegészségügyi részének megfelelő rendezése. E munka központjává a m. kir. Társadalomegészségügyi Muzeumot kell tenni, mely már ma is óriási kiállítási és propaganda anyaggal rendelkezik. De ide is be kellene kapcsolni a társadalom — főleg a gyári és kisipar — támogatását, hogy ezen megalakítandó társadalmi szerv erkölcsi és anyagi támogatásával lehessen a megfelelő népszerű előadásokat, oktató kiállításokat megrendezni a munkásság körében. Ez pedig érdemes befektetés lenne, mert a kellő praeventio csökkenteni tudná a Társadalombiztosító kiadásait.

VII. Egészségügyi propaganda.

Az egészségvédelmi szakmunka eredményességének igen fontos, elengedhetetlen feltétele a helyes és szakszerű propaganda-tanító munka. Éppen azért ott, ahol szakvédelmi szervek működnek, az egészségügyi propagandát saját hatáskörükben csak végezzék a szakszerűséghez és a tényleges szükséghez alkalmazkodva. De gondoskodni kell a propaganda munka szakszerűségének biztosítása mellett arról is, hogy az bizonyos tervszerűséggel párhuzamosan haladjon a szakvédelmi szervezetek segélyezési munkájával, mert ellenkező esetben nemcsak hogy hatástalan marad, hanem még a szakszerű propaganda munkát mindig nyomon kövesse tényleges segítség is. Emellett okvetlen szükség van egy propaganda központra is. E célra a Társadalomegészségügyi Muzeum lenne a legmegfelelőbb, amelynek feladata volna — már technikai adottságánál fogva is — a propaganda segéd-eszközök állítása s a szakvédelmi szervezetek ezen eszközökkel ellátása.

VIII. Az egészségvédelmi szervek munkaközössége.

A fentebb elsorolt egészségvédelmi szervezeteknek a közös célnak megfelelő összműködésben, munkaközösségben kell működniök. E célból az összes szakszervek központjainak kiküldötteiből álló központi bizottságot kell létesíteni a belügyminiszter fennhatósága alatt. Ennek a bizottságnak a feladatai:

a., Az egészségvédelemben működő társadalmi szervezetek országos csoportokban tömörítése, a vállalt munka jellege szerint (mint az anya- és csecsemővédelemben már végre is van hajtva az Országos Stefánia Szövetség fiókszövetségi szervezetében.) és

b., A szakvédelmi szervek munkájának éber figyelemmel kísérése s a munkaterületek és hatáskörök szigorú betartása feletti őrködés.

c., A különböző szakvédelmi szervek határkérdéseinek megoldása s a célszerű és eredményes együttműködés szabályainak létesítése és végrehajtásának biztosítása.

IX. Egészségügyi és szociális charitatív munka.

Az egészségvédelmi munkának céltudatos, központi irányításához tartozik az is, hogy mindazon társadalmi egyesületek, amelyek szociális és egészségügyi charita-

tív munkával foglalkoznak, szervesen kapcsolódnak az egészségvédelem munkájához. Minden társadalmi egyesület, az alapszabályaiban lefektetett célkitűzései szerint osztályozva, be kell olvasztani, illetve kapcsolni a szavvédelem megfelelő országos szervezetébe és alapszabályait az országos szervezet alapszabályaival teljes összhangba kell hozni. A jövőben pedig semmiféle újabb társadalmi szervezet alakulását másképpen nem szabad engedélyezni, csak úgy, hogy azok a célkitűzéseiknek megfelelő országos egészségvédelmi szakközpontok fiókjaiként működjenek.

X. A falú szociális egészségügye.

a., Előre kell bocsátanom, hogy végeredményben a falvak egészségvédelmi követelményei a városokéval többé-kevésbé azonosak, csak legfeljebb az egészségvédelem egyes ágaiban mutatkozó szükséglet mennyisége különböző. Miértis e kétfajta területet nem mérhetjük egyenlő mértékkel, mert le kell szögezünk már eleve azt, hogy a falú népének egészségügyi kultúrája — mint általános kulturfoka is — a városi lakósságénál alacsonyabb nívón áll. Éppen ezért a falúsi egészségvédelem megvalósításának nélkülözhetetlen alapjaként a fentebb körvonalazott (VII. pont) szakszerű propagandát és az ezzel kapcsolatos felvilágosító és tanító munkát kell beállítanunk. Ezzel egyidejűleg azonban már meg kell indítanunk az egészségvédelmi munka azon részletét is, amely a legszükségesebbnek mutatkozik: ez pedig az anya- és csecsemővédelem, mely — amellet, hogy a nép egészségügy minden speciális ágának alapját is magában foglalja — az elmondottak szerint is az egészségvédelmi munka 70—75%-át követeli és szakszerű megoldást kíván, tulajdonképpen még a legkisebb közigazgatási egységekben is.

Ebből kifolyólag a falvakban — részben a körvédelem alapján — sürgősen meg kell szervezni az anya- és csecsemővédelmet. Ez fejtsse ki a maga specialis szakmunkája mellett a kellő egészségügyi propagandát, a nevelő és tanító munkát s kapcsolódjék be az egészségvédelem többi ágainak itt a végeken már igen kis mértékben mutató feladatai gyakorlati megoldásába. Természetesen mindig a messzebbfekvő szakközpont, illetve szakintézmény irányítása, ellenőrzése s munkájának legmesszebbmenő bevonása mellett. Ilyképen nemcsak azt lehetne elérni, hogy az egészségvédelem integráns részét tevő anya- és csecsemővédelem periferián is tökéletes megoldást nyerne, hanem a legolcsóbb módon le lehetne rakni az egészségvédelmi munka minden szükségesnek mutató ága alapjait ugyanakkor, amikor az anya- és csecsemővédelem keretében kifejtett propaganda és felvilágosító munka révén a falú népet egyáltalában megnyernők az őket egyénileg is legszorosabban érdeklő egészségügyi kérdéseknek.

c., A társadalom és a közületek bevonásával kell megfelelő propaganda segítségével az általános hygieniás viszonyokat javítani s biztos, hogy így minden különösebb kiadás nélkül is értékes eredmények érhetők el a lakás- és gazdasági udvar hygienéje, az ivóvíz és élelmiszerkérdés rendezése és mindezek révén a heveny fertőző megbetegedések elleni küzdelem terén is.

d., A levante szervezetekhez hasonlóan leány levante szervezetekben kellene tömöríteni a falvak 12—16 éves leányait. Ezekben a szervezetekben a hazafias nevelésen kívül meg kellene őket tanítani az első segélynyújtásra, a betegek házi ápolására és a szükséges háztartási tudnivalókra. Kiinduló pontul a Magyar Vöröskereszt Egylet ifjúsági szervezeteit lehetne felhasználni ezen nemcsak hazafias és gazdasági, hanem egészségügyi szempontból is fontos kérdés megszervezésére.

e., A falú egészségvédelmének ilyenképen megszervezése nemcsak országunk közegészségügyi érdekeit szolgálja, hanem megfelelő alkalom lenne a Nemzeti Munkaterv azon programpontjának megoldására is, amely a fiatal orvosgeneráció elhelyezését tűzi ki célul. Teljesen elhibázottnak tartanám az egészségvédelmi munkafeladatok végrehajtását a hatósági és hivatalos orvosokra róni, mert ezek tennivalóit az 1876. XIV. t.-c. oly széles mederben szabja meg, hogy már az ezen keretekben kijelölt munkafeladatok elvégzése is egész embert kíván. De ma, amikor egy-egy körorvos községei messze kilométerekre fekszenek egymástól, nem is lehetne eredményes egészségvédelmi és nevelői munkát várni időtrábló beosztások mellett. Egyedül és kizárólag tervszerű és rationalis *orvostelepítés* lehet alkalmas, a végek orvoslét-számának szaporításával, az egészségvédelmi feladatok megoldására.

Ezzel kapcsolatban azonban rá kell mutatnom az *orvosi kamara* felállításának legsürgősebb szükségességére is. Ez tudja ugyanis egyedül biztosítani az orvosok egységét, a kari egyenlenségek kiegyenlítését, az orvosok helyes elosztódását, a kari érdekek szigorú védelmét és a közegészségügy szolgálatában álló orvosethika legszigorúbb betartását is.

Ezek volnának — egészen nagy vonásokban — azok az elgondolások, melyek alapján a népegészségügyi legfontosabb tényezőjét jelentő egészségvédelmi munka gyors megszervezése országosan megindulhatna, anélkül, hogy az államra újabb elviselhetetlen terheket róna. Ez lenne közegészségügyi politikánk új irányvonala, amely megvédené népességünket a tömeges csecsemőhalálozástól, a pusztító tuberculosistól, a degeneráló nemibetegségektől, az akaratlan egykétől s megadná az alapot a Dunamedencét betöltő szapora és egészséges magyar generáció kifejlődésére.

Az Országos Balneológiai Egyesület április 29-i közgyűlése.

Az Országos Balneológiai Egyesület *Vámossy Zoltán* dr. egyetemi tanár elnöklete alatt április hó 29-én d. e. 1/210 órakor tartotta közgyűlését az Orvosegyesület Semmelweis-termében.

Vámossy Zoltán elnök az ülés megnyitása után üdvözölte a Belügyminisztérium képviselőjében megjelent *Scholtz Kornél* dr. államtitkárt, a Kereskedelmi minisztérium képviselőjében megjelent *Válfay Bertalan* min. tanácsost, a Földművelési minisztérium képviselőjében megjelent *Papp Béla* min. tanácsost, a Székesfőváros tanácsa kiküldöttét: *Kovácsházy Vilmos* tanácsnokot, a Balatoni szövetség képviselőjében megjelent *Szigethy János* felsőházi tagot, az Országos Fürdőügyi bizottság nevében megjelent *Pöltzel Jenő* dr. min. o. tanácsost, a BOSZ képviselőjében megjelent *Hülll Hümér* dr. egyetemi tanárt, az O. T. I. képviselőjében megjelent *Barla Szabó József* dr. igazgató főorvost, az Egyesület tiszteleti tagját *Tauffer Vilmos* dr. ny. egyetemi tanárt, *Kádár Levente* min. o. tanácsost és közéletünk és a tudományos világ többi megjelent előkelőségeit.

Vámossy Zoltán elnöki megnyitó beszédében reámutatott arra a nemremélt haladásra, mit a magyar fürdőügy 1920 óta tett s amiben nagy része volt a 42 esztendeje működő Országos Balneológiai Egyesületnek, mely elsőként gyűjtötte össze a fürdőket és a magyar fürdőügy igazi szakértőit és lelkes barátait. Ez az egyesület az országcsönkítés után sem szüntette meg működését és ma büszkén tekint vissza az eredményekre. Ezek egyik legnagyobbika az 1929.-iki fürdőtörvény, s az azt kiegészítő

szító három rendelet. Helytelen azonban ezek egyik rendelkezésének az a magyarázata, hogy a Balaton partján 3 kilométeres sáv az üdülőhelyekre vonatkozó szabályok alá esik akármilyen is az, még ha teljesen pusztaság és nádas is. Ezen a felfogáson változtatni kellene. Az üdülőhelyi díjak fizetésére pedig nem csak a bérletben lakó fürdővendégeket, hanem az ott nyaraló villatulajdonosokat is egyaránt kötelezni kellene, mert hiszen az ő ingatlanai emelkednek rohamosan értékben.

Beszámolt azután az Egyesület kiküldötteinek részvételével lefolyt tanácskozásairól a városfejlesztési bizottságnak, ami Budapest helyes fürdőpolitikájának megvalósítására vezetett.

Végül a nyári időszámítás bevezetésének nagy jelentőségével foglalkozott, amit negyedizben is hiába kért az Egyesület a kormánytól. Indítványozza, hogy újra kérjék ennek rendezését a nemzetközi csatlakozások érintetlenül hagyásával, midőn csupán az ország területén futó vonalak menetidejét kellene egy órával előbbre tenni a nyári menetrendekben. Kifejti, hogy ez milyen óriási előnnyel járna mindenkire, de különösen a magyar fürdő és üdülőhelyekre, melyeknek utóidényét nagyrészt az erősen rövidülő napok rövidítik meg.

Az elnök ezen indítványához *Váikay Bertalan* szólt hozzá és ismertette azokat a nehézségeket, melyek miatt a nyári időszámítás bevezetése eddig menetrendi okokból nem volt keresztülvihető. Hozzászóló maga is hiva a nyári időszámítás bevezetésének és reméli, hogy jövőre az eddigi akadályok kiküszöbölhetők lesznek és a Balneológiai Egyesület évek óta szorgalmazott ezen kívánsága végre teljesedésbe fog menni.

Ezután *Frank Miklós* főtitkár terjesztette elő jelentését, melyben a fürdőügyek egységes irányításának szükségességét és a céltudatos propaganda fontosságát hangsúlyozta és beszámolt az egyesület múlt évi tevékenységéről. Az elnök meglehangú köszönete után a közgyűlés a főtitkár jelentését tudomásul vette.

Kovács házy Vilmos tanácsnok tolmácsolja a főpolgármester és polgármester üdvözlését s ismerteti a főváros fürdőügyi programját, melynek 3 pontja: 1. az ivókurák népszerűsítése és tudományos propagandája, 2. egy 80—100 szobás polgári sanatorium létesítése a Rudas-fürdőben és 3. egy 20—25 szobás sanatorium létesítése a Gellért-fürdővel kapcsolatosan. Ennek a propagandának a lényeges törzse: a fürdőorvosi kar szaporítása és a forrásvizek vizsgálatának ellenőrzése az egyetemen és a magyar orvosok bekapcsolásával, amihez kéri a Balneológiai Egyesületnek támogatását.

A pénztáros és számvizsgáló bizottság jelentését és a költségelirányzatot a közgyűlés egyhangúlag elfogadta és a felmentvényt megadta.

Ezután az indítványok tárgyalására került a sor. Az elnök indítványát a nyári időszámítás életbeléptetése érdekében már az elnöki megnyitó során egyhangú lelkesedéssel elfogadta a közgyűlés. Az igazgatótanács indítványát a balneológiai kiállítás állandó tudományos anyagának megteremtésére és elkészítésére szintén magáévá tette a közgyűlés és a balneológiai kiállítás céljára fordított 3000.— P kiutalását a közgyűlés utólagosan egyhangúlag jóváhagyta. *Bánó Dezső* indítványát a nyári iskolaszünet intézményes rendezésére és a balatoni fürdőtelepek adóügyeinek egységesítésére és *Tábori Kornél* indítványát a középiskolákban idegenforgalmi és fürdőügyi nap tartására, a közgyűlés egyhangúlag elfogadta. Az elnök indítványára *Szontágh Tamás dr.*-t az egyesület tudományos osztályának eddigi társelnökét a közgyűlés egyhangúlag tiszteletbeli taggá választotta meg.

Pap Samu dr. tiszteletbeli tag indítványára a közgyűlés *Vámossy Zoltán dr.* egyetemi tanárt egyhangú lel-

kesedéssel és közfelkiáltással újból az egyesület elnökévé választja, a tisztkart és a választmányt pedig a jelölőbizottság jelölés alapján szintén egyhangúlag választotta meg.

Elnök: *Vámossy Zoltán dr.*, Főtitkár: *Frank Miklós dr.* Tudományos osztály választmánya: Elnök: *Dalmady Zoltán dr.*, társelnök: *Benczur Gyula dr.*, jegyző: *Rausch Zoltán dr.* Tagok: *Emszt Kálmán, Keller Kálmán, Kunst János, Máday Lajos, Molli Károly, Nagy Béla, bilkei Papp Lajos, Réthly Antal, Schaffler József, Schmidt Ferenc, Schulhof Vilmos, Soós Aladár, Sümegi József, Weszelszky Gyula, Wladárzyk József.* Gazdasági osztály választmánya: Elnök: *Bánai Gyula dr.*, társelnök: *Lengyel Zoltán*, jegyző: *Tausz Béla.* Tagok: *Bánó Dezső, Bársony Oszkár, Ebner József, Ertl József, Felber Lipót, Pártos Zsigmond, Porzsolt Béla, Pfeiffer Gyula, Pöltzel József, Reischl Richard, Saxlehner Kálmán, Szviezsényi Zoltán, Tábori Kornél, Térfy Béla, Zilahy Dezső.* Számvizsgáló bizottság: *Elfer Tivadar, Pap Samu, Városi Árpád.*

A választás után az elnök megköszönve az érdeklődést és a bizalmat, az ülést bezárta.

VEGYES HÍREK

Korányi Sándor báró díszdoktorrá avatása. A Ferenc József Tudományegyetem Tanácsa április 29-én délelőtt tartott ülésében ünnepélyes keretek között avatta *tolcsvai báró Korányi Sándort* az orvostudományok tiszteletbeli doktorává. Az ünnepségen *Szily Kálmán* államtitkár a kultuszminiszter képviselőjében, *Szabó József* orvoskari dékán és *Balogh Ernő* egyet. tanárok a budapesti Pázmány Péter Tud. egyetem, *Angyán János* és *Fenyvessy Béla* egyet. tanárok a pécsi Erzsébet Tud. egyetem képviselőjében jelentek meg. Résztvettek az ünnepségen a városi hatóságok és igen számosan *Korányi* tanár tanítványai közül. *Schmidt Henrik* rector üdvözlő szavai után *Balog József* orvoskari dékán méltatta *Korányi* tanár alapvető jelentőségű kutatásait, melyek egészen új korszakot nyitottak a belgyógyászatban. A díszdoktori oklevél átadása után *Korányi* tanár mondott beszédet, melyben megköszönte a kitüntetést. Különös örömmel és büszkeséggel tölti el őt ez a kitüntetés azért is, mert az a magyar egyetem avatta díszdoktorává, amely a magyar kultúra nagyjai között boldogult édesatyja ércmékét is őrzi. Délután az Egyetem Barátai Egyesületének ülésén tartott *Korányi* tanár előadást „Az orvostudomány fejlődése az első és az utolsó diplomám elnyerése közt elmúlt idő alatt” címmel. 1889-ben, midőn Strassburgban dolgozott, fedezték fel a pankreas diabetest s azóta épült ki a hormonok egész tana. Az orvosi tudomány az elmúlt fél évszázad alatt győzelemről-győzelemre haladt a betegségek leküzdésében és megelőzésében. Erre az időre esik az immunitástannak a sero- és chemotherapiának, a fehérvérűség benzol kezelésének, az insulinnak, a vészes vérszegénység májtherapiájának, a paralyzis malarialkezelésének stb. felfedezése. Ilyen sikerekkel szemben az orvostudomány válságáról csak rosszhiszemű, vagy tudatlan emberek beszélhetnek. A nagyszámú közönség lelkes ünnepléssel köszönte meg a páratlanul érdekes és tanulságos előadást. Este *Korányi* tanár tiszteletére tartott banketten *Szily Kálmán* államtitkár a kultuskormány nevében üdvözlötte a kiváló tudóst, *Korányi* tanár pedig nagyhatású beszédben kelt a vidéki egyetemek védelmére.

Személyi hírek. A kormányzó a vallás- és közoktatásügyi miniszter előterjesztésére *Waltner Károly dr.*, szegedi magyar királyi Ferenc József tudományegyetemi magántanárnak a tudományos szakirodalom művelése és az orvosképzés terén szerzett érdemei elismerésül, az egyetemi rendkívüli tanári címet adományozta. — A kormányzó megengedte, hogy *Cholnoky Ferenc dr.* m. kir. egészségügyi főtanácsos, veszprémi törvényszéki fogházorvosnak elismerését tudtúl adják. — *Millian Béla dr.* törzsvorost a honvéd egészségügy terén szerzett érdemeiért legfelsőbb elismerésével üntette ki. — Továbbá a külügyminiszter előterjesztésére megengedte, hogy *Ivanich Ferenc dr.* és *Kopits Imre dr.* orvosok az olasz Koronarend lovagkeresztjét elfogadják és viseljék. — A belügyminiszter *Deér Endre dr.* gyógyszerész, *Fáy Aladár dr.* ny. államtitkárt, *Fenyvessy Béla dr.*, *Hainiss Elemér dr.*, *Nékám Lajos dr.*, *Schaffner Károly* és *Tóth István dr.* egyet. ny. r. tanárokat és *Kotsis Iván* műegyetemi tanárt az Országos Közegészségi Tanács rendes tagjává kinevezte. — Együttal a vallás- és közoktatásügyi minisztérium kormányelődőjává *Darányi Gyula dr.* egyet. ny. r. tanárt, a hadügyminisztérium kor-

mányelődődjává *Klein Sándor Eberhard dr.* vezérfőtörzsorvost a földművelésügyi minisztérium kormányelődődjává *Hutyra Ferenc dr.* állatorvosi főiskolai tanárt, a belügyminisztérium kormányelődődjává *Győry Tibor dr.* h. államtitkárt bízták meg.

Halálozás. *Berend László dr.*, az OTI kerületi pénztárának főorvosa, az Országos Stefánia Szövetség orvosa április hó 27-én Nyiregyházán 50 éves korában elhunyt. — *Schwarcz Ede dr.*, a Charité Poliklinika fülészeti osztályának vezető főorvosa április hó 28-án elhunyt.

A Budapesti kir. Orvosegyesület május 12-i ülésének előzetes napirendje: III. Előadássorozat a műtétí fájdaion csillapításáról. *Matolay György*: Lumbalis és sacralis anaesthesia. *Klímkó Dezső*: Intravenás és rectalis narkosis. A sorozat előadásainak általános vitája.

A Közkórházi Orvostársulat május 10-iki ülésének tárgysorozata: Bemutatás: 1. *Müller Ferenc*: Induratio penis plastica. 2. *Biró Sándor*: Leukoplakia orificii urethrae. 3. *Réffy Ferenc*: a) Lichen corneus et verrucosus. b) Lichen chronicus circumscriptus. *Vidal*. 4. *Brezovszky Emil*: Pityriasis pilaris Devergie. 5. *Balogh György*: Granuloma teleangiectaticum. — Előadások: 1. *Strausz László*: Tüdőbetegek gyomorpanaszairól. 2. *Brezovszky Emil*: Újabb irányelvek a bőrbetegségek aetiologiájában.

A balatonfüredi orvoshat előadásai. A május 15—20-ig tartandó balatonfüredi orvoshaten a következő előadások lesznek: május 15-én *Angyán János*: „Hypophysis megbetegedései” *Hasenfeld Artur*: „A gyógyszeres szívtherapia vitás kérdései”, 16-án: *Gerlóczy Géza*: „Pankreas kórkepek klinikai diagnostikája”, *Benedek László*: „Az agyvelő daganatainak pathológiájáról és tünettanáról” *Barla-Szabó József*: „A baleseti sérülések és következményeinek gyógyfurdói kezelése”; 17-én *Haynal Imre*: „A szívbetegek általános prognosisa”, *Bakay Lajos*: „A gerincoszlop sebészeti megbetegedései” *Aczél Dezső*: „A belső secretió mirigyek működésének laboratoriumi vizsgálata”; 18-án *Frigyesi József*: „A női betegségek gyógyítására mikor szükséges és mikor nélkülözhető a műtét” *Schmidt Ferenc*: „Acut vérkeringési elégtelenségek” *Tóth István*: „A Magzat elhalása terhesség és szülés alatt”; 19-én *Hainiss Elemér*: „A csecsemő és gyermekkori grippe alakjairól és a szív működés következményes zavarairól”, *Rusznayk István*: „A chronikus subfebrilitásokról” *Sumegi József*: „A gyakorló orvos és a balneologia”; 20-án: *Verebely Tibor*: „A nemiség (sexualitás) mint sebészeti kérdés” *Illyés Géza*: „A haematuriáról különös tekintettel a daganatokra”. Az előadások délelőtt lesznek, délutánra a fürdőigazgatóság változatos programot állított össze, melynek keretében motoros-, hajó- és autókirándulásokra viszi a résztvevőket, hogy a Balaton egyéb nevesebb fürdőhelyeit és gyógytényezőit is megismertesse. Az orvoshatre jelentkezőknek családtagjukkal együtt díjmentes elhelyezést biztosít a fürdőigazgatóság, csak az étkezésért fizetnek napi 6 pengőt. A fürdőigazgatóság közbenjárására a kereskedelemügyi minisztérium az orvoshaten résztvevő orvosok számára mintegy 33%-nak megfelelő, viteldíjmérséklést engedélyezett. A kedvezményes jegy megváltásához szükséges igazoló-jegyeket a jelentkező orvosok kívánságára a fürdőigazgatóság küldi meg. Az orvoshatre jelentkezni a balatonfüredi fürdőigazgatóságnál lehet.

A Magyar Országos Orvos-Szövetség május 14-én délelőtt 9 órakor tartja a Zeneművészeti Főiskola nagytermében ez évi rendes congressusát, melynek napirendje: 1. Elnöki megnyitó. 2. Szavazatszedő küldöttség kiküldetése. 3. Főtitkár jelentése. 4. Ügyész jelentése. 5. Nyugdíjintézet ügyvezető titkár jelentése. 6. Pénztáros és számvizsgáló bizottság jelentése. 7. Az 1934. évi tagsági díjnak a megállapítása. 8. Indítvány a nyilvános ingyenes rendelések szabályozására. Előadó: *Hüllt Hümm dr.* 9. A szakosztályok jelentései. 10. Az 1934. évi congressus helyének és idejének megállapítása. 11. A részleges tisztújítás és az Orvosi Rendtartásról szóló törvényjavaslat-tervezet részletei felett elrendelt országos szavazás eredményének kihirdetése. 12. Indítványok. — Az alapszabályok 41. §-a értelmében szavazati joga csak annak a rendes tagnak van, aki azt tagsági jegyével igazolja. — Az Igazgató-Tanács a congressust megelőző napon, május 13-án, délután 5 órakor, a Szövetség hivatalos helyiségében ülést tart. — A szakosztályok üléseit május 13-án délután a meghívóikban megjelölt helyen és időben tartják.

A congressusra felutazó vidéki tagok számára félárú vasúti jegy váltására jogosító igazolványokról gondoskodtak. Az igazolvány Budapestre és Budapestről a kiindulási állomásra vissza történő egyszeri utazásra érvényes. Kiállítás díja 2 pengő, melynek beérkezése után az igazolványt azonnal megküldik.

A congressussal kapcsolatban a Magyar Országos Orvos Szövetség Nyugdíj és Segélyező Intézete „Orvos Otthona”

javára május hó 13-án este 1/2 9 órakor a Zeneművészeti Főiskola nagytermében zenekari és énekkari díszhangversenyt rendez *Budanovits Mária, Elek (Ekker) Szidi, Hegyi Emanuel, Kenessey Jenő, Kószei Teréz, Singer Ibolyka, Závodszy Zoltán, Zsámboky Miklós, a Gudimel-énekkar* és az Orvostanhallgatók Szimfónikus Zenekarának részvételével. Műsor: 1. Schubert: Rosamunda nyitány. Előadja az Orvostanhallgatók Szimfónikus Zenekara. Vezényel: Kolonits Barna. — 2. Bánya: Szerenád; Paganini: Caprice; Sarasati: Zigeunerweisen. Játssza *Singer Ibolyka* hegedűművész. Zongorán kíséri: *Kenessey Jenő*. — 3. Massenet: Heródiás-ária Bizet: „Carmen”-Habanera. Csiky: Bánkódás. Énekl: P. *Budanovits Mária*, a m. kir. Operaház tagja. Zongorán kíséri: *Kenessey Jenő*. — 4. Kabay Kálmán dr.: Részlet „A Tavasz Szimfóniája” című zenei költeményből. A verseket írta *ifj. Lányi Ernő dr.* Előadja a „Gudimel”-énekkar, valamint az Orvostanhallgatók Szimfónikus Zenekara. Vezényel *Kenessey Jenő*, a m. kir. Operaház tagja. A szót énekl *Elek (Ekker) Szidi*, a m. kir. Operaház tagja. — Szünet. — 5. Tschaiowski: Lenski áriája az „Onegin” c. operából. Hubay: Balalajka-dal a „Karenina Anna” c. operából. Holley: Alkonyi mesék. Énekl: *Závodszy Zoltán*, a m. kir. Operaház tagja. Zongorán kíséri: *Kenessey Jenő*. — 6. Járny: Andante. Popper: Mazurka (g-moll). Játssza: *Zsámboky Miklós* gordonkaművész, a Zeneművészeti Főiskola tanára. Zongorán kíséri: *Kenessey Jenő*. — 7. Bizet: „Carmen” Michaela áriája. Kurucz: Tavasz dal. Énekl: *Kószei Teréz*, a m. kir. Operaház tagja. Zongorán kíséri: *Kenessey Jenő*. — 8. Liszt: XIV. Magyar rapszódia. Nocturno. Játssza *Hegyi Emanuel* zongoraművész, a Zeneművészeti Főiskola tanára. — 9. Liadoff: 8 orosz népdal. Előadja az Orvostanhallgatók Szimfónikus Zenekara. Vezényel: *Mihalkovits Szilárd*. — Jegyek kaphatók: a Magyar Országos Orvos Szövetség helyiségében (IV. Városház-utca 14. Telefon: 88—5—80.) és Méry Béla Fiai zeneműke-szervezetében (VI. Andrassy-út 26.).

Madridban ez év október 25—30 között a rák elleni védekezés tárgyában tartandó congressusra a spanyol követ-ség meghívta a magyar kormányt.

A „Testnevelés” folyóirat április havában *Sportorvos* címmel új rovatot kezdett, amelyet *Szokovány Imre dr.* és *Kellner Dániel dr.* szerkeszt. Az első számban a szerkesztő bevezetője van, továbbá *Horváth Boldizsár dr.* és *Kellner Dániel dr.* cikke. A sajtóközleményekről szóló referátumok, hírek és a hivatalos rovat egészíti ki az új közlőnt.

A Budapesti Orvosok Kamarazeneegyesülete május 6-án, szombatn este 8 órakor a Budapesti kir. Orvosegyesület Semmelweis-termében (VIII., Szentkirályi-utca 21.) rendezi hangversenyt. Műsor: 1. Bevezető előadás: Brahms és Bill-roth barátsága. Tartja: *Bókay János prof.* — 2. Brahms: Szonáta hegedűre és zongorára, d-moll, op. 108. — Allegro. — Adagio. — Un poco presto e con sentimento. — Presto agitato. — Előadják: *dr. Ecksteinné Weichherz Lili* (hegedű), *Milkó Vilmos dr.* (zongora). — Brahms: Liebestreue. Auf dem Kirchhof. Meine Liebe ist grün. Énekl: *dr. Laub Lászlóné*, zongorán kíséri: *Manninger Vilmos prof.* — Szünet. — 4. Billroth: Todessehnsucht. Brahms: Die Mainacht. Sonntags. Énekl: *Perint Jenő dr.*; zongorán kíséri: *Manninger Vilmos prof.* — 5. Brahms: Zongora ötös, f-moll, op. 34. Allegro non troppo. — Andante. — Scherzo. — Finale. — Előadják: *Kerntler Jenő dr.* (zongora); *Belohorsky Gábor dr.* (I. hegedű), *Zoltán László dr.* (II. hegedű), *Zsögön Béla dr.* (viola), *László Tibor dr.* (cselló). — Ruhátár és műsor-megváltás díja személyenként 1 pengő; tagoknak saját szemé-lyük és családtagjuk részére — a meghívókhoz mellékel-t szelvények átadása ellenében — személyenként 50 fillér.

Orvosdoktorra avatott a pécsi tudományegyetemen április 26-án: *Molter Frigyes Ferenc*. Üdvözljük az új Kar-társat!

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

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

IGAZGATÓ: BORNEMISZA GABOR,

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSEK MIHALY, SZÉKELY AGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VÁMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA
POÓR FERENC

GORKA SÁNDOR
REUTER KAMILLÓ

HÜTTL TIVADAR
ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Csapó József és Kerpel-Frónius Ödön: Az uraemiáról. (391—394. oldal.)

Follmann Jenő: Chronikus csomós lymphoid leukaemiából röntgensugárzás után fejlődött erythroderma leukaemicum. (394—397. oldal.)

Neuber Ede: A debreceni I. oszt. elemi iskolás tanulók átvizsgálása egészségügyi szempontból az 1931—32. tanévben. (397—403. oldal.)

Fabinyi Géza: Az orr-garat rosszindulatú daganatairól. (403—405. oldal.)

Eörsi Mária: Makroszkopikus diphtheria diagnosis Clauberg táptalajon. 405—406. oldal.)

Szenteh István: Szülési akadályt képező cervicalis myoma. (406—407. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (73—76. oldal.)

Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Gyermekegyógyászat. — Szemészet. — Bőrgyógyászat. (407—409. oldal.)

Könyvismertetés: (409. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (409—412. oldal.)

Szaller Miklós: Megjegyzések. (Népegészségügyünk reform tervezetéhez.) (412—413. oldal.)

Végyes hírek: (413—414. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

Az uraemiáról.*

Irták: Csapó József dr. és Kerpel-Frónius Ödön dr.

Mindnyájunk előtt ismeretes, hogy az idült vesebajban szenvedő egyén előbb-utóbb eljut betegségének vég-ső stadiumába, ott fekszik a betegágyon teljesen eszméletlenül, a légzés szapora, mély, a pupillák szűkek, a reflexek hiányoznak, előttünk van az uraemiás acidotikus coma képe. Jaksch már 44 évvel ezelőtt kimutatta, hogy uraemiások vére savanyú. Az évtizedek alatt végzett beható vizsgálatok mind közelebb hoztak a problema megoldásához, azonban a sok munka dacára még mindig maradtak homályos, ismeretlen részletek. Előadásunkban megkíséréljük rámutatni arra, hogy jön létre, mi okozza az uraemiás acidotikus comát?

Vizsgálatainkat részben gyermekeken, részben felnőtteken végeztük. Meghatároztuk a sav-basisegyensúlyban számottevő összes gyököket, a maradék-nitrogent és fagypontot. A savi és basikus gyökök, valamint a maradék-nitrogen mennyiségéből a fagypontot ki is számítottuk. A számított és mért fagypont egyezése a chemiai analysesek ellenőrzésére jó kontrollnak bizonyult. A sav-basisegyensúlyt a gyors áttekinthetőség kedvéért grafikusán ábrázoltuk. Az ábra bal oldalán találjuk a nem illó basikus gyököket (Na, K, Ca, Mg), a jobb oldalon a savi gyököket. Az egyes gyököket quantitative n/10 ccm-ben fejeztük ki. A maradék-nitrogent a fagy-pontban részvételnek megfelelő nagyságú oszloppal tüntetjük fel. (l. 1—7. ábra.).

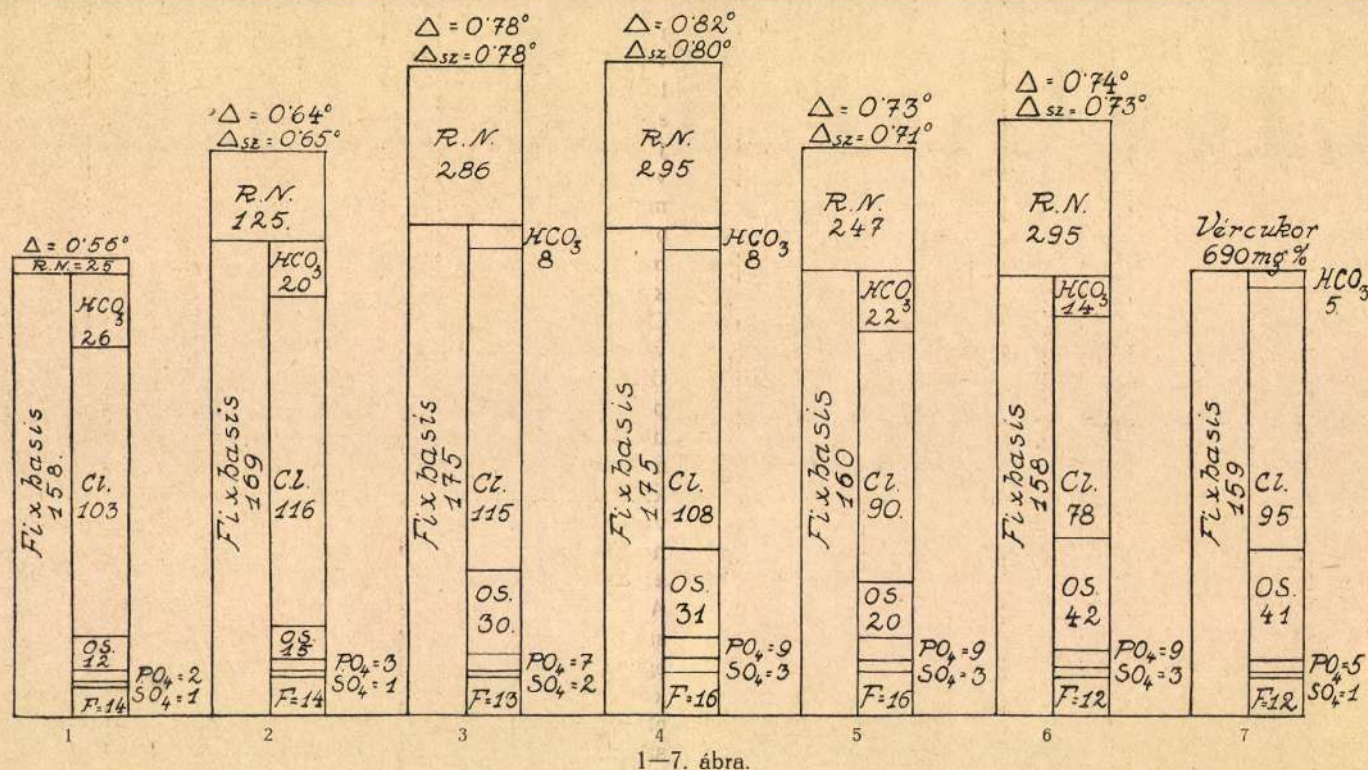
Az első ábra egészséges gyermek sav-basisegyensúlyát és fagypontját mutatja. A második ábra acut glomerulonephritisben fellépő enyhe uraemia képe. A ne-

phritis mandulagyulladásához csatlakozott. A beteg 4 napon keresztül nagyon keveset vizelt, az 5-ik napon a vizelet mennyisége már 300 ccm-re emelkedett, a következő nap történt a vérvétel. A gyermek minősége főfájásról és hányingerről panaszkodott teljesen tiszta sensorium mellett. A mért és számított fagypont emelkedett, a maradék-nitrogen 125 mgr%. A chlor és fixbasis csaknem egyenlő mértékben növekedett, a bicarbonat mérsékelten csökkent, az organikus sav mindössze pár ccm-el múlja felül a normal értéket. Mivel a basisnövekedés gyakorlatilag lépést tart a chloremelkedéssel, így a vérben nem izolált hyperchloraemia, hanem hypersalaemia van. A fixbasis emelkedése nélkül a bicarbonat 9 ccm-re csökkent volna s ebben az esetben a beteg közel állott volna az acidotikus comához. Az osmotikus concentratio megváltozásában nemcsak a maradék-nitrogen, hanem a kationok és anionok összegének növekedése is szerepet játszik.

A harmadik oszlop chronikus nephritisben beteg serumának összetételét mutatja az uraemiás stadiumban. A betegnek 3 év óta volt vesegyulladás, a klinikára teljesen eszméletlen állapotban, eklampsiával szállították be. Az eklampsia megfelelő beavatkozások következtében csakhamar megszűnt s a beteg súlyos comában feküdt Kussmaul-féle légzéssel. 3 ízben vettünk vért, első ízben, közvetlen a beszállítás után, 12 és 20 óra múlva másod, illetőleg harmad ízben. Az utolsó vérvételt a gyermek mindössze 4 órával élte túl.

A mért fagypont 0.78°, mely megegyezik a számított fagyponttal. A maradék-nitrogen 286 mgr%. A fixbasis 17 ccm-el, a chlor 12 ccm-el, az organikus sav 18 ccm-el, a phosphat és sulphat 5 ccm-el emelkedett a normalis fölé. A bicarbonat 18 ccm-el esett a normalis alá. Az egész képből azt látjuk, hogy a fagypontsüllyedés kóros részét $\frac{2}{3}$ részben a maradék-nitrogen, $\frac{1}{3}$ részben a savi és basikus gyökök szaporulata idézi elő. A nagyfokú bicarbonatcsökkenés folytán acidotikus coma fejlődött ki. Megjegyezzük, hogy a bicarbonat az utolsó vérvételkor már csak 4 ccm-et tett ki. A chlor emelkedését a fixbassiszaporulat teljesen paralysálja. Ebben az esetben is hypersalaemia van a serumban, sőt a fixbasis

*) A Budapesti Kir. Orvosegyesületben, 1932. dec 2-án tartott előadás.



1-7. ábra.

emelkedése nemcsak a chlor, hanem a phosphat és sulphatszorulatattal is lépést tart. Ismét rámutatunk a fixbasis szerepére a bicarbonat kimélése szempontjából. Kizárólagos hyperchloraemia mellett a bicarbonat már rég a legminimalisabb értékre süllyedt volna, az acidotikus coma is korábban lépett volna fel. A bicarbonat reduktióját kizárólag az organikus savak okozták.

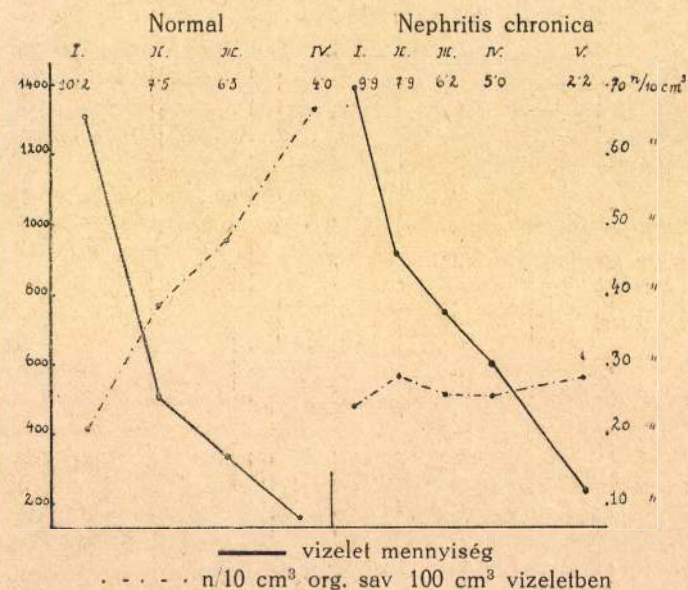
A negyedik ábra egy akut glomerulonephritishez csatlakozó uraemia képe. A beteg a vérvételkor teljesen eszméletlen, 2 nap múlva meghalt. A chlor a jelen esetben is magasabb valamivel, mint a normalis, a phosphat és sulphat is emelkedett. Ha azonban megnézzük a correspondáló basikus oldatot, akkor látjuk, hogy a basisemelkedés lépést tart ezen anorganikus ionok szaporulatával. Jelen esetben ismét hypersalaemia van. A bicarbonat igen alacsony értékre, 8 ccm-re csökkent, az organikus savak mennyisége 19 ccm-re szaporodott. Mivel az anorganikus savi gyökök szaporulatát a fixbasis teljesen compensálta, a bicarbonat reduktiót s így az acidosist az organikus savak okozták.

Az ötödik ábra chronikus nephritishez csatlakozó uraemiát ábrázol. A beteget előző évben nagyfokú főfájással, hányással, bágyadsággal szállították be a klinikára, eszméletzavar nem volt. A fagy pont 0.73-ra csökkent, a maradék-nitrogén 247 mgr%, a fixbasis normalis, az organikus sav 8 ccm-el, a phosphat és sulphat szintén 8 ccm-el emelkedett. Az organikus sav, valamint a phosphat-sulphatemelkedést a hypochloraemia a legnagyobb részben ellensúlyozta, ezért a bicarbonat alig változott. Erről az esetről még meg kell említenünk, hogy már spontán is, de még inkább a kar leszorításakor a végtagokban tetaniás görcsök jelentkeztek. A serum calcium-tartalma 5.5 mgr%-ra csökkent, a phosphor viszont 16 mgr%-ra emelkedett. A tetaniás görcsök tehát alkalosis nélkül, tisztán a calcium-phosphorarány eltolódása miatt jöttek létre. Megfelelő therapia mellett a gyermek állapota fokozatosan javult, a maradék nitrogen 130 mgr%-ra csökkent s a klinikáról javultán távozott.

10 hónap múlva a gyermeket rendkívül romlott állapotban, szívgyengeséggel, hányással, főfájással hozzák ismét a klinikára. A hozzá intézett kérdésekre válaszol, szív és vesetáji fájdalmakról panaszkodik. 12 óra múlva

meghal. A vérvizsgálat eredményét a hatodik ábra mutatja. A mért fagy pont: 0.74° , a számított fagy pont: 0.73° . A fixbasis normalis, a chlor 25 ccm-el süllyedt a normal érték alá, az organikus sav 30 ccm-el, a phosphat és sulphat 8 ccm-el emelkedett a normalis fölé. A reservealkali 14 ccm-re redukálódott. Ebben az esetben tehát hypochloraemia van a serumban, a fixbasis normalis maradt. A nagyfokú organikus sav és phosphat-sulphatemelkedést a hypochloraemia teljesen ellensúlyozni nem tudta, így jött létre a bicarbonatesökkenés, anélkül azonban, hogy acidotikus coma lépett volna fel.

Az év folyamán alkalmunk volt egy diabeteses comában szenvedő gyermek serumát is analysálni, az eredményt a hetedik ábra mutatja. Vércukor 690 mgr%. Fixbasis normalis, a bicarbonat már csak 5 ccm, a chlor mérsékelten süllyedt, az organikus sav 41. ccm. A ketontestek felhalmozódását ebben az esetben a chlor kisfokban ellensúlyozta, a fixbasis azonban nem vett részt a compensációban, így a bicarbonat a minimumra csökkent. Megfelelő kezelés mellett a gyermek a comából magához tért és 1 hó múlva javultán távozott.



Alkalmunk volt az ötödik és hatodik ábrában feltüntetett beteg organikus savkiválasztását is megvizsgálni még pár hónappal az első uraemiás tünetek fellépése előtt, amikor a maradék-nitrogen mindössze 40 mgr%-ot tett ki. Összehasonlítás kedvéért egy egészséges gyermek savconcentrációképességét is bemutatjuk. A folytatódó vonal a 24 órai vizelet mennyiségét a szakgatott vonal a 100 ccm vizeletben kiürített organikus savat jelenti n/10 ccm-ben. A számok mutatják, hogy a gyermek 24 óra alatt testsúlykilogrammonként hány n/10 organikus savat választott ki. A diagramból látjuk, hogy egészséges gyermekben a vizelet mennyiségének csökkenésével az organikus savconcentratio 100 ccm vizeletben 21 n/10 ccm-ről 67-re emelkedik, egyes esetekben a maximum a 90 ccm-t is eléri, ezt a határt a vese egy egészséges gyermekben túllépni nem tudja. A chronikus nephritisben szenvedő gyermekben a helyzet az előbbtől különbözik. Miközben a vizelet 1400 ccm-ről 250 ccm-re csökken, az organikus sav mennyisége 100 ccm vizeletben 24—28 ccm között változik. A vese tehát az organikus savakat nem tudja koncentrálni, az általános hyposthenuriával analog módon ezt organikus savhyposthenuriának nevezhetjük. Az egészséges gyermek pro kg. naponként átlag 10 m/10 ccm organikus savat ürít ki a vizelettel. A mi vesebetegünk ezt a mennyiséget 1400 ccm vizelettel ki is tudja választani, 250 ccm vizeletben azonban a savhyposthenuria folytán az össz organikus savnak csak 22%-a távozik, a többi a vérben visszamarad. A concentrációképesség hiányát a vesebeteg polyuriával igyekszik ellensúlyozni és ez sikerül is mindaddig, míg a polyuria elég nagyfokú, a beteg kellő folyadékot vesz magához s a vese vízkiválasztóképesége nem csökken a minimumra. Fehérjedús diaeta mellett a szervezet több organikus savat termel, mint fehérjeszegény diaeta mellett. Chronikus nephritisben tehát a fehérjeszegény diétának nemcsak a nitrogéntartalmú anyagok eliminálása, hanem az acidosis megelőzése szempontjából is jelentősége van.

	Chlor	R. N.	Fagyipont	Chlor	R. N.	Fagyipont
Agy	145 mgr.‰	424 mgr.‰	1,02	160 mgr.‰	140 mgr.‰	0,70
Vese	54 „	291 „	0,96	149 „	—	—
Izom	68 „	504 „	1,14	81 „	196 „	0,70
Máj	41 „	435 „	1,10	167 „	162 „	0,80-0,90

A hypochloraemiás esetünkben a szerveket is megvizsgáltuk. Mint a táblázat mutatja, az osmotikus zavar, a maradék-nitrogen emelkedése a szervekben ugyanolyan mértékű, mint a serumban. A serumban talált hypochloraemia valódi chloropeniának a következménye, a szervek chlorszegények, még leginkább az agy ragaszkodik a normalis chlortartalomhoz.

Az elmondottakban beszámoltunk azokról a kóros kémiai elváltozásokról, amelyeket uraemiában észleltünk. A következőkben megkíséreljük az uraemiáról egy összefoglaló képet adni s az egyes abnormitások pathológiai jelentőségét mérlegelni.

Mint látszik, az összes esetekben végig húzódik az organikus savszaporulat. A kóros savak mennyisége elérheti a diabetikus comában talált értéket. Az organikus savszaporulatot összevetve a többi gyökök viselkedésével kitűnik, hogy eseteinkben a bicarbonatcsökkenést és az esetleges acidotikus comát az organikus savak idézik elő. Volhard felveti a kérdést, hogy renalis eredetű-e az acidosis? A mi vizsgálataink arra mutatnak, hogy az uraemiás organikus acidosis elsősorban

retentiós, renalis eredű. Kétségtelen, hogy az uraemia végső stadiumában éhezési ketontestek és esetleg tökéletlenül oxidált fehérjeszétési termékek is szerepet játszanak az organikus acidosisban. A ketonsavak és fehérjeszétésből származó savak mennyisége a retentiós savakra superponálódik. Az organikus savak abszolút mennyiségéből a bicarbonatra, valamint a bicarbonáthól az organikus savak mennyiségére következtetni nem lehet, mert a reservealkali kialakulásában nemcsak az organikus sav, hanem a phosphat, fixbasis, chlor is részt vesz. Chronikus nephritisben már hónapokkal, sőt évekkel a veseinsufficiencia megjelenése előtt organikus savhyposthenuria állhat fenn. Amennyiben a savhyposthenuriát polyuria nem kíséri, retentióknak kell bekövetkezni. Fehérjedús diaeta a savképződést és így a retentiót is előmozdítja. A fehérjedús diaeta tehát nemcsak a nitrogenkiürítést, hanem az acidosis szempontjából is ellenjavalt. Ismerve az acidosis genesisét, felvetődik a kérdés, hogy milyen úton és módon előzhetjük meg, vagy legalább is késleltethetjük az acidotikus coma kifejlődését? A szervezet maga az acidotikus comát egyrészt renalis polyuriával igyekszik elkerülni, másrészt a serum egyes alkatrészei is úgy alakulhatnak, hogy az acidotikus comát siettető factornak ellene dolgoznak. A hypochloraemia, valamint a hyperbasoemia az organikus savszaporulatot részben, vagy teljesen compensálhatják és a bicarbonatcsökkenést megakadályozhatják. A genesisből következtethető, hogy az acidotikus comát bicarbonat adagolásával csak átmenetileg csökkenthetjük, ha az organikus savakat kisöprő polyuria elmarad. Az orvosnak tehát az acidosis szempontjából is minden erővel a diuresis fokozására kell törekednie.

Ambard az uraemiás acidosisban némi illúziót lát, mert a vizeletben és vérben szerinte senki nem tudott abnormalis savgyöktöbbletet kimutatni. Az uraemiás acidosis, helyesebben bicarbonatcsökkenést toxikus anyagok által előidézett hyperventilációra vezeti vissza. A bicarbonatcsökkenés szerint a hyperventilációnak nem oka, hanem következménye. A vérben a savgyöktöbblet kimutatható, a vizeletben pedig éppen az a kóros és ez a kulcsa az egész acidosis problémának, hogy még a normalisan termelt és a szervezetből kiürítendő savak sem lelhetők fel a beszűkült savconcentrációképesség folytán polyuria nélkül. A hyperventilatio, az acidotikus légzés az acidosisnak nem oka, hanem következménye.

Az uraemia chemiájában a chlor viselkedése, valamint a chlor és bicarbonat egymáshoz viszonya jelenleg erősen foglalkoztatja a klinikusokat. Francia szerzők közölnek hypochloraemiás uraemiákat magas reservealkalival, sőt ők bizonyos ellentéteket vélnék felfedezni a chlor és bicarbonat viselkedése között. Vannak azonban esetek, melyekben a hypochloraemia dacára a reservealkali csökkent. Ezeket az eseteket kielégítően magyarázni nem tudják. A teljes sav-basisképből már első pillanatra látható, hogy a chlor és a bicarbonat csak egy rendszer tagjai, csupán a kettőt ragadva ki a rendszerből szabályos viselkedés nem is várható. A bicarbonat értékét a chloron kívül még az organikus savak, phosphatok és fixbasis mennyisége is befolyásolja. Rudolph már számol azzal a lehetőséggel, hogy bizonyos retineált savi anyagok okozzák a reservealkali depressióját, de kimutatni nem tudja. Figyelmen kívül hagyja a sav-basis-egyensúly basikus oldalát, egy esetleges basisvesztéssel, holott chronikus nephritisben ezzel az eshetőséggel is számolni kell. A francia iskola tehát az uraemiás acidosis és hypochloraemia problémáját teljesen tisztázza nem tudta.

A chlor viselkedésére nézve még a következőket óhajtottuk megjegyezni. Az ábrákból látható, hogy van

nak hypochloraemiával járó esetek és vannak hyperchloraemiás esetek. Az ábrákból az is kitűnik, hogy a chloremelkedést egy megfelelő basisszaporulat kíséri. Epen ezért a hyperchloraemia kifejezés helyett az exactabb *hypersalaemia* elnevezést ajánljuk. A *hypersalaemia* pathologiai jelentősége abból áll, hogy míg az izolált hyperchloraemia a bicarbonat mennyiségét csökkenti, az acidotikus coma beköszöntését sietteti, addig a *hypersalaemia* ebből a szempontból indifferens. A *hypersalaemia* azonban a hyperchloraemiával ellentétben hozzájárul az osmotikus concentratio növekedéséhez. A *hypersalaemiás* uraemiában a fagyponthoz abnormis depressióját nemcsak a maradék nitrogen, hanem a fokozott elektrolytconcentratio is okozza.

A hypochloraemia az organikus savszaporulatot részben vagy teljesen ellensúlyozhatja, a bicarbonat normális maradhat, esetleg kissé emelkedik. Ha azonban a chlorsökkenés és az ugyancsak bicarbonatkímélő fixbasisemelkedés nem tart lépést az organikus savszaporulattal, úgy a savtöbblet már reducálja a bicarbonatot. A hypochloraemiás egyént az elmondottak szerint az acidotikus coma kevésbé fenyegeti, mint a *hypersalaemiás* vagy még inkább a hyperchloraemiás beteget.

Blum és *Ambar*d szerint nephritises hyperchloraemiában a chlor feleslege fehérjéhez van kötve. A mi *hypersalaemiás* eseteinkben ez nem állhat fenn: 1. a bicarbonat értékének magasabbnak kellene lenni, 2. a számított fagyponthoz a mért fagyponthoz felülmúlna, 3. a savi gyökök összege és a fixbasis mennyisége között jelentékeny discrepantia lenne.

A *hypersalaemiás* esetekből jól látható, hogy a fagyponthoz, maradék-nitrogen és basikus gyökök mennyisége között szigorú összefüggés van, ha a három tényező közül kettőt ismerünk, a harmadik kiszámítható.

Volhard az uraemiás acidosisnak pathogenetikai és obligatorikus jelentőséget tulajdonít. Az elmondottakból következik, hogy a serumban bicarbonatesökkenésnek és valódi acidosisnak még organikus savszaporulat esetén sem kell feltétlenül bekövetkeznie. Ez a mondat az uraemiának sokkal tágabb körét foglalja magában, ha egyetlen jelzővel kibővítjük és azt mondjuk: az uraemiás *organikus acidosisnak* pathogenetikai és obligatorikus jelentősége van.

Térjünk vissza a laboratóriumból ismét a betegágyhoz. Mért hal meg a valódi uraemiás beteg? Az egyiken az organikus savszaporulat a hiányos compensatiók következtében súlyos acidotikus comát idéz elő, amiből alig, vagy egyáltalán nem lehet a beteget kiemelni. Meghal tehát acidosisban. A másik betegen az organikus savszaporulat dacára a sav-basisegyensúly úgy alakul, hogy az acidotikus coma nem fejlődik ki. Itt van a mi hypochloraemiás esetünk. Látható, hogy a fagyponthoz a vérben és szövetekben süllyed, maradék nitrogennel az egész szervezet el van árasztva, a carbamid-fraction mellett a húgysav és kreatinin is erősen megszaporodik. A basis egyes fractióiban eltolódások vannak, a kalium emelkedik, a calcium csökken, az ammonia is rendszeresen emelkedett. Az egész szervezet chlorszegény, a foszfatok hihetetlen mértékben érnek el. Az organikus savak az ártalmas productumok tömegét foglalja magában: phenolok, kresolok, indolszármazékok, phenylecetsav, phenylpropionsav, oxyphenylecetsav és propionsav, valamint ezen felül még számos ismeretlen méreg tartozik ebbe a keretbe. Ilyen anyagcserezavart keveset látunk a pathológiában. Kell-e tehát egy specifikus uraemiás méreg után kutatni? Ez nem elégséges ahhoz, hogy az életfolyamat megszűnjék? Mi csatlakozunk *Bouchard* nézetéhez, és az uraemiát complex mérgezésnek tartjuk. Az uraemiás egyént meghalhat acidotikus comában vagy el-

pusztul a saját maga által producált: retineált és toxikus anyagcsere-termékek tömegében.

Irodalom: 1. *Jaksch*: idézve *Korányi* után. — 2. *Volhard*: Die doppelseitigen haematogen Nierenerkrankungen, Berlin, 1931. — 3. *Ambar*d: Physiol. et path. des Reins, Paris, 1931. — 4. *Blum* és *van Cauelaert*: Le rôle du sel dans les Nephrites, Paris, 1931. — 5. *Rudolf*: L'Hypochloraemie, Paris, 1931. — 6. *Bouchard*: Leçons sur les auto-intoxications, Paris, 1887.

Az Erzsébet Tud.-Egyetem bő- és nemikórtani klinikájának közleménye. (igazgató: vitéz Berde Károly ny. rk. tanár.).

Chronikus csomós lymphoid leukaemiából röntgensugárzás után fejlődött erythroderma leukaemicum.*

Irta: *Follmann Jenő* dr. tanársegéd.

Nemcsak bőrkórtani, hanem általános orvosi szempontból is figyelemre méltók azok a bőrelváltozások, amelyek leukaemiák kíséretében fellépnek. Az idősült lymphatikus fehérvérűség jelentkezhetik a bőrön egyrészt mint körülírt, gyermekökölnyi csomók amelyek kedvenc helye a szemöldök, glabella, orr orcák, emlőbimbó, herezacskó, de a test bármely helyén is előfordulhatnak kivételesen, azután mint testszerte megjelenő papulák s végül mint az egész köztakaróra kiterjedő lymphatikus megbetegedés. Ez utóbbi az erythroderma leukaemicum simplex, amely rendszerint ekzematizálódik, ami által a gyakoribb erythroderma leukaemicum ekzematizatum jön létre. Még meg kell említenem a bőrelváltozások között a prurigo lymphaticát, amely azonban önmagában nem kórjelző, amennyiben mirigy tuberculosissal, lymphosarkomával, malariával is felléphet.

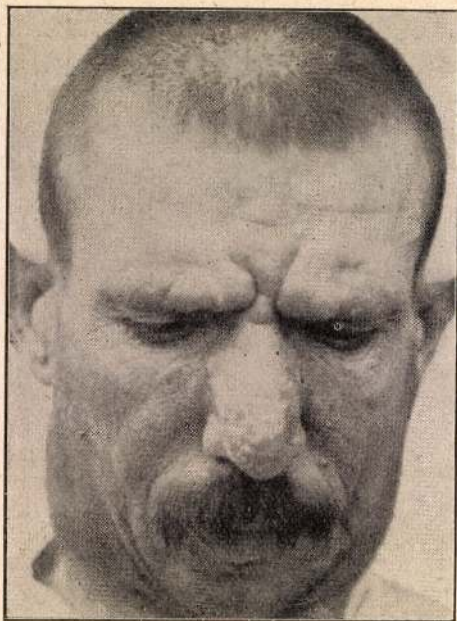
Intézetünk beteganyagából olyan beteget volt alkalmunk észlelni, akin a megbetegedés első ízben mint körülírt csomós lymphoid leukaemia jelentkezett és bevezetett röntgenkezelésre gyógyulni kezdett. Az elég ritka eset érdekességét azonban fokozzák azon általános leukaemiás bőrelváltozások, amelyek a körülírt leukaemia gyógyulásával az első klinikai tartózkodás után léptek fel s amelyek amellet látszanak bizonyítani, hogy a leukaemia nem elszigetelt rendszermegbetegedést, hanem általános fokozott lymphatikus túlérzékenységet jelent.

A 41 éves férfibeteg első ízben 1930 április 10.-én keverte fel klinikánkat. Betegsége fél évvel ezelőtt kezdődött. A szemalatti tájékon piros foltok keletkeztek, amelyek az orr és később a szemöldöktájokra is elterjedtek. A bőr megduzzadt, erősen kiemelkedett, de fájdalmat az elváltozás nem okozott. Nyakán, hónaaljában lágyékhajlataiban a bőr alatt kemény fájdalommentes csomók keletkeztek. Néha kisfokú nehézlégzése volt.

Felvétele alkalmával mindkét szemöldöktájéka és a homlok középső része, fel egész a hajás fejbőr kezdetéig egybefolyó, kékesvörös, duzzadt, puha, térszatapintatú, daganatszerűen kiemelkedő képletet mutatott. (1. ábra) amelynek felszínén finom érelágazások voltak. Hasonló elváltozás foglalt helyet az egész orr felületén és pillangó alakban a szomszédos részeken, a szemalatti tájakon. Az állalatti, nyaki, hónalji nyirokcsomók lényegesen megnagyobbodtak, sőt a lágyéki nyirokcsomók több mirigy összefolyásából keletkezett gyermekökölnyi hatalmas, kemény, dudoros felszínű, nyomásra nem fájdalmas képletet alkottak. (2. ábra) A nyálkahártyák halványak voltak. A tömött tapintatú lép 3 ujjnyira meghaladta a bordaívét. A máj alsó széle tapintható volt. Ezek alapján a klinikai kép mindenben megfelel a körülírt bőroleukaemia kórképének.

*) A pécsi Orvosi Szakosztály 1930 novemberi ülésén tartott előadás.

A beteg homloki csomójából kivágott bőrdarabból készült metszetekben talált szöveti elváltozások a következők: A hámban különösebb elváltozás nincs. Az irha főtömegét a lymphocyták hatalmas daganatszerű tömege foglalja el, amely sűrűn elhelyezkedő sejtjeivel az alapszövetet teljesen elfedi. Az irha legfelső rétegébe ez a kiterjedt beszűrődés nem ér fel, hanem a körülírt leukaemiára jellegzetes lymphocytamentes övet mutatja az irhában a szemölcsstest alatt. Ebben az övben számos erősen tárgult hajszerál látható, amely klinikailag a felületes értágulatoknak felel meg a csomók felszínén.



1. ábra.

Végül diagnosizunkat megerősítette a betegen végzett vérvizsgálat is, amely szerint a vörösvérsejtek száma: 1,970,000; a fehérvérsejtek száma 50,800; a haemoglobin 31% Sahli szerint. A qualitativ képen pedig a lymphocyták száma 91%. A Wassermann-reactio negatív.



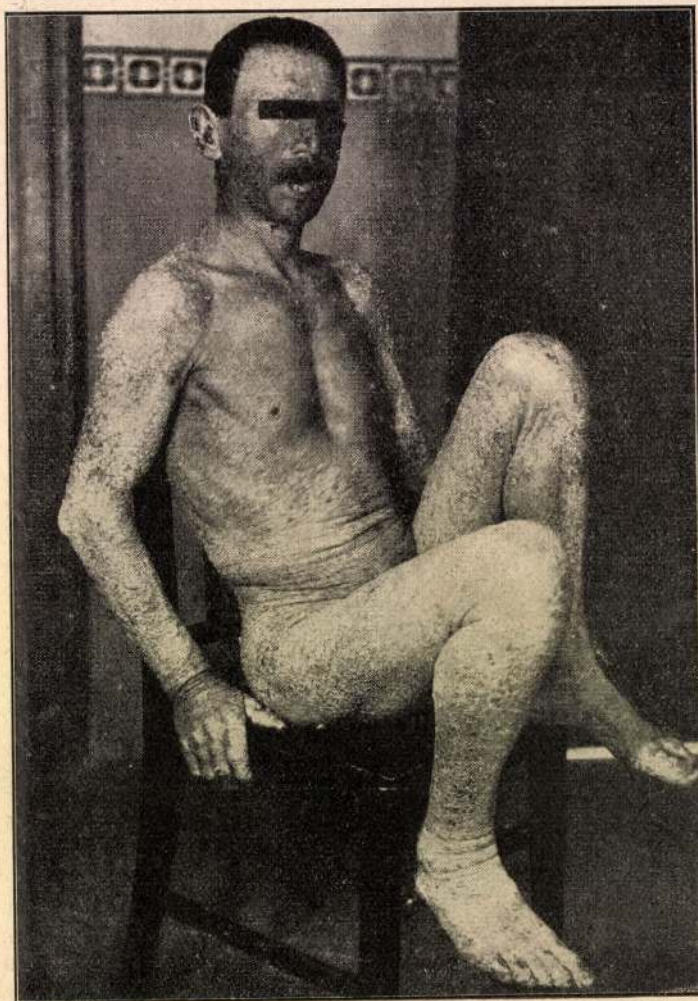
2. ábra.

A beteg klinikai tartozkodása alatt röntgenkezelésbe részesült. Besugároztuk a lépét, a bőrelváltozásokat, a nyaki hónalj, ágyéki és mesenterialis nyirokcsomókat, a következő sorrendben és sugáreménnyel:

1. IV/22 Lép 150. R, KV. 1/2 Zn, 1 mm. Al. A bal hónalj 200 R, 140 KV, 3. Al.

2. IV/25 Jobb hónalj. 300 R. 140 KV. 3 mm Al.
3. „ 27. Jobb nyaki mirigyek 200 R. 140 KV., 3mm Al.
4. „ 31. Bal nyaki mirigyek, 200 R. 140 KV. 3. mm. Al.
5. V/2. Jobb lágyéki mirigyek. 300. R. 140. KV. 3 mm, Al.
6. „ Bal lágyéki mirigyek. 300 R. 140. KV. 3. mm. Al.
7. „ 6. A mesenterialis mirigyek előről 200 R, 160 KV. 1/2 mm Zn + 1 mm Al.
8. „ 9. A mesenterialis mirigyek hátulról. 150. R. 150. KV. 1/2 mm. Zn + 1 mm Al.
9. „ Homlok, arc 200 R. 120. KV. 1 mm. Al.

A sugárzás fokozatos előrehaladtával a következő változások állottak be a beteg állapotában: a vörösvérsejtek száma 1,970,000-ról 3,100,000-re emelkedett. A fehérvérsejtek száma 50,800-ról súlydelt 2700-ra. Azonfelül a lymphocyták száma szintén jelentékenyen csökkent, 91%-ról 52%-ra a polymorphmagvúak száma pedig 9%-ról 44%-ra emelkedett. Kétségtelen tehát, hogy a beteg a javulás útjára lépett. A vérképben mutatkozó javulást kiegészítette a beteg általános állapotában is észlelhető javulás. A betegség kezdetén fenn-



3. ábra.

állott nehézlégzés eltűnt. Megindult úgy a bőrelváltozások, mint a nyirokcsomók visszafejlődése. Ekkor a beteget újabb jelentkezésre utasítva elbocsátottuk.

Két hónappal később a beteget újra felvettük a klinikára az általános kiütései miatt. Erre az állapotra vonatkozólag előadta, hogy két hete lábszárainak hátsó felszínén erősen nedvező vörös foltok keletkeztek. A nedvezés másnap eltűnt s nyomában a bőr feszes és száraz lett úgy hogy hajlatokban be is repedezett és fájdamat okozott.

Felvételi állapota ekkor július 15.-én a következő: Az egész test bőre élénk vörös színű, feszes és mérsékelt beszűrődött. A szaruréteg mindenütt vékony lemezekben hámlik. (3. ábra.) A tenyereken és talpakon durva vaskos lemezek vannak. A bőr körülírt leukaemiás csomói helyén az elsimult bőr fokozottabb beszűrődést nem mutat. A szőrzet általában mindenütt megritkult. A szájnílás körül és a haj-

latokban kissé vérző felületes berepedések vannak. A nyirokcsomók szokott nagyságúak, csupán a hónaljokban tapintathatók még cseresznyenagyságú nyirokcsomók. A máj szélé nem terjed túl a bordaívén. A beteg vérképe a következő: vörösvérsejtek száma 3,905,000, fehérvérsejtek száma 7400, haemoglobin 72% *Sahli* szerint, a kvalitatív vérképben Jg. 2%, Segm. 60%, Eos. 2%, Lymphocytá 33%, Mon. 1%.

Az előzőhöz képest tehát állapota annyiban változott, hogy az arci és homloki lymphocytás beszűrődésnek nyoma sem volt, a nyirokcsomók közül csak a hónalji mirigyek voltak cseresznyenagyságúak s végül a vérkép megközelítette az egészségesen található viszonyokat.

Ezen második intézeti tartózkodás alatt ismét röntgenkezelésnek vetettük alá a beteget. A sugárzást ugyanazon sorrendben és ugyanolyan sugármennyiséggel végeztük, mint első ízben. Azzal a különbséggel, hogy a homlokot és az arcot nem sugároztuk be, mivel ott már elváltozások nem voltak és a mesenterialis mirigyekre pedig kisebb adagot 100 és 150 R. mennyiséget adtunk. A sugárzás alatt a beteg állapota ismét feltűnően javult és a vérkép teljesen rendes lett. Az utolsó sugárzás után a vörösvérsejtek száma elérte a 4 és fél milliót és a fehérvérsejtek száma pedig 5,900-ra esett. A haemoglobin is rendes értéket adott, amennyiben *Sahli* szerint 80%-ra emelkedett. A kvalitatív vérképben a lymphocyták 26%-ra csökkentek, míg a polynuclearisok mennyisége 63% volt. Tehát a vérkép mindenben megfelelt a rendes viszonyoknak. (3% pálcika., 63% segment, 5% eosinophil, 1% basophil, 1% monocytá., 27% lymphocytá.)

Az egész testre alkalmazott gyulladáscsökkentő kenőcs kezelés után a bőr állapota is lényegesen javult, az általános bőrgyulladás megszűnt és szigetszerű góccokká zsugorodott össze. Legkifejezettebb maradt a gyulladás a lábszárnak hátsó felszínén, hol még némi vakarási nyomokat észlelhettünk.

A kiterjedt bőrelváltozás körjelzésének megállapítására a bőrből kimetszetünk. A szövettani képen észlelt elváltozások nem tisztán ekzémás jellegűek voltak, hanem chronikus leukaemia másikkal alakjának: az *erythroderma leukaemicum*nak szöveti képét adták. Ezen jelenségek között szerepelnek egyrészt a parakeratosis, interpapillaris akantosis, spongiosus vándorsejtekkel, hámközi hólýagcsaképződés, leukocytákkal telt szarvórétegalatti mikroabscessusok, a szemölcsöste mérsékelt lymphocytás beszűrődése és az ugyancsak kistokú érköri beszűrődés.

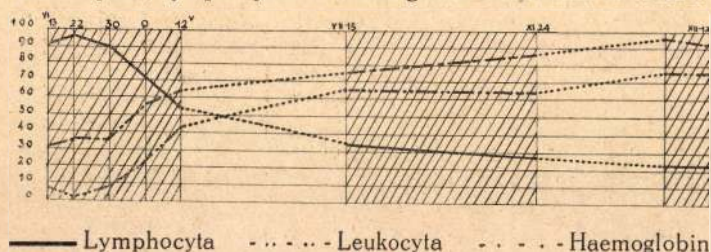
Másodízben szeptember 27-én hagyta el a beteg a klinikát és másfélhónapi otthoni tartózkodás után nov. 12-én harmadszor is felvettük. Ekkor már az arci és homloki elváltozásai teljesen eltűntek. Nyirokcsomói a nyakon, hónalj és a lágyékhajlatokban mindössze nagybabnyiak, mogorónyiak voltak. Az erythroderma a végtagok alsó felére szorított. Legkifejezettebbek voltak az elváltozások a tenyereken és a talpakon, amelyek lemezes hámlást mutattak. A körömökön súlyos tünetet észleltünk. Ez abból állott, hogy az egész körömálmány hosszanti felrostozódást mutatott. A matrix megvastagodott, teljesen szabálytalanul, durva rögösen töredezett volt. A szabad szélén a leváló régi körömdarabot láttuk, utána következett a köröm főtömegét alkotó felrostozott egyenetlen sárgaszínű körömálmány, míg a lunulának megfelelően már eléggé épnek látszó új köröm növekedett. Ilyen körömváltozások ismertetését a leukaemia irodalmában nem találtunk. Minden valószínűség szerint trophikus zavarokkal állunk szemben, amelyek az erythrodermák szakban erősödtek és az erythroderma gyógyulásával szintén javultak, tanuskodva átmeneti jellegükről.

Ezen harmadik klinikai tartózkodása alatt a vérvizsgálat következő eredményt nyújtotta: vörösvérsejtek száma 4,880,000, fehérvérsejtek száma 8,5000., haemoglobin *Sahli* szerint 95%, a kvalitatív képen pedig Jg. St. 1% Segment: 71%, Bas.: 0, Eos.: 4%, Lymphocytá: 23%, Monocytá 1%.

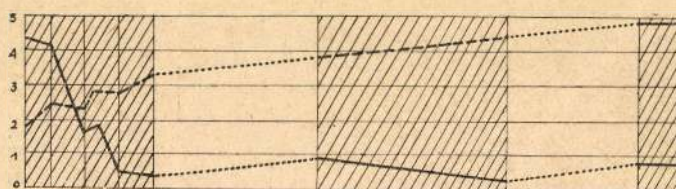
A kvalitatív és kvantitatív vérképleletnek a három klinikai tartózkodás alatt bekövetkezett állandó javulását a következő görbékkel szemléltetjük.

Összesített táblázat a három klinikai tartózkodás alatti vérváltozásokról:

Leukocyták, lymphocyták és haemoglobin százalékos változása.



Vörösvérsejtek és fehérvérsejtek abszolút száma mm³-ként. Vörösvérsejt 1 beosztás 1 millió, fehérvérsejt 1 beosztás 10,000.



— Fehérvérsejtek - - - - Vörösvérsejtek
Csíktolt mezők a klinikai tartózkodás ideje.

A leukaemia az egyik uralkodó nézet szerint a lymphatikus szervekre és a bőrre szorító megbetegedés (*Naegeli, Ebstein, Fraenkel, Borgsitter*), míg a másik felfogás csak egy állandó leukaemiás hajlam megnyilvánulásának tartja a tüneteket (*Lubarsch, Sternberg, Scherf, Herz, Bauer, Jagic, Deussing*).

Hogyan értelmezhetjük tehát az enyhébb második leukaemiás eruptio, erythroderma leukaemia fellépését?

Esetünkben az első lehetőség az egyes szervekre szorító megbetegedés ellen szólnak a következők: A betegnek első jelentkezése alkalmával a bőrön körülírt gócos idült leukaemiája volt. Az arcot, nyirokcsomókat, lépét besugároztuk és mint ezen gócos klinikai viselkedéből és a jórészt rendeződött vérből észleltük, a beteg gyógyulni kezdett. Kétségtelen tehát, hogy a betegség főgócainak gyógyulása alatti időben lépett fel a második tünetcsoport: az erythroderma. A hajlamhoz nem kötött betegségekben pedig azt látjuk, hogy a főbb gócos gyógyulása a szervezet ellenállását annyira emeli, hogy rendszerint a kisebb gócos kezelés nélkül is gyógyulni kezdenek, ha a megbetegedés a gyógyulás előrehaladottabb fokát mutatja. Felvehető volna azonban, hogy az első kezeléskor nem értük el a teljes gyógyító adagot, tehát a sugárzás mintegy provocativ jellegű lett volna. Ennek azonban a klinikai lefolyás szól ellene. Ugyanis az erythroderma az első sorozatban adott utolsó röntgenezés után két hónappal lépett fel. Már pedig úgy a parasiták, mint a hajlamhoz kötött bőrbajokban azt látjuk, hogy bármilyen kezelés, vaccina, gyógyszer, sugárzás, stb. hatására fellépett provocatio, a behatás után 1—2, de legfeljebb három nap múlva már okvetlenül jelentkeznek. Ebben az esetben pedig az erythroderma két hónappal az utolsó kezelés után lépett fel. Ez pedig olyan hosszú idő, hogy a provocatio lehetőségét egész biztosan kizárhatjuk.

Ellenben a klinikai lefolyás, a szövettanilag megerősített leukaemiás visszaesés és az ezek mellett mégis gyógyulást mutató vérképváltozások megerősítik azt a feltevést, hogy lymphatikus hajlammal állunk szemben, amely az erythroderma képében a leukaemia enyhébb alakját vette fel. Emellett szól az is, hogy a gócos újbóli besugárzásával nemcsak a gócos elváltozások tűntek el és a vérkép is tovább javult, hanem a beteg lymphatikus ingerlékenysége is tovább csökkent, ami abban is megnyilvánult, hogy közömbös gyulladáscsökkentő kezelésre a bőrlenségek visszafejlődtek.

Ezek alapján tehát az erythroderma leukaemicum létrejövetelét a következőkben rekonstruálhatjuk: A leukaemiás szervezet leukaemiás hajlamot hordoz magában. Ez abban nyilvánul, hogy különböző ártalmakra a szervezet leukaemiás tünetekkel válaszol. Ebben az esetben is a röntgenezésre a helyi elváltozások gyógyultak. Azonban a hatás gyöngülésével azon ártalomra, amely az első tüneteket kiváltotta, a szervezet a még nem beteg bőr részé-

ről leukaemiás tünetekkel válaszolt. Ezek azonban tekintettel arra, hogy a megbetegedés előzetes kezelése szakában volt, mérsékeltebben jelentkeztek. Ennél fogva csatlakoznunk kell azon felfogáshoz, hogy a leukaemiás megbetegedés hajlamot jelent s ennek kell tulajdonítanunk, hogy ebben az esetben is első ízben súlyosabb, nagycsomós körülírt leukaemia alakjában jelentkezett a megbetegedés és később pedig a gyógykezelésre az enyhébb lefolyású fellángolást észleltük. Érdekeséget kölcsönöz azonban az esetnek az a körülmény, aminek nyomát az irodalomban nem találtuk, hogy a visszaesés nem ugyanazon megbetegedés képében folyt le, hanem első ízben mint csomós körülírt leukaemia, a második esetben pedig mint diffúz erythroderma leukaemicum jelentkezett.

A debreceni I. oszt. elemi iskolás tanulók
átvizsgálása egészségügyi szempontból az
1931/32. tanévben.

E vizsgálatokat szervezte és vezette:

Neuber Ede dr.,

egyet. ny. r. tanár, az Országos Antivenereás Küzdelem
miniszteri biztosa.

(Folytatás.)

Rachitis.

A talált rachitises jelenségek s egyéb csontelváltozások feldolgozásának részletes ismertetése egyebütt történik, azért e helyen kizárólag statisztikai adatokra szorítkozunk.

	Fiúkon		Leányokon		Összesen	
	szám	%	szám	%	szám	%
Rachitis előfordult	299	58.39	213	41.61	512	31.76
Rachitis a <i>fejen</i>	30	46.16	35	53.84	65	12.69
Rachitis a <i>mellkason</i>	129	59.18	89	40.82	218	42.55
Rachitis a <i>végtagokon</i> (csöves csontokon)	4				4	0.75
Rachitis a <i>fejen</i> + <i>mellkason</i>	82	59.42	56	40.58	138	26.92
Rachitis a <i>fejen</i> + <i>végtagokon</i>	5	50.00	5	50.00	10	1.93
Rachitis a <i>mellkason</i> + <i>végtagokon</i>	27	64.28	15	35.72	42	8.35
Rachitis a <i>fejen</i> + <i>mell-</i> <i>kason</i> + <i>végtagokon</i>	22	62.85	13	37.15	35	6.81

Környezettanulmány

Udvar, kert. Az összes (1612) tanuló közül 1297 esetben (80,4%) kaptunk a környezetre (udvar, kert stb.) megbízható adatokat:

731 tanuló lakott olyan házban, amelyben <i>udvar és kert</i> is volt	56.4%
535 tanuló lakott olyan házban, amelyben csak <i>udvar</i> volt	41.2%
31 tanuló lakott olyan házban, amelyben csak <i>kert</i> volt	2.4%
1297	100.0%

A vizellátásra 1293 esetben (80.2) érkezett be értékesíthető adat. Az 1293 tanuló közül:

407 lakott olyan házban, amelyben vízvezeték volt	31.5%
641 lakott olyan házban, amelyben jó ivóvízü kút volt	49.6%
245 lakott olyan házban, melyben rossz ivóvízü kút volt	18.9%
1293	100.0%

Az árnyékszékek minőségére vonatkozó adatokat az összes tanulók közül 1149 esetben (71,2%) kaptunk:

185 tanuló lakott olyan házban, amelyben WC. volt	16.1%
836 tanuló lakott olyan házban amelyben tiszta gödör volt	72.8%
128 tanuló lakott olyan házban, amelyben piszkos gödör volt	11.1%
1149	100.0%

Az alapincézettség szempontjából 1519 értékesíthető felelet (94.2%) érkezett be:

205 tanuló lakott alápincézett házban, azaz	13.5%
1314 tanuló lakott olyan házban, ahol nem volt pince	86.5%
1519	100.0%

Szülők foglalkozása.

Szülők foglalkozása szerint a tanulók a következőképen oszlottak meg:

		%	K ö z ü l ü k
Katona	52	3.4	2 tiszt, 50 légénységi állományú.
Intellektuel	60	3.9	20 szabad foglalkozású, 40 tiszviselő.
Özalkalmazott	289	19.1	148 altiszt, 141 munkás
Kereskedő	54	3.6	26 önálló, 28 alkalmazott
Iparos	432	28.5	311 önálló, 121 alkalmazott
Kisbirtokos	95	6.3	
Munkás	199	13.1	68 ipari 131 mezei munkás
Napszámos	268	17.7	
Háztart. alk.	61	4.1	
Magánzó	5	0.3	
	1515	100.0	

Az 1612 tanuló közül 97 esetben nem sikerült a foglalkozást kinyomoznunk, részben a szülők elhalálózása, részben pedig egyéb okok következtében.

Bélféregvizsgálatok.

Az 1930—31-iki gyermekvizsgálatainkban 43.5%-ban, az 1931—32-ikben azonban már csak 23.5%-ban talált a gyermekklinika (Bókay Zoltán prof.) bélférgeket.

Ennek az örömdetes javulásnak az a magyarázata, hogy a múlt tanévnek a béléfégerekre vonatkozó statisztikai adatai nemcsak a hatóságának és a magánorvosoknak figyelmét keltették fel erre a betegségre — vizsgálataink előtt senki sem tudott ilyen nagymérvű elterjedéséről Debrecenben —, hanem a szülők is tudomást szereztek a béléféregfertőzés gyakoriságáról s gyermeküket gyanus tünetekkel haladéktalanul orvoshoz vitték. Már ezek a meglepő eredmények is mutatják, hogy mennyire fontos a gyermekek szervezetének minél szélesebb alapon és szakszerűbb beállításban történő átvizsgálása, mert ezáltal nem is sejtett — fertőző! — megbetegedésekre bukkánhatunk s a fejlődő szervezetet sok ártalomtól megvédhetjük.

Az összes 1612 vizsgált gyermek közül 75 esetben nem kaptunk megfelelő bélsárányagot, vizsgálataink tehát csak 1537 gyermekre (95,3%) szorítkoztak.

Az 1537 vizsgált gyermek közül <i>negatív</i>	1176 eset	76.5%
" " " " " <i>pozitív</i>	361 eset	23.5%

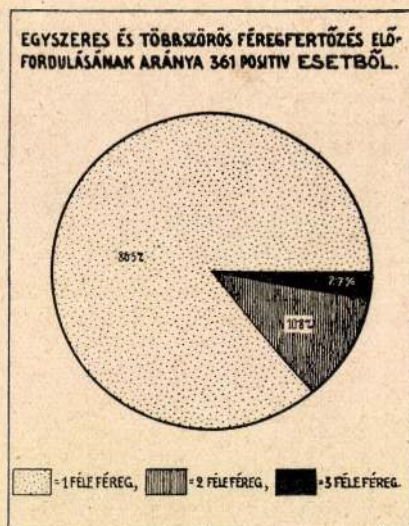
A nemek közötti gyakoriság:

negatív a fiúk	77.3%-a,	a lányok	75.7%-a
pozitív a fiúk	22.7%-a,	a lányok	24.3%-a
	100.0%		100.0%

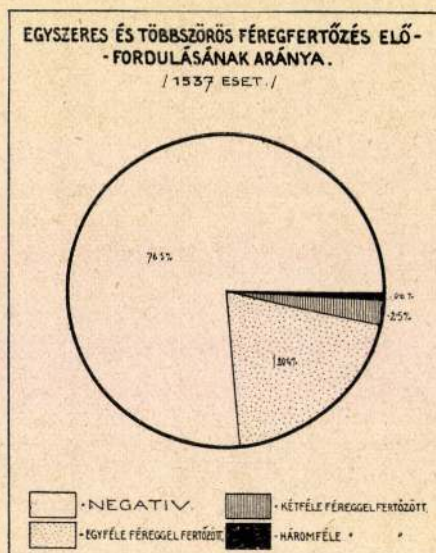
A fiuk és leányok aránya a *negatív* esetek között körülbelül egyenlő: 597 fiú (50.8%) és 579 leány (49.2%), a *pozitív* esetek között 175 a fiú (48.5%) és 186 a leány (51.5%).

A 361 pozitívnek talált gyermek közül:

1. Egyféle féreg fordult elő	313 esetben	86,7%	20,4%
2. Kétféle féreg fordult elő	38 esetben	10,5%	2,5%
3. Háromféle féreg fordult elő	10 esetben	2,8%	0,6%
negatív lelet	1176 esetben		76,5%
		100,0%	



14. ábra.

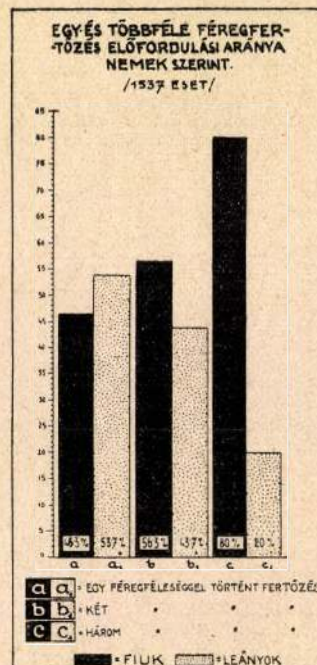


15. ábra.

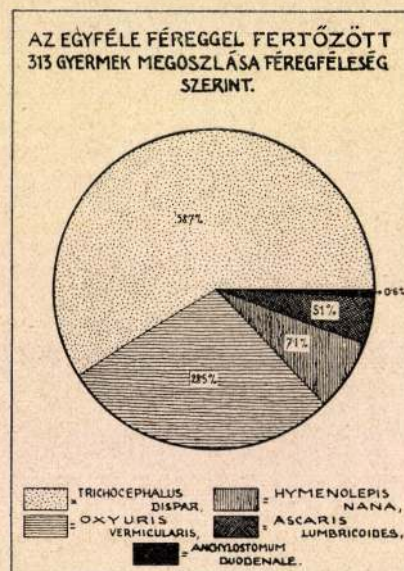
A nemi különbség annál kifejezettebb, minél többféle fertőzésről van szó. Az egyféle féreggel fertőzött fiúk száma 145 (46.3%), a leányoké 168 (53.7%). A kétféle féreggel történt fertőzés eseteiben ez az arányszám eltolódik a fiúk hátrányára és pedig a fiúk 56.3%, leányok: 43.7%. A hármas fertőzésben ez az eltolódás még nagyobb, itt 80% a fiúk és 20% a leányok fertőzöttsége. Természetesen ezek a nagyon különböző vonatkoztatási alappal bíró arányszámok bizonyító erejű következtetésre nem használhatók fel.

Az egyféle féreggel fertőzött 313 gyermek megoszlása féregfélése szerint:

	313 fiú és leány			145 fiú			168 leány		
Oxyuris vermicularis	89	28.5%	(tavalý 36.3%)	59	40.7%		30	17.9%	
Trichocephalus dispar	184	58.7%	(tavalý 48.3%)	70	48.3%		114	67.9%	
Hymenolepis nana	22	7.1%	(tavalý 3.9%)	8	5.5%		14	8.3%	
Anchylostomum duodenale	2	0.6%		2	1.4%				
Ascaris lumbricoides	16	5.1%	(tavalý 11.5%)	6	4.1%		10	5.9%	
	313	100,0%		145	100,0%		168	100,0%	



16. ábra.



17. ábra.

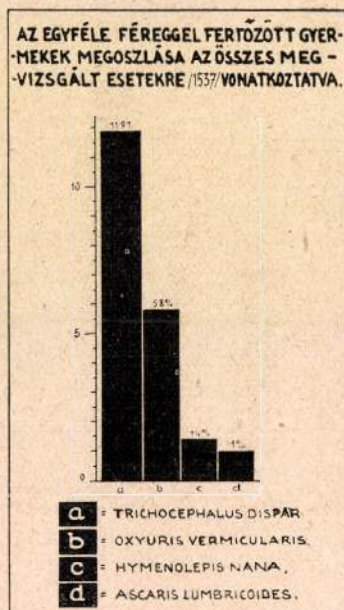
Az egyes féregfélésekre az összes (1537) megvizsgált tanuló között következőképpen oszlanak meg:

Előfordult az 1537 gyermek közül:

Oxyuris vermicularis	89-en	5.8%	(tavalý 15.8%)
Trichocephalus dispar	184-en	11.9%	(tavalý 20.9%)
Hymenolepis nana	22-n	1.4%	(tavalý 1.8%)
Ascaris lumbricoides	16-on	1.0%	(tavalý 5.0%)
Anchylostomum duodenale	2-n	0.2%	(tavalý —)

Az utóbbi két ábrát áttekintve, feltűnik, hogy az ascaris lumbricoides az 1931–32-iki tanévben úgy az összes tanulók, valamint a féregfélésekre között elfoglalt arányszámára vonatkoztatva rendkívül megcsökkent, ami talán a sikeresebb kezelés eredménye, miután ebben a

tanévben már számos tanuló bélféreg kezelés alatt, vagy azután kereste fel vizsgálatainkat.

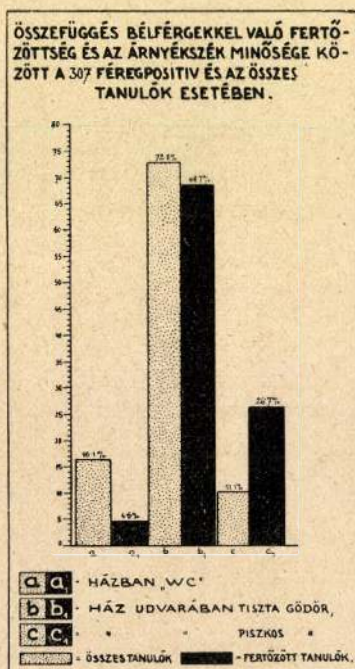


18. ábra.

A férgekkel fertőzöttség és az árnyékszék minősége között fennálló összefüggés felderítésére a 361 fertőzött tanuló közül 307 esetben (85.0%) sikerült adatot nyerni:

14 fertőzött tanuló lakott W. C.-vel bíró házban	4.6%
211 fertőzött tanuló lakott tiszta gödörrel bíró házban	68.7%
82 fertőzött tanuló lakott piszkos gödörrel bíró házban	26.7%
307	100.0%

A fertőzött tanuló	Az összes tanuló
4.6%-a	16.1%-a lakott W. C.-s házban
68.7%-a	72.8%-a lakott tiszta gödörrel bíró házban
26.7%-a	11.1%-a lakott piszkos gödörrel bíró házban.



19. ábra.

Az utóbbi ábra azt mutatja, hogy a piszkos gödörrel bíró házakban még a duplájánál is több a bélféreggel fertőzött tanulók megoszlási aránya (26.7%), mint az összes tanulóké (11.1%). Ugy látszik tehát, hogy

a piszkos gödörnek kétségkívül szerepe van a bélféreggel fertőzés terjesztésében. Talán ez a körülmény magyarázza meg azt a jelenséget, hogy egyes iskolákban (főleg kültelkieken és tanyaiakon) 50–60% a fertőzés arányszáma, ezzel szemben más iskolákban (főleg a belterületeken) a tanulók féregmenteseknek bizonyultak.

Már a tavalyi beszámolómban is rámutattam arra, hogy a bélféreg által okozott tüneteket (étvágytalanság, kedvetlenség, szórakozottság, álmatlanság, hányási inger, csökkent munkabírást stb.) a múlt tanévben többnyire egyéb betegségekre vonatkoztatták, és különösen idegesség és vérszegénység stb. ellen kezelték a gyermeket, természetesen teljesen eredménytelenül, mert az utóbbi tünetek, illetve betegségek ellen adott gyógyszerek a primer betegségekre, a bélféregre hatástalanoknak bizonyultak.

Bőr- és ivarszervi vizsgálatok.

Ezek az összes (1612) tanulón történtek. Tulajdonképpen bőrbetegségek az 1612 tanuló közül oly csekély százalékban fordultak elő, hogy ezek vonatkoztató statisztikai feldolgozásra nagyobbára nem alkalmasak.

Számszerű előfordulások:

	Fiú	Leány	Összesen
Alopecia areata	1	—	1
Angulus infectiosus	32	21	53
Ekzema	6	5	11
Ekzema seborrhoicum	32	26	58
Folliculitis	6	3	9
Herpes labialis	1	1	2
Heg, égés utáni	11	13	24
Impetigo	17	10	27
Keloid	—	1	1
Kryptorchismus	130	—	130
Mellkason erősebb visszértágulat	86	48	134
Mikrosporia	1	—	1
Phimosz	119	—	119
Pyoderma	29	17	46
Scabies	2	—	2
Seborrhoea sicca	7	2	9
Scrophuloderma	2	1	3
Trichophytia	4	2	6
Urticaria	—	1	1
Verruca vulgaris	3	4	7
Verruca plan. juvenilis	—	2	2

646

A fiúk 14.2%-án találtunk phimosist és 15.5%-ában kryptorchismust.

Gyakoribb volt a naevus előfordulása:

	Fiún	Leányon	Összesen
a) naevus pigmentosus	73	49	122
b) naevus pigmentosus pilosus	6	2	8
c) naevus flammeus	5	9	14
	84	60	144

Az összegezés nem a vizsgált személyekre, hanem az esetekre vonatkozik, mert egy-egy tanulón a kóros bőrtünetekből több is előfordult.

A tisztasági vizsgálat szempontjából kifogás alá nem esett:

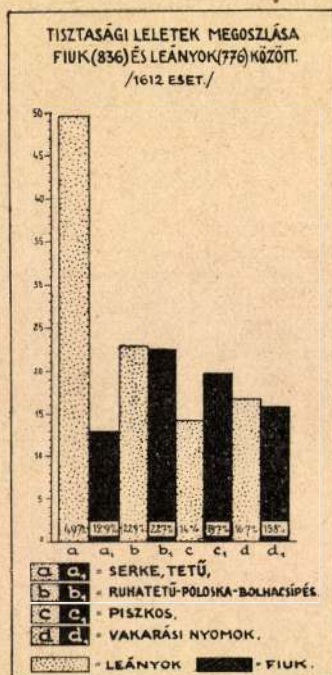
(tanulókra vonatkoztatva)

Fiú: 484 Leány: 317 Összesen: 801

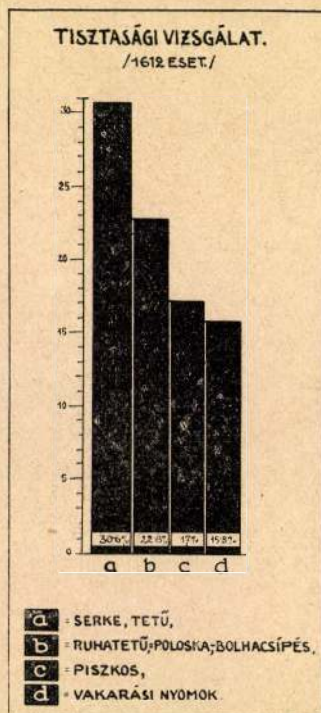
A tisztasági vizsgálat szempontjából kifogásolt esetek (nem tanulók) megoszlása.

	Fiú szám	Fiú %	Leány szám	Leány %	Összesen szám	Összesen %
Piszkos	165	19.7	109	14.0	274	17.0
Serke-tetű	108	12.9	386	49.7	494	30.6
Ruhafetű-, poloska-, bolha- stb. csípés	190	22.7	178	22.9	368	22.8
Vakarási nyomok	132	15.8	123	15.9	255	15.8





20. ábra.



21. ábra.

Serke-tetű találtatott tehát	494 esetben	30.6%
Ebből fiukon	108 esetben	21.9%
leányokon	386 esetben	78.1%
Az összes fiuk közül		12.9%
Az összes leányok közül		49.7%

A dermatológiai vizsgálatokban rendkívül meglepő volt, hogy a három scrophulodermás eseten kívül egyéb gümőkóros bőreset (pl. lupus, tuberculidek, stb.) nem fordult elő annak ellenére, hogy olyan nagy arányszámban (20%) volt a szervek (tüdő-) tuberculosisa képviselve. Így pl. kb. 5000 átvizsgált gyermekben egyetlen egy lupus vulgaris esetet találtunk.

Gombás bőrbetegségek az 1931—32-es tanévben is igen csekély számban fordultak elő, ami kétségtelenül földrajzi fekvésünk (valószínűleg az Alföld száraz és szélsőséges klímája) antimycoticus viszonyával függ össze.

A tetvesség ideai arányszáma (30.6%) úgyszólván teljesen megegyezik a tavalyival (31.4%). A tetűvel fertőzött tanulók között a fiuk az idén 21.9%-ban (tavaly 23.3%), a leányok pedig 78.1%-ban (tavaly 76.7%) szerepeltek. Csak azt mondhatjuk, mint tavaly, hogy ennek a népbetegségnek leküzdése pillanatig sem tűr halasztást, hanem a leggyorsabb és legerélyesebb beavatkozásra van szükség, mert ezek a számadatok nemcsak diszcreditálják a magyar nép közismert tisztaságérzetét, — meg kell jegyeznem, hogy e téren más országok viszonyait is ismerem, amelyek közül a tetvesség szempontjából nem is olyan kevesen még rosszabb arányszámokat tüntetnek fel, amelyekre tehát ezek az intőszavak még fokozottabb mértékben vonatkoznak, — hanem a tetvesség a köztakarónak állandó izgatása következtében káros hatással van a gyermek idegrendszerére is. Ugyis sok a neurastheniás gyermek, a tetvesség kétségtelenül melegágya ennek a betegségnek. *Herczeg Ferenc* szavaival élve, aki kitűnően világít erre az állapotra, mondván: „Mi az az anyai szeretet, ha a gyermek teste a parazitáktól nyüzsög?” Amennyiben az „anya szeretete” ezen az állapoton nem tud segíteni, rendelettel kell ezt a népnayavalyát megszüntetni, de legalább is a legszűkebb határok közé szorítani. A tavalyi és az ideai vizsgálatokból is kétségtelenül kitűnt, hogy az iskolában a hosszú

haj melegágya az eltetvesedésnek, ami természetes is, mert ennek sokkal nehezebb az ápolása és gondozása, ezenkívül a hosszú haj tapadási felülete is nagyobb a serkék számára. Tanyai, főleg pedig tetvekkel erősen fertőzött elemi iskolában leányok számára rövid hajviseletet tennék kötelezővé — ha a divat rákényszerítette a nőkre az eton-frizurát, miért nem teheti ezt meg még radicalisabb formában egy közegészségügyi rendelet —, a fiuk hajhosszuságát pedig 1—2 cm-ben állapítanám meg. Ilyen rendelet a tetvesség halálos ítéletét jelentené, különösen, ha tekintetbe vesszük azt is, hogy az iskolában fertőzött gyermekek a családjukban is terjesztik ezt a betegséget. Ilyen rendelettel egyáltalában nem látom az egyéni szabadságot korlátozva, amely az utóbbi időben úgyszólván már csak a közegészségügyre szorítkozik. Mindenki rendelkezék a saját teste felett, de csak addig, amíg másokat nem veszélyeztet. A tetvesség különben súlyosabb természetű betegségek (furunculus, abscessus, carbunculus) okozójává is válhatik.

A debreceni mélyfürás kapcsán létesített strandfürdő és fedett uszoda kétségtelenül a közegészségügy céljait szolgálja, melyeket Debrecen város polgármestere, *Vásáry István dr.* tündermesébe illő gyorsasággal és szépséggel varázsolt elő. Amennyiben a tervezett népfürdő is (melegvízzel, szintén a mélyfürással kapcsolatban) felépül, akkor Debrecen városa rövid időn belül fürdővárossá fejlődik s egyúttal megmutatja, hogy még a legrosszabb gazdasági viszonyok közepette is lehet a közegészségügy terén alkotni.

Nőgyógyászati vizsgálatok.

A debreceni nőgyógyászati klinika (*Kovács Ferenc prof.*) az 1931.—32. évben kapcsolódott vizsgálatainkba. A nőgyógyászati vizsgálatok szempontjából tekintetbe jöttek: a szeméremtestnek és környezetének tisztasági állapota, a hymen alakja, a hüvely- és húgycső váladéka (folyása), úgyszintén bakteriumflórája, az ivarszervek állapota s végül a másodlagos nemi jelleg.

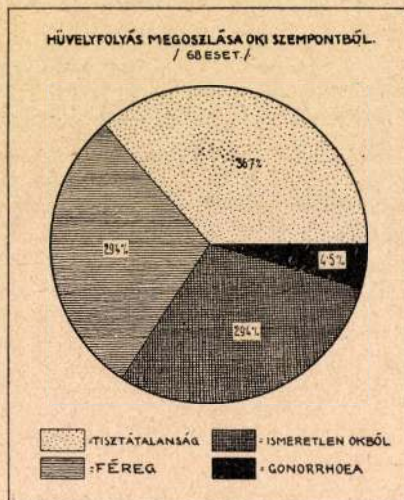
Az átvizsgált 1612 debreceni I. oszt elemi iskolás tanuló közül 776 volt leánygyermek, akik közül nőgyógyászati szempontból 538 került vizsgálat alá, tehát a vizsgálatra került leányok 69.3%-a.

Hogy az iskolaorvosoknak a jövőben a tanuló leányok nemirészeinek tisztaságára és ápoltságára még nagyobb figyelmet kell fordítaniok, ezt az alábbi arányszámok bizonyítják a legjobban.

Apolatlan szeméremtest	355 esetben	65.99%
Ápolat szeméremtest	183 esetben	34.01%
	538	100.00%
Lobos vulvát találtunk	85 esetben	15.79%
Kifejezett folyást találtunk az 538 leány közül	68 esetben	12.63%
Ezek közül a folyás oka:		
tisztátalanság	25 esetben	36.7%
féreg (indirect módon)	20 esetben	29.4%
ismeretlen	20 esetben	29.4%
gonorrhoea	3 esetben	4.5%
	68	100.0%

E vizsgálatok elsősorban kankós fertőzés felderítésére irányultak, amely betegség gyermekeken rendkívül nagy veszedelmet jelent a szövödményeknek, a kötőhártya és a szem fertőzésének, nem kevésbé a fertőzés terjedésének szempontjából. *Gonorrhoea*s fertőzés mindenestre csak 0.55%-ban fordult elő az átvizsgált 538 leány

között, 4.5%-ban pedig a folyást feltüntető 68 leány között. Ez az arányszám nem realis, valószínűleg jóval magasabb s emelhető lesz azáltal, ha a gonorrhoea-gyanus tanulóleányokat a jövőben nemcsak ambulanter vizsgáljuk, hanem pontosabb kivizsgálás céljából néhány napra felvesszük a klinikára.



22. ábra.

A folyás okát 29.4%-ban nem tudtuk megállapítani, legnagyobb valószínűség szerint azonban ez anaemiára, chlorosisra, egyéb alkati betegségekre stb. . . vezethető vissza. A 29.4%-ban féregfertőzés által okozott folyást a trichocephalus dispar, oxyuris vermicularis, ascaris lumbricoides és hymenolepis nana okozták, olyan módon, hogy a végbél körül hatalmas gyulladásos jelenségeket váltottak ki, amelyek a gátra, majd a szeméremtestre is ráterjedtek s ez a gyulladás a hüvelyből másodlagosan indította meg a folyást. A féregfertőzés által okozott folyás még leginkább okozott subjectív tüneteket. Hogy mennyire fontosak a nőgyógyászati vizsgálatok, az kiviláglik abból, hogy a kankós, továbbá a féreg okozta folyásban szenvedő gyermekek eddig orvosi kezelésben nem részesültek, sőt még a szülők sem tudtak gyermekük fertőzöttségéről, mert nem is sejtették, hogy gyermekük szeméremtestében pathogen baktériumok élnek és szaporodnak tele veszedelemmel a betegség hordozójára és a beteg leánygyermek környezetére.

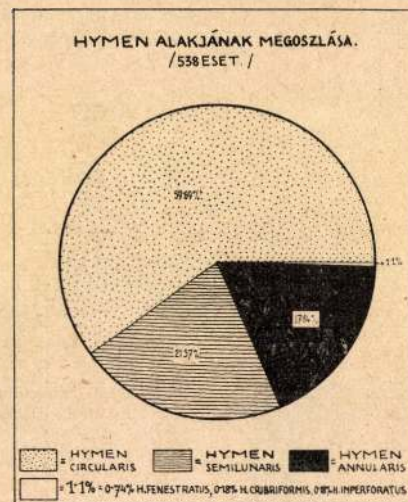
A szemérem részeket fedő szövet szempontjából észlelhető volt:

Pihével fedett szeméremdomb	415 eset	77.13%
Szörszerű pihe	19 eset	3.53%
Gyengén fejlett szövet	3 eset	0.56%
Teljesen meztelen szeméremdomb	101 eset	18.78%
	538	100.00%

A hymen alakjára is történtek vizsgálatok:

Hymen circularis	321 eset	59.69%
„ semilunaris	115 eset	21.37%
„ annularis	96 eset	17.84%
„ fenetratus	4 eset	0.74%
„ cribriformis	1 eset	0.18%
„ imperforatus	1 eset	0.18%
	538	100.00%

Belső vizsgálatot per rectum 436 esetben tudunk végezni, amelynek negatív eredményt adtak, csak egy esetben (0.18%) találtunk fejlődési rendellenességet vagina duplex alakjában.



23. ábra.

Szemészeti vizsgálatok.

A szemészeti klinika (Kreiker Aladár prof.) vizsgálatainkba az 1931/32 tanévben kapcsolódott be; ezek a vizsgálatok a szem, a kötőhártya és a szemhéj betegségein kívül a fénytörési rendellenességeket is felölelték. A vizsgálatra berendelt összes (1612) tanuló közül szemészeti vizsgálat történt 1325 gyermekben (82.1%).

Normalis szemlelete volt:

az 1325 gyermek közül összesen	1250-nek	94.3%
a 676 fiú közül összesen	642-nek	95.0%
a 649 leány közül összesen	608-nak	93.7%

Hibás szemlelete volt tehát mindössze 75 tanulóknak (5.7%), mégpedig 34 fiúnak (5.0%) és 41 leánynak (6.3%).

A fénytörési hibáknak, illetve a szem megbetegedéseinek számszerű megoszlása:

	Fiúk	Leányok	Összesen	%
Myopia	2	2	4	5.3
Hypermetropia	8	6	14	18.7
Astigmia	7	13	20	26.7
Conjunctivitis	6	6	12	16.0
Blepharitis	9	12	21	28.0
Eczema	2	2	4	5.3
	34	41	75	100.0

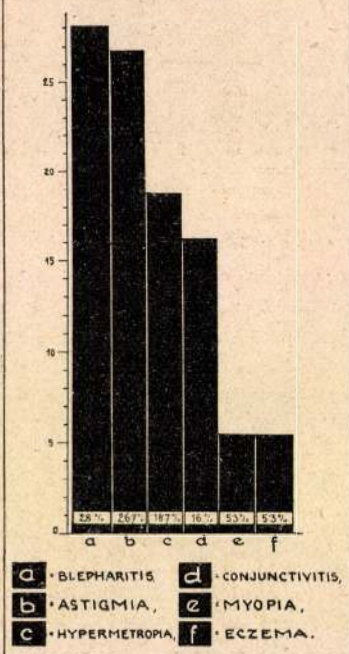
A megvizsgált 1325 tanuló közül tehát *myopiás* volt: 4, *hypermetropiás*: 14, *astigmia*ban szenvedett: 20. A debreceni I. oszt. elemi iskolás tanulók közül tehát csak 2.9% szenvedett fénytörési hibában, ami talán nem mondható túl magas százaléknak, azonban bőségesen elegendő ahhoz, hogy e vizsgálatokat a jövőben az elemi iskolákban, illetve már a felvétel előtt azok corrigálása, illetve súlyosabb természetű fénytörési hibák megelőzése szempontjából rendszeresen végezzük s ne csak akkor, amikor a gyermekek már súlyosabb természetű látási panasszal mennek az orvoshoz.

Az 5—7 éves korosztályban ugyanis a lencse rendkívüli rugalmassága következtében a kisebb fénytörési hibák erőteljes alkalmazkodással többnyire szemüveg nélkül corrigálódnak, aminek következtében ezen hibák a környezet előtt rejtve maradnak, ezzel alkalmat adván latens szemizom egyensúlyzavarok stb. kifejlődésére. A myopiát is gyakran csak akkor fedezik fel amikor már tetemes nagyságot ért el. Már a zsenge korban kell ezen refraktív hibákat kijavítani, mert ezek különben a gyermekeknek szellemi és testi fejlődését károsan befolyásolják, azonkívül maradandó gyenge látást (amblyopiát) eredményezhetnek. Ezzel szemben hibás fénytörésű gyermekek megfelelő szemüveg használatával szellemileg lépést tudnak tartani normalis fénytörési viszonyokkal.

bírói (emetropiás) osztálytársaikkal. A corrigálatlan refractiós hibák következtében a gyermekek írás és olvasás alkalmával rosszul, tompán látnak s olyan hibás testtartást vehetnek fel, amely különböző, esetleg maradandó gerincelváltozáshoz vezethet, nem ritkán pedig belsőszerveknek (szív, tüdő, hasúri szervek stb.) másodlagos ártalmait vonja maga után. A kancsalság többnyire valamilyen fénytörési hibát jelent, ez utóbbi megfelelő szemüveggel corrigálendő, különben nagyfokú gyengéltatást okozhat.

FÉNYTÖRÉSI RENDELLENSÉGEK ÉS SZEMBETEGSÉGEK ELŐFORDULÁSA

/75 ESET/



24. ábra.

A leghatásosabb terapia itt is a praeventio. A fénytörési rendellenességekben szenvedő, zsenge korú gyermekeket mielőbb lássuk el megfelelő szemüveggel, ami vizsgálatainkkal kapcsolatban meg is történt és pedig a szegénysorsúak (szegénységi bizonyítvánnyal rendelkezők) a megfelelő szemüveget hatóságaiktól kapták, a tehetősebbeket pedig diagnosissal zárt levélben magánorvosukhoz utasítottuk.

Különösen tekintettel voltunk szemészeti vizsgálatainkban a *trachoma* és a *gonorrhoea* felkutatására. Örvendetes módon e betegségek közül egyetlen egy esetet sem találtunk. Kötőhártya-, szemhéjgyulladás fordult elő még csekély számban, ezekre, tekintettel enyhe lefolyásukra és múló jellegükre, nem térek ki.

Fül-, orr- és gégevizsgálatok.

A fül-, orr- és gégeklinika (Verzár Gyula prof.) már a második évben szerepel vizsgálatainkban. Az összes (1612) tanuló közül a következő fülhibák fordultak elő:

	Összesen Egyoldali Kétoldali		
	e s e t b e n		
1. Otitis media acuta	12	11	1
Otitis media chronica	29	25	4
	fiukon leányokon		
2. Deviatio septi nasi	57	33	24
3. Ozaena	6	5	1

Még néhány kisebb és jelentékenyebb orr-, gége- és fülelváltozás mutatkozott, amelynek részletezésétől eltekintettünk, annál is inkább, mert a megelőzés szempontjából ezek lényegtelenek.

Százalékos előfordulás szerint tehát az összes tanulók:

0.7%-a	szenvedett	otitis media acuta-ban
1.8%-a	"	otitis media chronica-ban
3.5%-a	"	deviatio septi nasi-ban
0.3%-a	"	ozaena-ban.

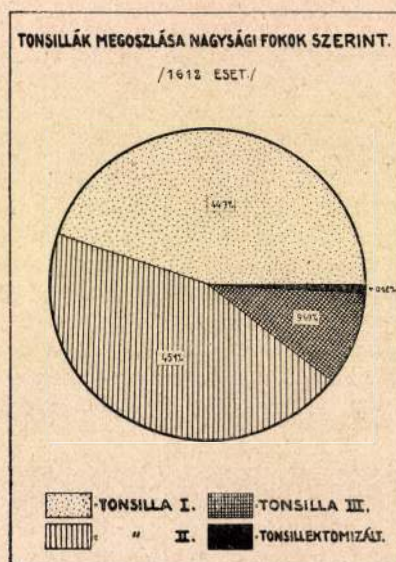
Tonsilla vizsgálatot mind az 1612 tanulón végeztünk. Az 1612 gyermek közül a normalisnál nagyobb (II. és III.) tonsilla fordult elő 880. esetben (54.5%).

A tonsilla I., II. és III. jelzés a tonsilla teriméjére vonatkozik (T. I.: a garatvekből ki nem emelkedő; T. II.: a garatvekből kiemelkedő, mérsékelten hypertrophiás; T. III.: a közepén összeérő, erősen hypertrophiás tonsilla).

A tonsilla-hypertrophia különböző fokainak megoszlása az 1612 tanulón a következő volt:

A megvizsgált 1612 tanuló közül:

Tonsillektomizált	11 eset	0.68%
Tonsilla I.	721 eset	44.73%
Tonsilla II.	727 eset	45.10%
Tonsilla III.	153 eset	9.49%
	1612	100.00%



25. ábra.

Nemek szerint alanti különbségek észlelhetők:

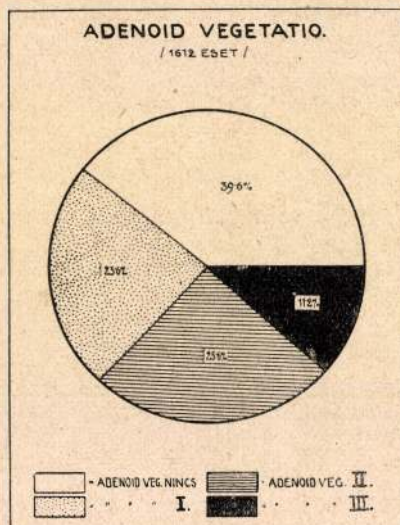
	Fiú		Leány		Összesen
Tonsillektomizált	9	81.8%	2	18.2%	11
Tonsilla I.	381	52.8%	340	47.2%	721
Tonsilla II.	374	51.4%	353	48.6%	727
Tonsilla III.	72	47.1%	81	52.9%	153
	836		776		1612

Epipharyngealis adenoid-vegetációkra ugyancsak 1612 tanulón történtek vizsgálatok. E vizsgálatainkban is I., II., III. nagyságbeli fokot különböztettünk meg a *Nadoleczny-scala* szerint.

Adenoid-vegetatio I., vagy a Nadoleczny-scala szerint $\frac{1}{3}$: az orrsövény hátsó élének $\frac{1}{3}$ -át fedő vegetatio; adenoid-vegetatio II., vagy a Nadoleczny-scala szerint $\frac{2}{3}$: az orrsövény $\frac{2}{3}$ -át fedő; az adenoid vegetatio III., vagy a Nadoleczny-scala szerint $\frac{3}{3}$: az orrsövény $\frac{3}{3}$ -át fedő.

Az adenoid-vegetációk az összes (1612) tanulóra vonatkoztatva 60.4%-ban fordultak elő és pedig a fiúk 59.9%ában (836-ból 501), a leányok pedig 60.9%-ban (776-ból 473) tüntettek fel adenoid-vegetációkat; nemek szerinti különbség tehát nem állapítható meg.

1612 közül adenoid-vegetatio nincs	638 esetben	39.6%
" " " " I.	380 esetben	23.6%
" " " " II.	413 esetben	25.6%
" " " " III.	181 esetben	11.2%
	1612	100.0%



Az adenoid-vegetációkkal bíró 974 gyermek közül:

Adenoid I.	380 esetben	39.0%
Adenoid II.	413 esetben	42.4%
Adenoid III.	181 esetben	18.6%
	974	100.0%

(Folvtatiuk.)

A székesfővárosi Szt. István kórház orr és gégebeteg-
osztályának közleménye (főorvos: Laub László.)

Az orr-garat rosszindulatú daganatairól.*

Írta: Fabinyi Géza dr. adjunktus.

Az orr-garat (epipharynx) rosszindulatú daganatai aránylag ritkák. Schumacher 1912-ben közölt 136 pharynxcarcinoma esete közül csak kettő volt orr-garati, Gussenbauer 47 esete közül 1, Czerny 47 esete közül pedig 2. Az újabb szerzők közt Hegener 55 rosszindulatú garattumor közül 9 epipharyngealisról számol be. Osztályunkon az utolsó két év alatt 20 ilyen daganat mellett 4 epipharyngealis fordult elő. Tekintve azt, hogy ezek a daganatok még a szakirodalomban is eléggé mostoha elbírálásban részesültek, nem csodálhatjuk, hogy a gyakorlatban csak ritkán számol jelenlétükkel nemcsak a gyakorló orvos, hanem néha még a szakorvos is.

Az elsődleges orrgaragdaganatok legtöbbször az epipharynx hátsó falából indulnak ki. Felépítésükben az ott levő nyirokszövet fontos szerepet játszik. Noha legtöbbször az ötvenes évek táján jelentkeznek, előfordulnak fiatal egyénekben, sőt gyermekekben is. Szembeötlő tüneteket csak később okoznak s ez egyik oka a gyógyításuk terén elért kedvezőtlen eredményeknek. Kezdetben csak az orrlégzést nehezítik, majd akadályozzák s a betegnek úgyszólván egyetlen panasza az orrdugulás, ezzel pedig vagy nem törődik, vagy már csak akkor fordul szakorvoshoz, midőn a daganat vagy áttételek okoz, vagy pedig reáterjedve a koponyaalapra, ezen tájék idegeinek működésében okoz zavarokat. Ilyenkor azonban rendszerint már későn van az eredményes therapiás beavatkozásra.

A kezdeti orrdugulást orrfolyás, torokszárazság követi, amelyekhez a későbbiekben csakhamar csatlakoznak a fültünetek. Egyfelől a tuba Eustachii útján a szűkület folytán beállott váladékpangás épen úgy, mint ade-

noid vegetatio esetén, otitis, enyhébb esetekben catarrhusok, majd fülzúgás, hallásromlás okozója lehet, másfelől pedig a környéki idegek nyomása által a nyakszirttájra és a fül mögé kisugárzó súlyos neuralgiák jelentkezhetnek. A daganat további növekedése folyamán a trigeminus területén is okozhat részint anaesthesiákat, részint neuralgiákat, amelyekhez azután abducens, oculomotorius, acusticus és facialis bántulás is társulhat, meglehetősen változatos neurológiai leletet adva. Apró orrvérzések igen gyakran jelentkeznek. A daganat előbb-utóbb ráterjed a lágy szájpadra is, amely beszűkül, mozgásai korlátozottakká válnak, nyelési zavarok lépnek fel. Lágyszájpadbénulás már korábban is jelentkezhet a nervus glossopharyngeusnak a daganat által okozott al-terátsága révén.

Az elsődleges rosszindulatú orrdaganatok kórisméjének megállapításakor cocainozás utáni nagyon alapos elülső rhinoskopia szükséges, de vizsgálat legfontosabb része a rhinoskopia posterior, illetve a nasopharyngoskopia. Ez utóbbi kényelmes és megbízható eljárás, melyet egy, ha nem is egészen újkeletű, de nálunk kevésbé népszerű eszközzel, a nasopharyngoskoppal** végzünk. Ez egy 11-es katheternek megfelelő vastagságú kb. 12 cm. hosszú, a cystoskop optikai elvei alapján készült műszer, melynek segítségével az alsó orrjárat nyálkahártyájának érzéstelenítése után kényelmesen áttekinthetjük az egész orrgaratot, a tubanyílásokat és az orrjáratokat is.

Tekintve, hogy orrdugulást számos orrbetegség okozhat, ezek a kórisme felállításakor kizárandók, így először is az orrnyálkahártya heveny, vagy idült gyulladásos folyamatai. Az orrgarat hátsó falának elődomborodását okozhatja hideg tályog, gumma, a felső nyaki csigolyák csontkinövése, e csigolyákból kiinduló daganatok és hypophysisdaganatok is. Az orrgarat térszűkülését okozhatják még a szövetszaporulatok közül a jóindulatú choanalis polypusok és fibromák is. A különösen fiatal férfiakon előforduló basalfibroidra is gondolnunk kell.

Egyes szerzők mint ritka eseteket, az orrgaratban előforduló chordomákat is írtak le. Hasonló tüneteket okozhatnak a környező szövetekből az epipharynxra reáterjedt daganatok is. Holmgren több esetben találta az orrgarat nyálkahártyájának daganatos burjánzásra hasonlító amyloid elfajulását, melyet szerinte a viaszszerű fény, ép nyálkahártya és egyebütt is fennálló amyloidosis jellemez.

Rosszindulatú orrdaganatok közül a sarkomák inkább sima felszín mutatnak, a carcinomákban pedig korábban észlelhetők kifehélyesedett területek és granulatiók. Mindkét daganatfajta vérzésre hajlamos. A diagnosis felállításában a röntgenfelvételt sem szabad mellőznünk. Ruedi és Zuppinger lógó fej mellett lipiodolnak az orrgaratba töltését és oldalfelvétel készítését ajánlják. Meg kell győződnünk továbbá a daganat kifejlődéséről, mennyire és merre infiltrálja környezetét, vannak-e áttételek a környéki nyirokcsomókban, vagy más szervekben. Végtére említet a diagnosis legfontosabb alátámasztóját, a szövettani leletet. A kellő érzéstelenítéssel végzett próbakímetszés megfelelő nagyságú kell, hogy legyen, s ne feledkezzünk meg az ez alkalommal fennálló vérzés lehetőségéről sem.

Az orrgarat rosszindulatú daganatainak kezelését illetőleg az eredményes operatív beavatkozás lehetősége úgyszólván semmi. Míg a mesopharynx és hypopharynx daganatai operatív szempontból inkább hozzáférhetőek, az epipharynx anatómiai helyzete kiterjedt sebészi beavatkozás számára nem nyújt teret. Ha tehát

*) Előadta a Közkórházi Orvostársulat 1932. dec. 14-i ülésén.

**) Gyártja az American Cystoscope Makers Inc. New-York.

a garat és gége (meso- és hypopharyngealis) daganatok esetén méltán vitás is lehet, hogy operáljunk-e, vagy csak sugaras kezelést adjunk, az orr-garat daganataiban jelenleg kizárólag a rádium és röntgenkezelésre vagyunk utalva.

A rádiumnak az orrgaratbani alkalmazása történhet úgy, hogy a rádiumtokot Bellocq tamponnal rögzítjük, vagy a tokot magát csavarjuk be megfelelő módon gázlapokba s az egészet Bellocq tamponnal fixáljuk. Ügyelni kell, hogy a rádium ne csúszhasson el. A „tüzelési módszer“ ezekben az esetekben nehezen alkalmazható, a lágy szájpad felhasítása azonban lényegesen megkönnyíti ezt az utat. Sajnos, rádiumtűk nem állottak rendelkezésünkre elegendő mennyiségben. A moulage-okkal történő kezeléssel a vélemények megoszlanak, mi nem kíséreltük meg. Nagyobb felületre s nem mélyre terjedő folyamatokban van alkalmazási tere. A rádiumkezelés előnye a röntgen felett az, hogy jobban localizálható a beteg területre. Adagja a daganat rádiósensibilitásától függ. Egymagában alkalmazása alkalmával hatékonyabbnak látszik a Coutard szerinti röntgenbesugárzással történő kombinációja.

Regaud és Coutard állapították meg, hogy a feszültség emelkedése és a kemény szűrőn történő átbocsátás a röntgensugarak hatását a rádiuméhoz hasonlóbbá teszi. A fractionált besugárzás, melynek elméleti és methodikai részletezése túlhaladná e sorok kereteit, úgy francia, mint német szerzők kezében igen jó eredményeket adott. Nálunk legutóbb Györgyi és Czunft számoltak be ezen módszerrel elért kedvező tapasztalataikról. A röntgenkezelés előnye a rádium felett, hogy a daganat környezetét, így a regionalis nyirokcsomókat és nyirokutakat is jobban bevonja hatáskörébe, a nyirokcsomói áttételek kezelésében szinte nélkülözhetetlen, alkalmazása subjective kevesebb kellemetlenséget okoz.

A fractionált röntgenkezelésnek ellenjavallata csak a beteg rendkívül előrehaladott leromlottsága, úgyszólván moribund volta lehet. A szájjüreg a kezelés előtt revideálandó, mert annak folyamán stomatitisok gingivitisok léphetnek fel, melyek tályosos gyökerek esetén súlyos secundaer fertőzésekhez vezethetnek. Természetesen számolnunk kell a rádiumkezelés alkalmával is megszokott átmeneti tünetekkel, hőemelkedésekkel, étvágytalansággal, depressióval, esetleg izgalmi állapotokkal, melyek a betegnek a kezelés alatt kórházban tartózkodását teszik ajánlatossá.

Az osztályunkon és a Horthy Miklós kórházban észlelt eseteink a következők:

Első esetünk: 46 éves férfibeteg, ki ulcus ventriculi diagnossal több ízben állott kórházi kezelés alatt. 1932. májusában fül-fájásai jelentkeztek, majd genyes otitise fejlődött ki, mely kb. egy hónapig tartott. Már ezt megelőzőleg nehezen kapott levegőt az orrán át, de a panaszával nem fordult orvoshoz. 1932. szeptember elején újra kórházba ment s az ekkor végzett gégeészeti vizsgálat az orrgaratot kitöltő, féldínyi nagyságú domború, síma felszínű porckemény daganatot állapított meg, amelynek próbakimetszése *lymphoepitheliomát* mutatott. A bal arcfél hypaesthesiás volt, az ajak minimalisan jobbra húzódtott. A jobb sternocleidomastoideus felső szélé mentén kis babnyi, kemény, nem összekapaszkodott mirigy volt tapintható.

Rádium nem állván rendelkezésre, tisztán a Coutard szerinti fractionált röntgenkezelést alkalmaztuk, összesen 3200 r-t kapott. Hat héttel a kezelés megkezdése után a tumor eltűnt, az orrgarat nyálkahártyája síma, ép küllemű, az orrlégzés zavartalan. Négy hónappal a kezelés után állapot ugyanaz, idegtünetei nem rosszabbodtak, a nyirokcsomó változatlan. Ez esetben tehát lényeges javulást és a folyamat stagnálását értük el, noha rádiumot nem is alkalmaztunk.

Második esetünk: 61 éves nőbeteg, kinek 1931. tele óta bal arcfelében erős fájdalmai vannak, melyeket neuralgiás eredetűnek tartottak. 1932. áprilisának végén hallása bal

fülén erősen rosszabbodott, fülészeti kezelésben részesült. Juniushan fülpanaszai orvoslására *adenotomiát* végeztek és mogyorónyi szövetdarabot távolítottak el orrgaratjáratból. Ezután a műtét után különösebb kezelésben nem részesült. Panaszai egyre fokozódtak, látási zavarok jelentkeztek s ekkor (1932. augusztusában) kórházunk idegosztályát kereste fel, onnan küldték hozzánk vizsgálatra. Baloldali exsudatív otitis, a bal proc. mast., a supra és infraorbitalis tájék és a fülkagyló érzékenysége volt észlelhető. Az orrlégzés akadályozott volt. A nasopharyngoskopia az orrgarat bal felén újbegyert befogadó, kemény kiemelkedő peremű bemélyedést, a jobb félén pedig babnyinál nagyobb, egyenletlen felszínű kemény szövetszaporulatot mutatott, melynek próbakimetszése carcinoma papillare-nak bizonyult. A tumort excochleáltuk, majd néhány nap múlva rádiumot helyeztünk be és ennek eltávolítása után csakhamar megkezdtek a fractionált besugárzást. Ennek megkezdésével egyidejűleg agyi tünetek, erős fejfájás, baloldali abducens paresis, majd teljes optalmoplegia és szájpadbénulás lépett fel. A besugárzás végén a tumor helyén csak alig kiemelkedő granulatiókat láttunk, a főfájás javult, de az egyre fokozódó cachexia miatt, melyet a nyelési zavarok is fokoztak, 1932. november végén a halál bekövetkezett. Ha előbb sikerült volna kellő mennyiségű rádiummal kombinált röntgentherapiát alkalmazni, bizonyára lényegesen el tudtuk volna odázni a vég beálltát.

Harmadik esetünk: 37 éves erőteljes nőbeteg volt, kinek már régebben voltak orrdugulásos panaszai, fájdalmak nélkül. Ezek miatt több ízben részesült kezelésben. 1932. márciusában a jobb sternocleidomastoideus mögött nyirokcsomó duzzanat képződött, melyet megnyitottak. Ekkor 5 röntgenbesugárzást kapott. Szóvettani vizsgálat nem történt. A kezelés nem járt eredménnyel, a daganat nőtt s emiatt 1932. augusztus elején kórházunk egyik sebész osztályát kereste fel, ahonnan hozzánk küldték vizsgálatra. A nasopharyngoskopia az orrgarat jobb felében felcsereznyenagyságú, a hátsó garatfalból elődomborodó, simafelszínű kemény, vérzékeny terimenagyobbodást mutatott, melynek próbakimetszése lymphoepithelioma képét adta. A géget a nyaki metastasis erősen balra dislocálta. Ez utóbbi a nyak jobb oldalán, ökölnyi nagyságban, környezetével erősen összekapaszkodva helyezkedett el s a belőle vezített próbakimetszés megerősítette a fenti szóvettani leletet.

Ismét elkésett esettel volt dolgunk, pedig éppen a lymphoepitheliomák azok, melyek igen jól befolyásolhatók sugaras kezeléssel. A továbbiakban a beteg fractionált röntgenbesugárzást kapott, rádium nélkül. A kezelés idején a nyaki metastasisok növekedésnek indultak, röviddel a kezelés befejezése után a dislocált gégeben oedema keletkezett, légszomtság vált szükségessé. Azóta további metastasisok nem léptek fel s a nyaki nyirokcsomók valamelyest kisebbedtek.

Negyedik esetünk: 27 éves nőbeteg. 1931. október óta fül-fájalmak, főfájások. Eustach-kürt átfuvásokkal kezelték. Kb. 2. hónappal később orrlégzése nehezítetté vált, nyelési zavarok, orrvérzések jelentkeztek. 1932. márciusában fülpanaszai erősbödtek, ekkor paracentesist végeztek rajta. 1932. április elején jött osztályunkra, mikor is az orrgaratot kitöltő, egyenletlen felszínű, szürke lepedékes, kemény tumort észleltünk, mely papillaris ráknak bizonyult. A jobb sternocleidomastoideus mellett kis mirigyek voltak tapinthatók. A nyak mozgásai nehezítettek voltak, a felső nyaki csigolyák teste a röntgenképen zavart structurát mutatott. Röntgenbesugárzást alkalmaztunk, azonban még nem a Coutard módszerrel. Nyolc hónapig járt be kezelésre, ezalatt összesen hét besugárzást kapott 300–550 egységként. Kb. 3 hete láttuk újra, változatlan tumorról, abducens bénulással, erős főfájásokkal, rendkívül leromlott állapotban a véghez közel.

Az elmondottakból azt a conclusiót szűrhetjük le, hogy az orrgarat rosszindulatú daganatainak terapiáját illetőleg igen fontos volna azok *korai diagnosisára* a lehető legnagyobb gondot fordítani, hogy az egyedüli több-kevesebb eredménnyel kecsegtető kezelést, a rádium és a fractionált röntgenkezelés kombinációját idejében elvégezhessük, mielőtt még metastasisok jelentkeznenek, melyek azután minden kezeléssel dacolnak. Ezt a terapiás eljárást minden esetben meg kell kísérelni, ha csak nem moribund a beteg, de kellő precizitással, mert elégtelen, vagy helytelen sugáradagolás fejlődési ingerként hathat. Az idő, amely a kezelési módszerek bevezetése óta eltelt, még rövid arra, hogy számos végleges gyógyulásról számolhasson be a szakirodalom, de ha csak azt az eredményt érjük el ezekben az *eddigelé teljesen reménytelen ese-*

tekben, hogy a beteg életét meghosszabbíthatjuk, akkor is érdemes ezzel foglalkozni. Meg vagyok győződve arról, hogy ha a fentiek értelmében az orrgaratvizsgálatokat gyakrabban fogjuk végezni, alkalmunk lesz olyan korai stadiumban levő daganatokat is észlelni, melyeknek terapiája eredményesebb lesz. Ehhez azonban a rádiumkezelés megszervezésének s nagyobb kórházainknak elelőgendő mennyiségű, standardizált alakban levő rádiummal felszerelése volna sürgősen szükséges, hogy a radiologus és a klinikus eredményes együttműködése lehetővé váljék. Különösen szükség volna erre nagyforgalmú közokórházainkban.

A m. kir. Országos Közegészségügyi Intézet bakteriologiai osztályának közleménye. (igazgató: Johan Béla c. rk. tanár.).

Makroszkopikus diphtheria diagnosis Clauberg táptalajon.

Irta: Eörsi Mária dr.

A diphtheria bakteriologiai diagnosisában a közel multig csaknem kizárólag a Loeffler-féle serumot használták. Habár ezen táptalajon a diphtheria bacillus határozottan gyorsabban nő, mint sok más bakterium, mégis több olyan hátránya van, amely miatt már néhány módosítást kísérelték meg, illetve ajánlottak a Loeffler serumnál állítólag alkalmasabb táptalajt. Ezeknek az újabb táptalajoknak nagy része azonban a nagyobb anyagon utánvizsgálás alkalmával nem bizonyult megfelelőnek. Magunk is próbálkoztunk egynéhány újabb táptalajjal, de sikertelenül. Végül is a Clauberg által leírt táptalajban találtuk meg azt a táptalajt, mely sok tekintetben jóval felülmúlja nemcsak a többi táptalajt, hanem a Loeffler-féle serumot is.

A Clauberg-féle táptalajnak legnagyobb előnye, hogy a rajta növő tenyészetéről az esetek tulnyomó számában már szabad szemmel, vagy lupeval határozottan felismerhető a diphtheriabacillus tenyészet. Nagyon elfoglalt laboratoriumokban óriási előnyt jelent ez, mert elmarad a cultura tárgylemezre kenése, festése és mikroszkopos vizsgálata. Napi néhány száz, sőt ezer torokváladék vizsgálata esetén a makroszkopos vizsgálat lehetősége megbecsülhetetlen könnyebbséget jelent. Másik előnye a táptalajnak, hogy Petri-csészében használva, azon a kevés számú tipusos telepet is könnyű felfedezni és így olyan esetekben is kimutatható a diphtheria bacillus, amikor a diphtheria bacillusok csekély száma miatt a Loeffler csövön a bakteriologiai diagnosis a szokásos eljárás szerint, pusztán a véletlenre van bízva. Ez egyébként a lemezek alakjában használható táptalajok közös előnye, különösen ha a táptalaj átlátszó, mint a Clauberg-féle. Főképpen lábadozók, bacillusgazdák torokváladékának vizsgálatakor láttuk sokszor, hogy csak néhány, sőt egyetlen egy, de e táptalajon biztosan diagnosztizálható diphtheria bacillustelep fejlődött a lemezen s ugyanakkor a Loeffler-cső negatív eredményt mutatott. Harmadik, szintén említésreméltó előnye a táptalajnak, hogy rajta kb. 10%-al több esetben mutatható ki a diphtheriabacillus, mint a Loeffler serumon. Ez részben mint említettük, a lemezhasználat és a sokkal nagyobb táptalajfelület általános előnye, de részben a táptalaj nagyobb electivitásának következménye, amit az a körülmény is bizonyít, hogy a negatív lemezek jó részén nem nő semmiféle bakterium.

Az olyan régi és bevált táptalajt, mint a Loeffler serum csak akkor mellőzhetjük, ha bebizonyosodott, hogy egy másik táptalajnál jobb eredményeket ad. Ezért mielőtt rutin munkánkban kizárólag a Clauberg-féle táptalajra tértünk volna át, nagyszámú parallel vizsgálatot végeztünk

a Loeffler és Clauberg-féle táptalajon. A vizsgálatok első része úgy történt, hogy a garatváladékot tartalmazó vattás pálcákkal először a Loeffler serumot, majd a Clauberg-féle táptalajt oltottuk be. Miután meggyőződünk arról, hogy még ilyen eljárással is jóval több a Clauberg lemezeken a pozitív esetek száma (kb. 7.5%-al), a vizsgálatok második részében először oltottuk be a Clauberg lemezeket és azután a Loeffler csöveket. Ezen eljárás mellett kb. 11.5%-al volt több a pozitív esetek száma a Clauberg táptalajon, mint a Loeffler serumon. A vizsgálatok elején megfestettünk minden Clauberg és Loeffler tenyészetet, s ezeket mikroszkop alatt hasonlítottuk össze. Csakhamar megtanultuk felismerni a diphtheria bacillus tenyészeteket úgy, hogy a minden esetben megfestett Loeffler tenyészeteken kívül csak a kétes Clauberg tenyészeteket kellett megfestenünk. Ez az első időszakban a Clauberg tenyészeteknek kb. 20%-a volt, míg ma átlagban 5–6%-ot vizsgálunk mikroszkop alatt.

Vizsgálataink eredményét a következő táblázat mutatja, melyben — a beoltás sorrendje szerint egymástól eltérő — fentemlített két csoport egyesítve van:

	Vizsgálat	Positiv.	
Táptalaj	száma.	száma.	%
Clauberg	3621.	1305.	36.03
Loeffler	3621.	954.	26.34

A feltüntetett esetek minden válogatás nélkül, bizonyos időn keresztül, naponta vizsgálatra került anyagból valók, ebben úgy betegek, mint gyanusak, reconvalescensek és bacillusgazdák torokváladékai szerepelnek. A táblázatból kitűnik, hogy átlagban kb. 10%-al több a pozitív esetek száma a Clauberg-féle táptalajon. Megemlítjük, hogy a vizsgálati anyagot beküldő orvosok által betegnek, vagyis tipusos lefolyású diphtheriának jelzett anyagból kb. 62%-ban sikerült diphtheria bacillust kitenyészteni.

A Clauberg-féle táptalaj glycerines és destilláltvízes vérnek agarral készített keveréke, melyhez az electivitást fokozó és a telepeket tipusosabbá tevő kaliumtellurosumot teszünk.

A táptalaj összetétele a következő:

2% agar, ph. 7.4.

Destilláltvízes vérkeverék: 2 rész steril destilláltviz + 1 rész defibrinált marhahér.

Glycerines vérkeverék (glycerolát): Egy rész glicerint + két rész defibrinált marhahér (legalább hathetes legyen, minél régebb annál jobb.)

1% kalium tellurosum oldat.

A destilláltvízes vérkeverékhez hozzáadunk 5%-nyi glycerolátot és 7% kalium tellurosum oldatot. Az ilyen keverék jégsekrényben 4–5 napig is eláll.

Az agart megolvastjuk 45 C°-ra lehűtjük és ugyan-csak 45 C°-ra melegítjük vízfürdőben a vérkeveréket is. Az agart és keverékét egyenlő részben jól összekeverjük és Petri csészékbe öntjük. A lemezeket használat előtt jól le kell szárítani.

Az eredeti leírástól abban tértünk el, hogy a kalium-tellurosum végső koncentrációját 0.04%-ról 0.03%-ra szálítottuk le. A mi körülményeink között ez alkalmasabbnak látszott; ezzel nem akarjuk azt mondani, hogy más koncentratio nem felel meg — sőt azt ajánljuk, amit Clauberg nem tesz, hogy mindenki táptalajának tellurit koncentrációját titrálással maga állapítsa meg. A másik fontos követelmény, — amelyre Clauberg szintén nem figyelmeztet, az így megállapított tellurit koncentratio pontos betartása. A kalium tellurosum erősen hygroszkopos vegyület és így pontos koncentrációjú oldat csak úgy

*) Clauberg K. W. Zbl. f. Bakt. Orig. 114. k. 120. k.

nyerhető, ha kiszáritjuk. Mi a célból a kalium tellurosomot állandóan CaCl_2 felett exsiccatorban tartjuk.

Megfelelően elkészített Clauberg táptalajon az eléggé izolált diphtheria telepek 18–20 óra múlva 1–2 mm. átmérőjük, ritkán egészen szabályos kerek. Színük szürkés, valamelyes zöldes árnyalattal. A telepek tompa fényűek, sőt néha kifejezetten száraz felülettel bírnak. Alakjuk leginkább igen lapos ferde kúphoz hasonló, ennek megfelelően a telep legvastagabb része legtöbbször kissé excentrikus. A telepek széle elég vastag és meredeken esik le. Áteső fényben a telep legvastagabb részének megfelelően egy sötét szürke centrum látható, mely leggyakrabban a telep átmérőjének csak $\frac{1}{3}$ – $\frac{1}{2}$ -ét foglalja el és fokozatosan megy át az áttűnőbb széli részbe. A sötét centrum a kalium tellurosom reductiójából keletkezik. Fontos, hogy sem a telepek, sem a centrum nem fekete, hanem szürke. Ha a telepek egymáshoz közel vannak, a telepek külleme természetesen valamelyest megváltozik: a sötét centrum kisebb lesz, a telepek fényesebbek, inkább szabályosabbak és inkább gömbfölszínhez válnak hasonlóvá. Jellemző azonban, hogy még a sűrűbben bentő lemezen is mindig felismerhető az egyes telepek conturja, valódi összefolyás tehát alig következik be. Jellemző végül a szintenyészetekre, — és ilyen az esetek legnagyobb része —, a szálamiszag, mely tulajdonság szintén jól felhasználható a diagnosztikában.

Összehasonlító vizsgálataink befejezése óta kb. 35.000 diphtheria vizsgálatot végeztünk a Clauberg-féle táptalajon és ezek minden tekintetben megerősítik az összehasonlító vizsgálataink kedvező eredményeit.

Budapest székesfőváros Szent Rókus központi közkórház szül- és nőbeteg osztályának közleménye (főorvos: Wenczel Tivadar egyet. rk. tanár).

Szülési akadályt képező cervicalis myoma.*

Irta: Szenteh István dr., orvos.

A női nemzőszervekből kiinduló daganatok sokféleképpen okozhatnak szülési complicatiót. A méh falában keletkező tumorok fájásgyengeséget, lepényvisszamaradást, a toniás vérzést idézhetnek elő; a kocsányos daganatok szülés alatt torsiót szenvedhetnek; némely daganat oly nagy, hogy tömegével pathológiássá fokozza a terhesség vége felé amúgyis gyakran meglevő gyomor-nyomást, légzési és szívpanaszokat, pangást; a méhre gyakorolt nyomás révén kóros magzatfekvés jöhet létre; ha pedig a daganat a kismedencében növekszik, vagy oda beszorul, szűkítheti a szülőcsatornát és szülési akadályt képezhet. Terhességgel együtt előforduló genitális tumorok közül legritkább a méhrák, amelyből minden 2000 szülésre esik egy, petefészekdaganat már minden 1000-re jut, myoma pedig minden 200 szülésre.

Esetünkben is myoma okozott olyan szülési complicatiót, amely következtében a magzat elhalálozott s amely az anyára nézve is könnyen végzetessé válhatott volna.

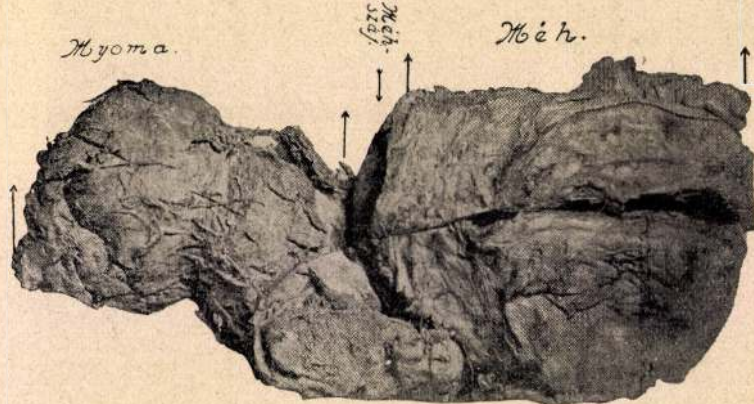
Múlt év október 30-án este 6 órakor az egyik közeli faluból szülőnőt hoztak a Rókus-kórház szülészeti osztályára. A kísérő bábától megtudjuk, hogy a vajudón a szülőfájások 48 órával azelőtt kezdődtek s ugyanakkor a magzatvíz is elfolyt. Reggel óta a magzat szívhangjai rosszbodtak. Bár a szülőfájások egyre erősödtek, mind gyakrabban jelentkeztek: a szülés mégsem haladt előre. Ugyancsak a kísérő bábától tudjuk meg azt is, hogy az asszony első szülése — mit 1929-ben otthoni lakásán ő vezetett le — teljesen síma lefolyású volt.

*) Bemutatva a Közkórházi Orvostársulat 1932. december 14-i ülésén.

A 32 éves gyári munkás nejét osztályunkra felvesszük és megvizsgáljuk. A lesóványodott, gyengén fejlett anaemiás szülőnő vékony hasfalán keresztül jól tapintható az állandó contractióban levő méh, melynek két oldalán a ligamentum rotundumok kötegszerűen megfeszülnek, a contractiós gyűrű a köldök alatt egy ujjnyival tapintható, a medencebemenet felett kissé jobbra kitérve, a magzat mozgó fejét találjuk, az összehúzódott méhen át az apró részek fekvését pontosan nem tapinthatjuk, magzati szívhangokat nem hallunk.

A belső vizsgálat elvégzésekor kiderül, hogy a magzat fejének beilleszkedését és előrehatolását a kismedencében levő, a keresztcsont vályulatát kitöltő és a symphysis felé terjedő összehúzódott izomtapintatú tumor akadályozza meg, mely a hüvelyt is lelapítja, a medencebemenetet pedig oly mértékben szűkíti, hogy a symphysis és a tumor között csak egy ujjunk fér el. Vizsgálataink alapján diagnosztikánk: *korai burokrepedés, elhúzódó szülés, szülési akadályt képező kismedencebeli daganat (myoma?), fenyegető méhrepedés, a magzat méhen belüli halála.*

Azonnal hasmetszéshez készülünk, mit aethyl-chlorid-aether narkosisban végeztünk. Felnyitva a hasat, látjuk, hogy a méhrepedés még nem következett be, annak minden előjele megvan. A X-ik hónapban levő terhes méh cervixé hátul a Douglast kitöltő gyermekfejnyi subserosus myomába folytatódik, mely a végbélhez, sigmoidbélhez s hátra a medencefal felé is gyulladásos adhaesiókkal rögzített. Gondos izolálás és a méh kigördítése után corporalis császármetszést végeztünk, a halott érett magzatot és lepényt eltávolítjuk, a két arteria uterinát comprimáljuk, a kismedencebeli összenövéseket óvatosan oldjuk és a mélyre terjedő myomás gócot — mely pontosabb vizsgálattal intraligamentumos elhelyezkedésének bizonyul — tokjából kifejtve, eltávolítjuk és tekintettel arra, hogy a magzatvíz két nappal azelőtt folyt el és így a fertőzés veszélye fennforog, különben is a myoma eltávolításakor nagymértékben roncsolódott a méh: azt teljesen kiirtjuk. (Lásd a fényképfelvételt). A hüvelyfal kiszégyése és a sebfelületnek peritoneummal fedése után a hasüreget a hüvely felé drainezzük, majd zárjuk a hasat.



Betegünkön az első két napon 37.0° C hőemelkedést észlelünk, azon túl a gyógyulás teljesen láztalan. Műtét után 5. napon a hasab primán gyógyult, 7. nap eltávolítjuk a drainsíkot, 12. nap felkel betegünk, de tekintve, hogy a nagyon lesóványodott és kétoldali tüdőcsúshurutban szenvedő asszonyon az erősödés lassabban halad, még további 8 napon keresztül roboráljuk osztályunkon s csak műtét utáni 20. napon bocsájtjuk haza.

A myoma — amely v. Winckel (0.03%), Ahlfeld (0.1%), Kohler (0.17%), Le Meer (0.24%), Pinard (0.7%), közlései szerint terhességgel alig $\frac{1}{2}\%$ -ban kombinálódik — lényesebb zavart a szülés alkalmával nem okozott okozni. Myoma kapcsán leginkább kisebb vérzés, lepényvisszamaradás, vagy Scipiadés szerint kóros magzatfekvés szokott létrejönni, de az ilyen súlyosabb szövődmény, mint aminőt esetünkben látunk, ritka. A szülési akadályt képező myoma Guggisberg, Spiegelberg, Stumpf és Stern közlése szerint súlyos kimenetelű szokott lenni. A Troell által összegyűjtött 20 ilyen eset felében is súlyosabb méhrepedés következett be és kétségtelen, hogy a mi esetünkben is elegendő lett volna még egy kis késedelem, hogy betegünk szintén hasonló sorsra jusson; viszont ha az asszony idejekorán szakorvoshoz fordul, kellő időben elvégzett műtéttel még a magzat életét is meg lehetett volna menteni.

Esetünket ritkasága mellett főként azért tartottuk bemutatásra érdemesnek, hogy ezáltal is felhívassuk a figyelmet a rendszeres terhes-vizsgálat jelentőségére és

arra a körülményre, hogy nemcsak az először terhes nők ellenőrzése szükséges, hanem a multiparáké is, még ha az előző szüléseik teljesen síma lefolyásúak is voltak. Ugy gondoljuk, hogy a rendszeres és gondos terhes-ellenőrzéssel egyúttal az olyannyira fontos csecsemővédelemnek is szolgálatára leszünk, helyesebben: a csecsemő védelmét megkezdjük már az ő méhen belüli életében.

Irodalom: Stoeckel: A szüléset tankönyve. — Hans Albrecht: Halban-Seitz Biol. u. Path. d. Weib. IV. kötet, és az itt idézett közlemények.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A vérforralom megváltozása systematikus quarzlámpa-besugárzás hatása alatt. Teploff és Mescheritskaja. (Dtsch. Arch. klin. Med. 174. k. 4. f.)

Egészséges állatok, továbbá egészséges és beteg emberek rendszeres besugárzásakor a quarzlámpával fokozott haemolysis figyelhető meg. E fokozott haemolysis a faeces urobilinogentartalmának megszaporodásán figyelhető meg s valószínűleg a vörösvérsejteknek a reticuloendothelialis rendszer phagocytáló képességével szemben létrejövő resistenciacsökkenésével áll összefüggésben. Az erythrocytapusztulás fokozódásával egyidejűleg fokozott erythropoesis lép fel, ami a reticulocyták megszaporodásán mérhető. A haemoglobinpusztulás productumai stimulálólólag hatnak az erythropoesisre. A haemoglobinnemnyiség és a vörösvérsejtszám a besugárzások alatt változatlan marad, a vérforralom azonban gyorsul. A besugárzási időszak után a haemolysis igen gyorsan visszatér a normalis, esetleg subnormalis értékre, a fokozott erythropoesis is gyorsan megszűnik.

Molnár István dr.

Labilis vérnyomás és vegetatív rendszer. Werner. (Dtsch. Arch. klin. Med. 174. k. 3. f.)

Tizenöt 19–41 év közti, a vesék és az érrendszer organikus megbetegedése nélküli, labilis vérnyomással bíró, kísérleti egyénekben a vegetatív rendszerhez való viszonyt vizsgálta. A labilis vérnyomás a nyugalmi állapotban talált normalis érték (130 Hg mm alatt) mellett, különböző feltételekben fokozott emelkedési készségben nyilvánul. A labilis vérnyomás egyúttal a vegetatív rendszer kifejezett labilitásával, különösen a keringési rendszerével. E típusos esetek mellett a normalissal kevert formák is előfordulnak. Némely esetben mint aetiologiai factor gyakori anginák, thyreotoxicosis, nicotinabusus és psychikus alterációk szerepelnek.

Molnár István dr.

Roszzindulatú daganatok chemiai diagnostikája. Hans J. Fuchs és W. K. Devrient. (Wiener Kl. Wschr. 4. sz.)

A szerző Freund és Kammer bécsi kutatók azon felfedezését ismerteti, hogy az emberi ráksejteket a rákos ember vérséruma nem pusztítja el, ellentétben más betegekből, vagy egészségesekből származó serummal. Ismerteti Neuberger azon kísérletét, hogy ráksejteket és rákos vérsérumot összehozva, ezen keverékben a restnitrogen és az egymástól függetlenül meghatározott két componensben a maradék nitrogén értékek között különbség nincs. Ha a ráksejteket normal serummal hozta össze, akkor magasabb restnitrogen értéket talált a két különválasztott alakelem között. Ugyanezt tapasztalta, ha ráksejteket más fajidegen sejtekkel hozott össze. A szerző és munkatársai azt találják, hogy ha valamely állatfaj rákos serumát ugyanazon faj egészséges tagjának fibrinjevel steril cautélák mellett tenyésztik, az restnitrogen növekedést eredményez. Míg kezdetben a fibrin tekinthető a szerzők specifikus tényezőnek, később kiderült, hogy hasonló anyagok a serumból is nyerhetők.

Kalapos Imre dr.

Sebészet.

Klinikai megfigyelések a csigolyák „porcogó-testecskéi”-ről. H. Dietrich. (A giesseni egyetem sebészeti klinikájának közleménye.)

Amióta Schmorl 2000 hullán végzett vizsgálata alapján ismertette a csigolyák és a csigolyaközi porcogó kőbontani elváltozásait, a klinikusok figyelemre fokozottabban fordult a csigolya betegségei felé. A Schmorl által leírt elváltozások lényege a következő: a csigolyatest szivacsos állományát fedő vékony corticalis bizonyos helyen elpusztul, vagy

eltörik s az így nyert résen át a felette levő fibrocartilago intervertebralis egy része (rendesen a nucleus pulposus, ritkábban az annulus fibrosus) kerek képlet alakjában benyomul a spongiosába. Első leírója után „porcogó testecskék”-nek nevezik ezen képleteket. A porcogó testecskék elhelyezkedésére Schmorl szerint jellemző a középső és dorsalis harmad határa, mert szerinte itt a leggyengébb a spongiosát fedő corticalis és itt tud legkevésbé ellenállni a nucleus pulposus nyomásának. A kőbontások az egész jelenséget csontosodási zavarral igyekeznek megmagyarázni, míg a klinikusok az igen gyakran bebizonyítható traumát veszik okozóul. A klinikai diagnosis felállításához természetesen nélkülözhetetlen a pontos röntgenfelvétel, amelyen jól látható a spongiosában levő, cseresznyemagnyi-babnyi felritkulás képmében jelentkező porcogó testecske. Szerző 9 beteg kőrtörténetét ismerteti. Az első három esetben kétséget kizáróan beigazolódott a trauma, a 4. és 5. esetben nehéz terhek emelésével volt összefüggésben a panaszok fellépte. A 6–8. esetekben előzetes trauma nélkül léptek fel kínzó hátfájások, míg a 9. esetben a szomszédos csigolya spondylitis tuberculosája volt kimutatható. A porcogó testek keletkezésének helye rendszeren a háti csigolyasor, ritkábban az ágyéki és sohasem a nyaki. A betegek kora nem haladja meg a 4. évtizedet és a betegség rendszerint a 2-ik évtizedben fordul elő. A betegség gyógyulása Schmorl szerint a porcogó testecske határán fellépő reactiv csontgyűrűvel kezdődik és a csontosodó gyógyulás lassanként helyére szorítja a spongiosába nyomult nucleus pulposust. A gyógyulás évekig elhúzódhatik és legtöbbször már a panaszok is megszűntek, mikor még mindig pozitív a röntgenkép. Therapiája ezidőszertint nincs.

Murányi László dr.

Bokaizületferdítés plastikája, veleszületett combcsontdefectus, csipőficam és combálizület esetében. Prof. M. Hackenbroch. (Zbl. Chir. 1933. 7. sz. 374.)

Borchgreve-nek a Chir. 1932. 25. sz. és Demel-Gold-nak Zbl. Chir. 1932. 14. sz.-ban megjelent cikkei után Hackenbroch is szükségesnek tartja, hogy a saját esetét részletesebben tárgyalja. Veleszületett combcsontdefectus csipőficammal párosult oly módon, hogy a térd az egészséges láb csipője, a boka pedig térd magasságába kerül. Az egészséges alszárnak a hatalmasan lólab állásban lévő lábfeje felel meg. A műtétkor a csipőficam érintetlen maradt. A térdizületet 180°-nyira megfordították és az Achilles inat plastikusan maximálisan meghosszabbították.

Sima gyógyulás következett be, a 8 hétig fennhagyott gipszsin alatt. Kisegítő, majd a 4 hét múlva végleges protesis, melyben a fordított alszár bokája térd gyanánt működik. A beteg negyedév múlva jár és a műtét után négy hónappal mint tökéletesen gyógyultat mutatja be a szerző a kölni sebészegyletben. E cikk írásáig a jó eredmény változatlan.

Puky Pál dr.

Szülészet.

Méhérak elleni kényszervizsgálatról. Florenzo d'Erchia. (Zbl. f. Gyn. 1932. 2.)

A rák kezdeti, lappangási szakában az asszonyok panaszmentesek s így természetesen ez hátráltatja a korai felismerést. Az ezirányban indított felvilágosító propagandával nem érték el a kívánt eredményt, ezért d'Erchia ajánlata az, hogy törvényt kell a nőket kényszeríteni időszakonként kötelező orvosi vizsgálatra. 30 éven aluliakat évente, 30–50 év közöttieket 3–6 havonként, 50 éven felülieket már ritkábban kellene nőgyógyászati vizsgálatnak alávetni. Szerinte ez lenne az egyedüli mód a méhérak korai felismerésére.

Székács Sándor dr.

A genitalis varixrepedések gyakorisága és szülészeti jelentősége. W. Spitzer. (Zbl. f. Gyn. 1933. 7. sz.)

A genitáliakon helyetfoglaló úgynevezett külső varixokat két csoportba osztja. 1. Alsó varixok. Localisatiójuk: vulva, vagina s a portio alsó része. 2. Felső varixok, melyek a cervixben s az alsó méhsegmentumban foglalnak helyet. A genitalis varixképződés oka lehet: 1. mechanikus (a gravid uterus nyomást gyakorol a vena cava-ra, az előlekvő magzatrész nyomja a vena hypogastricát); 2. egyszerű vérnyomásemelkedés a vénás rendszerben. 3. a venafal chronikus gyulladása (Fischer); 3. a terhességalatti megváltozott anyagcsere toxikus productumai hoznak létre a venafalban elváltozást (Kaufmann); 5. megzavart hypophysis működés (Gaugier). A prágai klinikán összegyűjtött anyagból (3272 szülésből) 19 esetben észlelt kifejezett külső genitalis varixrepedést, ami a szülészeti esetek 0.58%-nak felel meg. 17 alsó, 2 felső varixrepedés volt. Bár a vérzés nagyfokú, gyors

beavatkozással mindig sikerült azt neki idejében megszüntetni, úgyhogy a közötti esetek közül súlyosabb állapotba egy sem került. Minden varix-gyanus vérzéskor ajánlja a feltárás melletti vizsgálatot. Varixvérzés esetén műszeres lefogás, kétszeres körülöltés, utána szoros tamponade 3 óráig.

Kölbe Lajos dr.

Pelveoperitonitis hasmenés s ezek kezelése. D. Malushev. (Zbl. f. Gyn. 1933. 4.)

E hasmenéseket Holzbach szerint, mint capillaris eredetű mérgezési jelenségeket lehet felfogni, mely a béllyalkahártya finom véreinek kitágításában nyilvánul meg s aminek nagy transsudatio a következménye. A vizsgáló jó eredménnyel alkalmazta ilyen esetekben az ephetonint subcutan injectio alakjában. Az átlag dosis 0.05 g. A második injectiót csak 8 óra múlva kell adni s legtöbbször elegendő is naponként két injectio. Ha rosszabbodás áll be, úgy azonnal abba kell hagyni az injectiózást s csak három nap múlva kezdeni újra. A jó eredmény az ephetonin vasoconstrictor hatásán alapzik.

Oláh József dr.

A terhességi hányás kezelése. Schafft. (Zbl. f. Gyn. 1933. 9.)

A brómsók adagolása egyrészt a rossz iz, másrészt a melléktünetek miatt (acne) nehézségeket okoz. Ezek a kellemetlenségek a Brosedan nevű szer alkalmazásakor nem fordulnak elő. Eredményesen használta climaxos tünetek alkalmazásával, valamint hyperemesis 3 esetében, ahol rectalis alkalmazása után 3—4 nap múlva a hányás megszűnt és a táplálékfelvétel lehetővé vált. Ezért a terhességi hányás kezelése melegen ajánlja a készítményt, amely részint bromcomponensnél, részint talán élesztőtartalmánál fogva, illetve az élesztőben található szexuálhormon kövekeztében, kedvező hatású.

Biró István dr.

Gyermekegyógyászat.

Az enuresis pathogenesiséről. Ederer és Lederer. (Jb. f. Khk. 1933. 138. k. 1—2 f.)

Az enuresis okát nem a hólyag elváltozásában, vagy a spinalis innervációban, hanem a hólyag záró és nyitó mechanizmusának központi kapcsolásában kell keresnünk. A hólyag belsejében bizonyos maximumig állandó nyomás uralkodik, ami az izmok sarkoplasmájának plastikus nyújthatóságában leli magyarázatát. Ha a hólyag ezt a capacitás maximumot elérte, elasticus tágulás lép fel, ami reflektorkusan hólyagcontractiót, vizelési ingert vált ki. A hólyag ilyen működését megzavarhatják helyi elváltozások és psychikus, sensibilis behatások. Normalis körülmények között a hólyagot szabályozó spinalis centrumok subcorticalis behatások alatt állanak. Ez a subcorticalis innervatio okozta reflex a hólyagot zárja, a spinchter álomban sem ernyed el. Az agykéreg 1. a harántcsikolt izomzat útján akaratlagon befolyásolja a hólyag működését, 2. a corticalis feltételes reflex útján, amely kisgyermekkorban fejlődik ki. Ez a reflex eredményezi, hogy a hólyag a vizelési ingerre zárva marad, ellentétben a physiologias nyitási reflexszel, tehát akár a subcorticalis központ túlságosan ingereltetik, akár pedig a corticalis központ ingerlékenysége csökken, a hólyag telődéskor nyitással reagál és a kéreg feltételes zárási reflexe nem érvényesül. Oligophrenok esetében (tehát kifejezett corticalis sejtrendszerben) ez a feltételes reflex tapasztalat szerint nehezebben fejlődik ki, idiotákon esetleg egyáltalán nem. A corticalis befolyás csökkenése azonban olyan egyénekben is felléphet, akiknél a mélyvérzés idején szervérzés csökken. A therapia a corticalis befolyás felkeltésében, a feltételes reflexív megerősítésében áll. Pontos időben teljes felébresztésen van a hangsúly. Az álom mélységének csökkentése Ephedrin tabletták segítségével elősegíthető. Hasonló eredményeket érhetünk el, ha a subcorticalis centrum ingerlékenységét csökkentjük Hypophysis pars post. pulvis kivonattal. Az összes így kezelt esetek 80%-a gyógyult, illetőleg javult.

Léárd György dr.

Adatok a gyermekkorban előforduló aplastikus anaemia kórképéhez. Koenig. (Zschr. f. Khk. 53 k. 5. f.)

Az irodalomban 15 esete volt eddig ismeretes a gyermekkori aplastikus anaemiának. A szerző megfigyelt a königsbergi klinikán egy ilyen esetet.

A betegségre jellemző kiterjedt vérzések, epistaxis, bőrvérzések stb. Igen nagy anaemia fejlődik ki. Jellemző a vérkép: nagymértékben megkevesbednek a vörösvérsejtek és a haemoglobin. Színindex: 0.85—1.5 magas vörös vérsejtek, myelocyták, myeloblastok nem találhatók, néhány

normoblast. Nagy leukopenia (1000—2000), 60—80% rel. lymphocytosis. Eosinophilek hiányzanak. Vérlenekék is megkevesbedtek.

A betegség pathogenesise teljesen tisztázatlan. Frank véleménye szerint primaer velőtoxicosis áll fenn, minek következtében erythro-poetikus sistema insufficiens lesz. A betegség mindig halállal végződik.

Recht István dr.

Szemészet.

Basedowos szemtünetek enkephalitisben. K. Velhagen. (Klin. Wschr. 1932. 2109. oldal.)

Több postenkephalitis esetet észlelt, melyekben a Basedow kórja jellemző szemtünetek voltak kimutathatók és pedig Graefe, Stellwag, Moebius. Az esetekben pontos belgyógyászati vizsgálattal sem lehetett a pajzsmirigy dysfuncióját észlelni. Valószínűnek tartja, hogy az enkephalitises folyamat az aquaeductus Sylvii táján zajlott le és ezáltal okozott szemtüneteket. Ugy gondolja, hogy Basedow kórban a vér fokozott jódtartalma elective hat, mint ahogy azt kísérletekben ki is mutatták, a tuber cinereum tájára és a közti agyra és így okozná, hasonlóan az észlelt enkephalitises esetekhez, a szemtüneteket.

Weinstein Pál dr.

A szem vitalis festődése. B. G. Towbin. (Arch. f. Ophthalm. 1933. jan.)

A szem szöveteinek vitalis festődése szigorú electivitást mutat, amennyiben egy része diffuse festődik, egy másik részében a sejtnek csak a magja festődik meg és egy része a szem szöveti elemeinek festetlen marad. Legdiffusabban a sklera festődik, gyengébben a conjunctiva, igen gyengén az iris. A reticuloendotheliális rendszer sejtjei, a histiocyták, melyeknek a magja veszi magába a festéket, legtömegesebben a retrobulbaris szövetben és az episklerában vannak. Nem festődnek: az ideghártya, látóideg, üvegtest, lencse, corpus ciliare epithelje, könnymirigy, sima és harántcsikolt szemizmok.

Weinstein Pál dr.

Klinikai adat a rézkataraktához. Rudolf Hoffmann. (Klin. Monatsbl. f. Aug. 1933. 90 k. febr. füz.)

A háború után különösen Vogt és Jess ismertették a rézkatarakta kórképét. Egészen sajátos képe van. Szürkészöld folt a pupilla területében, melyből nyalábok nyulnak az iris mögé (napraforgó katarakta). Jess szerint a sajátos alak úgy jön létre, hogy a csarnokvízben oldott rézszók átdiffundálnak a lencse tokon, a diffusio legerősebb a lencsének középső részén; a szélirészen, ahol iris fedi a lencsetokot, megnehezített. A nyalábok úgy keletkeznek, hogy a pupilla játéka következtében a lencsetok szélirészeire gyakorolt nyomás nem egyenletes. Vogt véleménye ezzel ellentétben az, hogy a rézszók éppen ott rakódnak le, ahol az iris a lencsén nyugszik, tehát a pupillaris gyűrűben és ott, ahol az irisredők a lencse mellső felszínén nyugodnak. Betegéről számol be, aki még 1918-ban rézzel sérült. A sérülés után iridektomiával kapcsolatban távolítottak el a szem belsejéből rézdarabot. A pupilla és még inkább a coloboma területén tipikus alakú és színű szürkészöld lencsehomályt talált. A rézszók ilyen elhelyezkedése Jess nézete mellett bizonyít.

Illés Péter dr.

Bőrgyógyászat.

Hyperhydrosis helybeli kezelése Resorcin-Percutollal. R. Friedländer. (Derm. Zschr. 65. k. 4. f.)

30 esetben alkalmazott hyperhydrosis alkalmával Resorcin-percutolos bedörzsölést igen jó eredménnyel. A készítmény 1/3-ad rész resorcinból és 2/3-ad rész salicylsavestérből áll. E szerrel napjában kétszer kell bekenni az izzadó bőrtelületet, míg az izzadás megszűnik, — majd 6—8 hét múlva, — a visszaesés elkerülése céljából, — még néhány napon át kenést tart szükségesnek. Fél-, háromnegyedéves tünetmentességet észlelt. Négy esetben eredménytelen volt a kezelés, ezek közül három előzőleg röntgenbesugárzást kapott. A szer teljesen ártalmatlan és nagy előnye, hogy a verejtékmirigyek elpusztítása nélkül csökkenti az izzadást.

Thoroczky Miklós dr.

A syphilis ferment-biológiája és ferment-diagnostikája. A. Marchionini és B. Ottenstein. (Arch. f. Derm. u. Syph. 167. k. 2. f.)

402 syphilises és 322 egyéb betegségben szenvedő egyén liquorjának és bórdialysatának diastasetartalmát hasonlította össze. Ugy találta, hogy a neuroluesések, az idegrendszert elváltozásoktól mentes II. és III. stadiumban levő lue-

sesek, valamint a syphilis latensben szenvedők liquorjának diastasetartalma lényegesen csökkent más betegségekben szenvedőkkel szemben, míg a primaer syphilis esetében normalis értéket kapott.

Syphilitis egyének bőrében lényegesen több diastase fermentet talált, mint az egészségesek, nem syphilitis bőrbetegség és súlyos belső bajban, (tbc. cc.), szenvedők bőrdialysatumban. A bőr diastasetartalmának szaporodása már az infectio után 14. napon megindul és különösen nagy fokot ér el neurulues, főleg paralysis progressiva esetében. A fermentképzésben beálló korai zavar arra utal, hogy a betegség igen rövid idő alatt elveszti regionalis karakterét és általánossá válik.

Az a körülmény, hogy a neurosyphilis esetében a bőrben megszorodott, a liquorban pedig megfogyott a diastase tartalom, arra enged következtetni, hogy a bőr és az idegrendszer között bizonyos correlatio van s a neurulues nem lehet, mint rendszermegbetegedést felfogni.

A fermentképzésben mutatózó elváltozás regisztrálása alapján az is kimutatható, hogy a II. stadiumban az idegrendszer is meg van bizonyos mértékben támadva, ami más eljárással meg nem állapítható. A III. stadiumban is gyakoribbnak látszik az idegrendszer laesiója, mint ahogy azt eddig feltételezték. Latens syphilis esetében, negatív vér és liquor reakciók mellett is kimutatható a fermentelváltozás úgy a liquorban, mint a bőrdialysatumban.

A szerző az említettek alapján a diastase meghatározást a syphilis diagnostikájában is értékesíthetőnek tartja. A liquorban pozitívnak tekinti a reakciót, ha az 0–10 mgr% között mozog, míg a bőrdialysatumban 80 egység felett kell lennie.

Differentialdiagnostikailag fontos, hogy a liquor diastasetartalma csökken még: sklerosis multiplex, enkephalitis és herpes zoster esetében. A bőr diastasetartalma szaporodik a diabetes mellitusban, herpes zosterben és a sklerosis multiplex egyes eseteiben.

Thoroczky Miklós dr.

KÖNYVISMERTETÉS

A nyelőső- gyomor- és bélbetegségek klinikája. Gerlőczy Géza dr. (Budapest, 1932. 280 oldal, 83 ábrával.)

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat könyvtárának 81-ik köteteként jelent meg e munka, mint első a készülőben levő és sorban megjelenésre kerülő monographiák közül. Figyelmessé átolvasása közben nagyon sokat tanultam. Gerlőczy a modern klinikus nagy felkészültségével, alapos physiologiai és pathologiai tudásának és röntgen vizsgálat eredményeinek bámulatos ismeretei alapján, nagy klinikai tapasztalattal írta meg e mindenképen sikerült művét. Jó kritikára vall a szerző selejtezése, kihagyta vagy egészen kurtára rövidítette a kevésbé fontos és elavult dolgokat és részletesen tárgyalja az újabb időben megismert fontosabb kórképeket és vizsgálati eljárásokat (hiatushernia, diverticulosis stb.). A nyelőső betegségeinek 44 oldalán tárgyalása után következik a gyomor betegségeiről szóló 150 oldalnyi rész, kétségtelen, hogy ez a könyvnek legjobban megírt része, látszik, hogy ezzel foglalkozik szerző a legszívesebben. Nagyon meggyőző módon állítja itt szerző a gyomorphatológiának előterébe a gastritist, detronisálva a dyspepsia nervosát, amelynek csak egészen csekély jelentőséget tulajdonít. Igen jók a bélhurutról, a bél fekélyes lóbjairól és az appendicitisről szóló fejezetek. Kifejezetten szűkre szabottnak látom azonban a therápia fejezetét, úgy a gyógyszeres, min a diétás therapiát, valamint az operatív beavatkozások indicióinak tárgyalását, esetleges — remélem gyorsan bekövetkező — újabb kiadásban ennek bővítését szívesen látnám.

Ha a Könyvkiadó Társulat többi monographiái is ilyen jók lesznek, mint ez a mű, akkor gratulálhatunk úgy a Társulatnak, mint tagjainak.

Engel Károly prof.

Die Harnröhren gonorrhoe des Mannes und ihre Komplikationen. Alfréd Perutz. (Julius Springer, Berlin. 1932.)

A bevezetésben a szerző a gonococcus élettani, festődési, tenyésztési viszonyaival foglalkozik, majd a férfi húgycső anatómiai viszonyait és az adnexumok helyzetét recapitulálja. Kitér az általa vizsgált pharmacodynamikai vonatkozásokra. Részletesen foglalkozik a differential-diagnosissal, amikor ügyesen állítja össze a több pohár-próbák, filamentumok jelentőségét.

A következők részben a heveny húgycsőhurut és a vele kapcsolatos complicatiók leírása következik. Részletesen írja le a szerző a rendelkezésre álló gyógyító eljárásokat. A chronikus húgycsőkankó kezelésekor helyesen emeli ki a helyi

körjelzés fontosságát, mely nélkül céltudatos kezelést folytatni nem is lehet.

Végül az abortív kezelésekről emlékezik meg és a gyógyulás megállapításának módjait írja le.

Hibája a könyvnek, hogy a gyakorló orvosok részére nem ad elég biztos támaszt, jóval kevesebb is elég lenne, ha az elmondottakat gyakorlatiabbban és főleg jó képekkel illusztrálva nyújtaná. Így a könyvet inkább csak szakemberek tudják értékelni, akik előtt a benne leírt dolgok újdonságot nem jelentenek.

Melly dr.

Über Sprach- und Schreibstörungen im allgemeinen und als „kleine Zeichen der Geistesschwächung“ bei Tuberkulose und im Alter. Das Verhältniss zwischen innerer Sprache und Schreibfehler. Kollarits Jenő. (Arch für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 1933. 99. k. 2. f. 99–196. o.)

Szerző e terjedelmes és nagy gondai, kiváló psychologiai tudással megírt munkája az írás hibáival foglalkozik és szervesen csatlakozik régebbi, ugyancsak az aphasia problémáival foglalkozó munkáihoz.

1007 minden irányban gondosan átvizsgált íráshiba esete két csoportra oszlik aszerint, hogy az írás alapjául szolgáló belső beszéd mint saját diktátum szinte hibás volt-e, vagy sem. A két csoportot további alcsoportokba osztja abból a szempontból, hogy az elkövetett hibák szavakra, szótagokra, betűkre, vagy számokra vonatkoznak-e; hogy az íráshibák bekövetkezte előtt mutatkozott-e az író részéről megtorpanás, hogy a correctio a szó leírása közben, vagy utána következett-e be. A statistikai táblázatok, az anyag egyes csoportjainak egymással összehasonlítása bizonyos, az eredetiben utána olvasandó számbeli összefüggéseken kívül azt mutatja, hogy a hibák létrejöttében az assimilatio (Wundt), a fusio (Binet), a homogen gátlás (Ranschburg) mellett jelentős szerepe van annak a lelki törvényszerűségnek (differens gátlás), melyet szerző régebbi munkáiban (a megindított és lefolyó melodia és accord törvényszerűsége) is kifejtett.

Az egészségesek, a gümőkórosok és öregek írása a hibák minősége szempontjából különbséget nem mutat. Az idősebb kor és a tuberculosis mérgező rováására csupán számbeli szaporulat írható, de ugyanez következtetik be akkor is, ha az írás nem esik bele az író „Horme” vonalának irányába.

Somogyi dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület május 5-i ülése.

II. Előadássorozat a műtési fájdalom csillapításáról.

1. Bakay L.: Helybeli érzéstelenítés. Vezetéses és infiltrációs anaesthesia a sebészetben. Foglalkozik az utóbbi időben elterjedt helybeli érzéstelenítésszerek tulajdonságaival és használhatóságával. Leszögezi a novocain jó tulajdonságait. Kiemeli a helybeli szövet acidosis jelentőségét és a befecskendezett érzéstelenítő folyadék Ph-ának a fontosságát. Beszél a helybeli anaestheticumok általános mérgezési és helybeli szövetártalmairól. A helybeli szövetsérülések oka is néha általános szervezeti elváltozásokra vezethető vissza (vasomotoros zavarok, angiospasmusok, spastikus angio sklerosisok, toxikus neurosisok stb.). Felsorolja a vezetéses anaesthesia-val járó kellemetlen eshetőségeket, tárgyalja a helybeli érzéstelenítés jelentőségét postoperatív tudószövdmények elkerülésekor. Acidosis, thrombosis és embolia kérdésének a jelentőségét szintén érinti. Az úgynevezett operációs shock és inhalációs narkosis összefüggését megállapítja. A helybeli érzéstelenítés sohasem forszírozandó, mindig tekintettel kell lenni a psyche állapotára. A helybeli érzéstelenítés terén is a kombinációs eljárásnak van jövője. Felsorolja a szokásos vezetéses érzéstelenítő eljárások technikájára vonatkozó tapasztalatait.

2. Frigyesi J.: Helybeli érzéstelenítés. Vezetéses és infiltrációs anaesthesia a nőgyógyászatban. A nőgyógyászati laparotomiákat aránylag csak 8–9 éve az általa ajánlott módon lehet helyi érzéstelenítéssel végezni. Az addig ismert érzéstelenítő eljárások csak a külső genitáliák és a nemzőszervek peritoneum alatti részének érzéstelenítésére elegendők.

Laparotomiát úgynevezett alsó hasi anaesthesiában (paralumbal III.) vagy a ligamentumok infiltrálásával végez. E módszerek teljesen veszélytelenek. Rövid ideig tartó felületi bódításra az eseteknek csak 8–10%-ában van szükség. E célra ma a rövid ideig tartó, 15–20% oxgyennel kevert N₂O bódítást használja. A beteg sensoriumának bódítására, izgatottságának csillapítására alkalomidák nyújtásával úgynevezett hypalgetikussal előkészítést végez, úgy mint ahogy azt pl. a gerincvelő érzéstelenítés és kisebb mértékben a bódítások előtt szokás általában végezni.

Intézetében végzett physikalis-chemiai vizsgálatok az irodalmi adatokkal egybevágóan mutatják, hogy a helyi érzéstelenítés a legkevésbé fokozza a műtét ártalmát. Ennek megfelelőek az eredmények is, újabban a komplikált, rossz prognózisú beteganyagban is: a redukált mortalitás 0,6%. Helyi érzéstelenítésben igen sok olyan belbeteget operálnak, kiknek a narkosis ellenjavallt. Anyagában az ilyen betegek kb. 20%-ot tesznek ki.

Evek óta szerzett tapasztalása az, hogy a műtét veszedelemnek és káros következményeinek csökkentésén kívül a megfelelő előkészítés után végzett helyi érzéstelenítés nemcsak veszélytelenebb, hanem kíméletesebb is, mint a bódításban operálás. Ezért lehetőleg mindenkit helyi érzéstelenítésével operáljék és narkosist ma már csak szükség esetén, a helyi érzéstelenítés kiegészítésére vagy nyugtalan betegben a seborium kikapcsolására használjék.

Ádám L.: A helybeli érzéstelenítés kérdésével több mint egynegyed század óta foglalkozik. A Dollinger vezetése alatt álló I. sebészeti klinikán már végeztek 6000 műtétet novocain anaesthesiában, majd a Zita-kórházban végzett még 1200-at, novocainnal tehát 7200-at; — $\frac{1}{4}$ %-os tutocainnal 6.675-öt, $\frac{1}{2}$ %-os percainnal 4.940-et, pantocainnal 3.160-at, összesen 21.975 nagyobb műtétet, melyhez hozzáadja a 7.000 ambulans műtétet s így 28.975 helybeli érzéstelenítésben végzett műtétről számolhatott be egyetlenegy haláleset nélkül. Ezen kitűnő eredmény elérésében nagy fontosságot tulajdonít a pontos anatómiai tudásnak és annak, hogy a műtét tartama alatt a legkisebb terület se maradjon érzéstelenül, mely elronthatja az egésznek a hatását. Fontos a jó érzéstelenítőszer megválasztása. Hig oldatokkal dolgozik, mert ezeknek a felszívódása lassú és így a felszívódás előtt a sejtekben méregteleníthetők és emiatt a műtét későbbi szakában újból adhat érzéstelenítőt anélkül, hogy a mérgezési határt elérné. A központi idegrendszer közelében nem lehet olyan mennyiségű érzéstelenítőt használni, mint a végtagokon. Röviden ismerteti a használt módszereket és kiemeli, hogy komplikált érzéstelenítő módszereket, amelyeknek végzéséhez a beteget más-más helyzetbe kell hozni, elhagyta és az érzéstelenítést lehetőleg a műtét terület közelében végzi. Tártyalja, hogy mik a helybeli érzéstelenítés hátrányai, ellenjavallatai, előnyei és javallatai. Nem tartja ellenjavalltnak a rosszindulatú daganatokat és helybeli érzéstelenítést végez sepsis és gyulladásos betegség esetén is. Feleslegesnek tartja azon eljárásokat, amikor előzetesen elbódítják a beteget, hogy érzéstelenítést végezhesse. Ha azonban az érzéstelenítés valami okból nem sikerült, úgy feltétlenül el kell bódítani a beteget. Nagy előnye a helybeli érzéstelenítésnek, hogy a gyakorló orvos kezében csonttörések, különböző próbaszűrők esetében sok fájdalomtól menti meg a betegeket. Vannak műtétek (szív- és tüdőműtétek, érelmeszesedés, vesebaj, csökkent májfunkció), melyeket nem szívesen operál altatásban. A nem feltétlenül szükséges műtéteket (hegek, jóindulatú daganatok, javító, széplítő műtétek, sérvek stb.) csak helybeli érzéstelenítésben végez. 1926 óta a III. sebészeti klinikán végzett műtétek részletes statisztikájából kitűnik, hogy a végzett 16.054 műtétből 2.698-at (16,8%) altatásban végeztek, 12.955-öt (80,7%) helybeli érzéstelenítésben és csak 401 (2,5%) volt olyan, ahol a helybeli érzéstelenítés mellett rövid ideig tartó altatást is kellett végezni. Végül megemlíti, hogy kíváncsot volna, ha az érzéstelenítés tovább tartana, legalább 24 óráig, mert akkor már alig van sebfájdalom és ha az első 24 órában a beteg merne mélyen lélegzeni és mozogni, úgy sok tüdőgyulladástól, felfekvéstől, fájdalomtól menthetnők meg a betegek.

Illyés G.: A helybeli érzéstelenítés az urológiában különösen fontos, mivel az általános bódítást előidéző szerek valamennyien többé-kevésbé károsan hatnak a vesékre, májra, szívre, tüdőre s miután az urológiai sebészeti betegeknek egy nagy csoportját éppen a vesebetegek képezik, ahol csak az egyik vese beteg — a másik annál inkább kímélendő —, vagy mindkét vese káros, érthető, hogy ezen káros hatást el kell kerülni, illetve redukálni. Egy másik nagy csoportja az urológiai betegeknek az öregkori prostata és hólyagbajok, öreg, megviselt szervek, ahol véredény-érelmeszesedés, tüdőtágulás, hurutok, szívizomfajulás, veseműködési zavarok stb. állanak fenn, melyek szervezetük ellenálló képességét nagyon lefokozzák s érthető, hogy ezekben inkább a kíméletesebb helybeli érzéstelenítési eljárást alkalmazzuk.

Eredményes keresztülviteléhez szükséges a helyes technikán kívül a betegek bizalma az eljárás iránt, illetve a reá szoktatása.

Mi 1%-os novocaint használunk, melyből 2—3 g-t lehet adni. A műtétet megelőző este veronált, a műtét reggelén pedig morphint kap a beteg. Régebben Kappis szerint a VIII—XII. bordák alatt, esetleg ureterműtét esetében, még az I—II—III. lumbalis csigolyák mellé is fecskendeztünk kevés

(6—8 ccm) novocaint. Később már csak a XI—XII. háti és az I. lumbalishoz valamivel több érzéstelenítőt fecskendeztünk be. Lassankint rájöttünk, hogy az I—II—III. lumbalis csigolyatest mellé befecskendezett 20—30 ccm novocain elegendő s manapság többnyire úgy járunk el, hogy a XII. borda alatt a csigolyatestre rászúrva, befecskendezünk egy helyütt 50—60 ccm 1%-os novocaint, vagy kövérebb egyéneken még a XI. borda alá, esetleg az I. lumbalis csigolya mellé is fecskendezünk 20—20 ccm-t, ami összesen szintén 60 ccm-t tesz ki. Ilyen módon lehet jól érzésteleníteni. Ily esetekben a seb metszési vonalat külön infiltrálni kell. *Prostatektomia, illetve hólyagresectio esetén* a sacral anaesthesiát használjuk. Egyszerűbb, mint a parasacral, vagy transsacral érzéstelenítés. 20—25 ccm-t fecskendezünk be lassan a canalis sacralisba s várunk 15 percig. A vezetés megszakad a gerincvelőből kijövő alsó idegekben.

Magas hólyagmetszés útján behatoláskor érzésteleníteni kell a mellősi hasfalat is. Prostatektomia, hólyagresectio, tumor, vagy diverticulum miatt jól kivihető. Hólyagtuberculosis esetében, hol a vizsgálat nagyon nehéz és fájdalmas, szintén könnyebben lehet így elvégezni.

Lénárt Z.: A helyi érzéstelenítésnek a rhino-laryngológiában különösen nagy a jelentősége és fontos tényezője ezen tudományok fejlődésének. A felületi, infiltrációs és vezetési érzéstelenítés egyedül, vagy egymással kombinálva kerül alkalmazásra. A gégekörtani klinikán a felületi érzéstelenítésre 10—20%-os cocaint, 15—20%-os alypint és 2%-os pantocaint használnak. E szereket tonogennel keverik, amely csökkenti az érzéstelenítőszer mennyiségét és a mérgezés veszélyét. Ezzel végzik a pontosabb vizsgálatokat, a bronchoskopiát, oesophagoskopiát, az erős reflexeket kiváltó kezeléseket, az endolaryngealis és internasalis műtéteket. A radialis melléküregeroperációk, tonsillektomia, garat és könnytömlő műtétek esetén mind a három érzéstelenítő eljárást kombinálva használják. Az infiltrációs és vezetési érzéstelenítést $\frac{1}{2}$ —1%-os novocain-adrenalin oldattal végzik. A teljes és részleges gégekiirtás és pharynxresectiók esetén, amikor a vena jugularis mentén fekvő nyirokcsomók extirpációját is szükséges, régebben a Braun-féle paravertebralis vezetési érzéstelenítést végezték. Újabban az egyszerűbb és veszélytelenebb Kulenkampff-féle érzéstelenítést alkalmazzák. A thyreotomiában és laryngofisszióban a műtét területet subfascialis és subcutan infiltrálják. A gége belsejének érzéstelenítésére nem a nervus laryngeus superior vezetését szakítják meg, hanem a ligamentum conicumon keresztül 20%-os cocain-tonogen oldattal ecsetelik a géget, ami a gége vértelenségét és teljes reflexmentességét teszi lehetővé.

Tracheotomia esetében a canul bevezetésével járó erős köhögési inger úgy akadályozza meg, hogy 10—15 csepp 10%-os cocain-oldatot csepegtetnek a légcsőbe. A felső légutak műtéteiben a narkosis fokozza az aspiratio veszélyét és a vérzés. Ezért narkosist csak kiterjedt nyaki phlegmone, phlegmoneval komplikált melléküreggyulladások és renitens nagyobb gyermekek operációját esetén végeznek. Utóbbi esetben, ha hosszabb műtetre van szükség, a felületet bódítást helyi érzéstelenítéssel kötik össze s így hárítják el az aspiratio veszélyét.

Kórházi Orvostársulat április 26-i ülése.

Bemutatások:

Török I.: Intrakardialis adrenalin-injectio életmentő hatása billentyűbajos betegen. Influenza után decompensált állapotba jutott 48 éves nőbetegnek polyarthritises eredetű bicuspidalis stenosis, insufficienciája és myodegenerációját van, arhythmia abszolútával. Hasenföld professzor osztályán tartózkodásának nyolcadik napján minden valószínűség szerint az aorta coronaria egyik mellékágának elzáródása következtében kamraremegést kap: szíve megáll, szívhangok, pulsus, légzés nem észlelhetők, beteg eszméletlen, pupillái tágak. Ezen állapotban a beteg intrakardialisán 0,5 mg Tonogent, majd a keringés mekindulása után 0,5 mg strophantint kap vasomotoros szerekkel intravenásan. Beteg a rohamot túlélvén, állapota a bemutatás napjáig lényegesen javult. (Az injectio óta 58. nap.) Az elektrokardiogramokon jól látható a coronar embolia típusos képe.

Kiss P.: A budapesti gyermekklinika több esetben fordultak az adrenalin intrakardialis alkalmazásához s észlelték több óráig tartó újraéledést, de végleges eredmény még nem volt. Az intrakardialis alkalmazott adrenalin hatástalanságát két adattal magyarázza: 1. Ha túlkészen alkalmazzák. Ilyenkor az injectio után vagy csak egyetlen isolált kitérés jött létre az elektrokardiogramm húrján, vagy ritkán egymást szabályosan követve négy-öt abnormis típusú kamrai com-

plexum keletkezett. 2. Ha akár abszolút, akár a beteg túlérzékenysége, vagy a szív momentán állapota miatt relatív értelemben túl sok Tonogent adtak. Ilyenkor a Tonogen a haldokló szíven kamraremegést váltott ki, aminek elmúltával beállt a végleges halál. Bemutatja ezen észlelések közben felvett elektrokardiogramokat.

Farkas J.: 1. Coronar emboliát követő peripheriás emboliák. 55 éves kereskedő, 35 évvel ezelőtt primaer sklerosis, nem kezelték. 10 év óta anginás rohamok, nitroglycerin használatával mellett munkaképes. Öt hónapja decompenzált. Klinikailag: Mesaortitis cum insufficienciae aortae, nephritis chronica. Egy rohama alkalmával hasító fájdalom kíséretében a jobb alkar és jobb lábfej elhalványodik, az arteria radialis és dorsalis pedis pulsálása nem tapintható. Elektrokardiogramm alapján a multban lezajlott coronar embolia állapítható meg.

2. Négy éve fennálló szívblock esete. 53 éves tisztviselő anamnesisében alkohol abusus és túlhajtott sportteljesítmények. 1929 óta észlelnék nála igen alacsony pulsus-számot (24–28). Vénnyomás 200 Hgmm. Wassermann negativ. Elektrokardiogramm classicus szívbblock képét mutatja 2:1 arányban. Az eset érdekessége, hogy subjective semmit nem érez a beteg, teljesez munkaképes, csupán utóbbi időben szédül keveset. 1930-ban még 700 métert futott. A legutóbb felvett elektrokardiogramm a folyamat progressióját (arborisatio) mutatja.

Gidro L.: Traumás tüdőszérv spontan gyógyulása. 60 éves művezetőnek 1932. IX. 21-én sajtológép visszacsapó fogantyúja a mellének vágódott. Összeesett, azonnal nehéz légzése támadt, vért köpött, ütés helyén erős fájdalmat érzett. A beteg cyanosissos, dyspnoes. A jobboldali infraclavicularis árok besüppedt. A besüppedt területnek megfelelően 5 pengőnyi subcutan defectus észlelhető a mellkasfalán. A defectus területén belégzéskor és köhögéskor légpárna tapintatú resistencia jelenik meg. Minthogy a pleura sérülésre utaló tünetet (légmell, folyadékgyülem) sem physikalis, sem a röntgenvizsgálat nem tud kimutatni, kétségtelen, hogy traumás sérvvel és nem pedig prolapsussal állunk szemben. Kezelés conservativ. Az eset gyógyult.

Liteczky A.: Diphtheriae sepsis (?) tartós Löffler-bacillával és bacillurával járó érdekesebb esete. 29 éves férfi, hat nap előtt kezdődött garatképleteiből kiinduló, súlyos septikus körképpel kerül az osztályra. Felvételnél: duzzadt élénkpiros, de lepedékmentes tonsilla. Duzzadt, érzékeny nyakmirigyekkel. Lép nagyobb. Szív felett fűvő systoles zöreje. A vérből diphtheria bacillus és staphylococcus haemolyticus tenyésztett ki. A hőmérséklet négy héten át 40 fokig emelkedett. Már a láztalan szakban a bal alsó végtagon thrombophlebitis lépett fel. A vér és a vizeletből több mint fél éven át vizsgálva, kb. négy héten át diphtheria bacillus és staphylococcus volt kimutatható. A diphtheria bacillusok, melyek különböző táptalajokon és mikroszkop alatt kétségtelenül Löffler-bacillusnak lettek identifikálva, csak az első vizsgálatkor mutattak kevés toxin-termelést. A kóresetből megállapítható, hogy a diphtheria bacillaemia igen tartós állapot lehet.

Bézi I.: A sepsis okozója a vérből kitenyészített staphylococcus lehetett. Jellemző klinikai tünetek hiánya esetében diphtheria bacillus diagnózisát a kitenyészített bakterium alaki tulajdonságainak jellemző volta egymagában nem engedélyez. Feltétlenül szükséges a jellemző toxintermelő sajátosság megállapítása tengerimalac kísérlettel, hogy a coryne bakterium igen sokféle ártalmatlan fajtáját kizárhassuk. Az a körülmény, hogy diphtheria antitoxin adására egyrészt a bakteriumok eltűntek a vérből, másrészt, hogy a beteg meggyógyult, szintén nem alkalmas sem annak bizonyítására, hogy a kérdéses bakterium diphtheria bacillus volt-e, sem arra, hogy a beteg diphtheriában szenvedett. *Polónyi* vizsgálatai alapján arra gondol, hogy a staphylococcusok a vérben diphtheria bacillusokká alakultak át. A bakterium mutatio alapvető kérdése a mai napig tisztázatlan, valamely bakterium speciesnek egy másikba átalakulását minden kétséget kizáró módon a kutatók eddig nem bizonyították be.

Polónyi P.: A vérből kitenyészített diphtheria-törzs toxinképzésének hiánya miatt nem vonható kétségbe a törzs valódisága. Ilyen alapon a reconvalescensekben talált atoxikus törzs sem volna diphtheriának mondható. A diphtheria bacillust nem morphologiai, de biologiai szempontból is identifikálták. Az antitoxin bakteremiaiát megszüntető képességét nem közvetlen baktericid ereje által, hanem ismeretlen módon indirect úton gondolja hatékonynak, talán a bakteriumok szempontjából a szervezetben belül megteremtett kedvezőtlen milieu előidézőse folytán.

Rosenák I.: Osteosarkoma femoris esete. 21 éves földművesnek egy év óta kezdett dagadni a jobb combja. 4 hó-

napja már lábraállni sem tud. A jobb comb orsószerűen hatalmasan megduzzadt, a combközép kerülete 94 cm, a duzzanat 48 cm hosszúságra terjedt ki. Felületén a bőr elvékonyodott s erős venosus rajzolatot bír. A lágyékhajlatban mirigyek nem tapinthatók. A radiologic daganat peristostalis sarkomának bizonyult, periphéria felé futó típusos sugaras csontszerkezettel. Tüdőáttételt nem mutatható ki.

Előadások:

Kovács A.: Légnemű anyagok szerepe a röntgendiagnosztikában. A szervezetben található gázok és légyszerek között fennálló ezerszeres atomsűrűség differenciából következő abszorptiós különbséggel a vizsgáló egyszer, mint nehezen ki-küszöbölhető diagnostikai nehézséggel, máskor mint jól felhasználható diagnostikai jellel, végül mint diagnostikai műfogással találkozhat. Diagnostikai nehézségeket okoznak a gázok a hasüregi szervek vizsgálata alkalmával, aminek demonstrálására bemutatja egy felvételt, ahol a véletlen folytán szerencsétlen helyen elhelyezkedett gázok által közrefogott légyszárnyék a kitöltött vesemedence és tágult ureter képét utánozta. Testüregekben található, diagnosztikában felhasználható gázok három csoportjáról beszél: a normalis viszonyok között is fellelhetőkről, a pathológiás viszonyok között képződőkről és az artificialisan bejuttatottakról. Bemutatja az előadottak eseteit, melyekkel azt, igyekszik bizonyítani, hogy minimális, alig feltűnő levegő, vagy bélgázárnyék megfigyeléséből, milyen fontos diagnostikai következtetéseket lehet levonni. Többek között bemutatja epipharynx sarkoma, idiopathiás oesophagus dilatatio, koprolyth, enkephalographia, irigoskopia, pnemoperitoneum és pneumopyelographia röntgenképét.

Müller F.: Mikor adható házassági engedély a nemibetegeknek. A házassági engedély megadásakor mindegyik nemibajt külön kell vizsgálat tárgyává tenni. 1. Gonorrhoea esetén a gyógyulás után várjon még a beteg 3–5 hónapig s ezen idő alatt többször végezzünk különböző provocatiós eljárásokat mikroszkopos vizsgálattal és tenyésztéssel egybekötve. 2. Lágyfékely esetén a gyógyulás után 3 hónapig figyeljük meg a beteget, mert recidiva léphet fel. Ezen idő alatt végezzünk többször Wassermann-reactiót. 3. Seronegativ lues esetén 2 érelyes kúra elegendő. Seropositiv lues I-ben és friss lues II-ben rendszeres kezelés mellett az első negativ Wassermann reactio után még 2 kúrát végeztetünk s akkor szükség esetén engedélyezhetjük a házasságot, de a betegnek tovább kell kezeltenie magát. Lues latens esetén és lues III-ban csak akkor adjuk beleegyezésünket a házassághoz, ha mind a két fél tisztában van a betegség esetleges következményeivel, utódokról lemondottak s mindenáron ragaszkodnak a házassághoz. Természetesen ekkor is előbb 4–5 kúrát végeztetünk a beteggel s kötelezzük a további kezelésre. Metahueses megbetegedésben erősen eltiltjuk a házasságot.

A Szegedi Egyetem Barátai Egyesület orvosi szakosztályának március 30-i ülése.

Bemutatás:

Hedry M.: Frontalis koponyasérülés baltaités következtében.

Joó B.: A sebészti bemutatás után a betegnek észlelt neurológiai és pszichikai tüneteket ismerteti. Kiemeli, hogy a betegnek kifejezetten fogóreflexe volt, mely a gyógyulás során teljesen eltűnt. Mint egyedülálló észleletét említi, hogy a sérült terület lehűtésével a fogóreflexet újból ki lehet váltani, felnelegítésével pedig el lehet tüntetni. Ezt a jelenséget — ami a homlokagyi gátlások felfüggesztésével és visszaterésével magyaráz — a fogóreflex frontalis eredetének újabb bizonyítéka gyanánt fogja fel.

Előadás:

1. **Baló J.:** és **Korpássy B.:** Adatok a rák aetiologiájához. Hogy a bőr hyperplasiái malignus tumorokkal bíró egyénen nem ritkák, főleg a francia iskola hangsúlyozza. Szemölcsök és naevusok francia szerzők szerint praecarcinomas állapotok, jelenlétük a Trélat-féle jel. *Auler* felhívta a figyelmet, hogy naevusok, szemölcsök és papillomák, haemangioma, atheroma, fibroma, lipoma, rendellenes szőrződés a felső ajakon, állon és bimbó-udvaron rákoson gyakran található.

Előadó megfigyelése, hogy rákban oly egyének betegednek meg, akiknek régebbi idő óta testén verrucái voltak. Főleg a magasabb korban 40–70 évig előforduló senilis verrucákra vonatkozik ez az észlelés. Nem a verruca rákos elfajulása következik be, hanem a testen nagy számmal előforduló verrucák hosszabb fennállása után lép fel a különböző,

esetleg belső szervek rákja. Eddig 105, 40 éven felüli rák-beteget vizsgáltak át, akik közül 81-nek, vagyis 77%-nak voltak régóta verrucái. 144 nem rákos beteg közül a testen verruca 61-nek bőrén, azaz 42%-ban található.

Összefüggés állapítható meg a bőr senilis verrucái és az oesophagus leukoplakiája között. 89 verrucás ember oesophagusában leukoplakia 56-ban, azaz 62%-ban fordult elő, ezzel szemben 89 nem verrucás ember oesophagusában leukoplakia csak 14-ben, azaz 15%-ban volt észlelhető. Ezek a megfigyelések arra utalnak, hogy a bőr senilis verrucáihoz az oesophagus hasonló elváltozása társulhat. A senilis verrucák tulajdonságai olyanok, hogy aetiologiájukban valószínűleg éppúgy filtrálható vírus szerepel, mint a juvenilis verrucák aetiologiájában. Ha a senilis verrucák ily eredetét sikerül bebizonyítani, oly tényezőt ismerünk meg, amelynek praecarcinomás állapotot és a rák aetiologiájában fontos szerepet kell tulajdonítani.

2. Wlassics T.: A magzatok alakjának változása röntgen-behatásra. A verruca vulgarisban található egynemű basophil festődésű magzárlatokat sikerült röntgenbesugárzással és festési eljárással $\frac{1}{2}$ – $\frac{1}{4}$ mikron nagyságú rövid vaskos pálcikákká szétbontani.

Megjegyzések.

„Népegészségügyünk reform tervezetéhez“.

(O. H. 18. sz.)

Irta: Szaller Miklós dr. Jász-Nagykun-Szolnok vármegye tiszt főorvosa, az Országos Közegészségi Tanács rk. tagja.

Az „Orvosi Hetilap“-ban megjelent „Népegészségügyünk Reformtervezete“ az eddig érvényben levő közegészségügyi keret törvény helytelen ismeretéből indult ki és építi fel egyéni elgondolás, vagy elgondolások alapján a közegészségügyi praeventio minden faja számára a „gyors szükségprogramot, amely az államra nem ró számottevő újabb kiadásokat s annak megterhelése nélkül biztosítja az elérhető legjobb eredményeket.“

Helytelen az elgondolás, mert nem egyezik a törvény intencióival, amely szerint e törvény mindazt, ami a közegészség fenntartására és javítására stb. szolgál, hatósági felügyelet és intézkedés alá vonja, annál is inkább, mivel a közegészségügy vezetése az állami közigazgatás köréhez tartozik; míg a megvalósítás, tehát a végrehajtás a törvényhatóságokra.

A reform tervezet elgondolásában pedig az állami közegészségügyi munka rendszeréből az egészségvédelem kiemelkednék és társadalmi alakulatok kezébe tevődnek le a tisztiorvosok teljes kikapcsolásával, de újabb orvostelepítéssel (lásd X. szak. e.) tehát az orvoslétszám szaporítás gondolatával.

Hol van itt az elgondolás elején említett, sőt a takarékossgal alátámasztott gyors szükségprogram cél szerű megvalósításának lehetősége, mikor egyik részen kikapcsolja a munkából teljesen a már meglévő — nagy gyakorlati tudással és tapasztalattal felvértezett — tisztiorvosokat, (lásd V. a.), tehát kamatoztatlanul heverteti munkaképességüket és készségüket: míg a másik oldalon a takarékossg hangoztatásával új állásokat szervez? Olyan ellentmondás ez, amely már az első olvasásra is aggodalmakat kelt ez új elgondolással szemben.

Másik nehezen, vagy talán sehogysem érthető része a tervezetnek az, hogy „a népegészségügy aktuális problémáit a társadalom és a közületek bevonásával meg-alapozott praeventio segítségével kívánja megoldani.“

Igen szép mondat ez, de hogy lehet ezt megvalósítani az életben, ahol a közületek hivatalos szakértői: a községi- és tisztiorvosok állandó harcban vannak a társadalom személyeivel a praeventiót illetőleg. Pl. a fertőző betegségek elleni küzdelemben, ahol a köznek érdekét — a fertőzőbetegségek továbbterjedésének meg-

akadályozását — a társadalom tagjai igen sokszor meg nem értéssel, sőt ellenszenvvel fogadják, mivel az elfojtó rendszabályok egyéni szabad mozgásukat és érdekeiket sértik? Hosszú praxisom alatt nem láttam még egyetlen gazdaházat sem, ahol pl. a typhus esetén a házból a piacra kerülő élelmiszerek (tej) eladásának korlátozását hosszannál fogadták volna. Sőt azt láttam, hogy minden-féleképen igyekeznek a korlátozást kijátszani és ha más-kép nem ment, megköszönték „a doktor úr“ látogatását, hogy egyrészt a beteg ágyánál folytatandó fertőtlenítés gondjaitól, másrészt pedig az óvó rendszabályok meg nem tartása miatt a szemrehányástól megszabaduljanak.

Ez az élet; annak a társadalomnak az élete, amelynek segítségével a praeventiv kérdést akarja a tervezet megoldani.

A praeventio megvalósítása az állam feladata és kö-telessége, amelyet tanítással, neveléssel, de szigorú ellen-őrzéssel is meg kell valósítania a társadalom igen hete-rogen tagjai között. Mi lenne akkor, ha a társadalomra lenne bízva a praeventio kérdése? A feleletet a fentiek-ben megadtam.

Ma a vezetés és irányítás — népegészségügyi pro-blemáit illetően — az állam kezében van. Ő ad tör-vényeket, amelyek ezek irányát megszabják. Mégis mit látunk az életben végrehajtásukat illetőleg? Azt, hogy ahány közület van, annyiféleképpen változik a kiviteli mód és megvalósítás: „Quot Caput, tot sententia“. Tehát még az egészséges irányelvek mellett is a közületek különféle utaknak járnak. Elképzelhető-e ezek után, hogy a fentebb vázolt társadalom saját érdekeit teljesen kikapcsolva, kellő megértéssel jön a közületek segítségére a népegész-ségügyi problémák megoldásában?

Ez azért is lehetetlen, mivel az ú. n. társadalmi egyesületek egy-egy előkelő és jószándékú, de a nép-egészségügyi viszonyokat egyáltalán nem ismerő, de igen tiszteleltre méltó lady patronessel alakulnak meg és próbálják zászlójuk alá gyűjteni — a már igen sok ilyen oldalról igénybe vett — intelligentiát. Ez városokban sikerül is, de faluhelyeken, — ahol a nemzet zöme lakik — rendszerint nem; vagy ha az elején sikerül is, később az érdeklődés ellankad és közönybe merül.

Mit tud tehát a társadalom — a Stefánia intézmé-nyektől eltekintve — az általános hygiénes viszonyon javítani, amilyenek a lakás és gazdasági udvar hygiéne-je, az ivóvíz- és élelmiszerkérdés rendezése és mindezek révén a hevenyfertőző megbetegedések elleni küzdelem is (X. c.). A felelet világos.

Ha most már csak nagyjából nézzük a reform ter-vezetet, akkor azt látjuk, hogy a bábarendtartást oly-féleképpen kívánja rendezni, hogy az összes bábákat az anya- és csecsemővédő intézetekhez kívánja kapcsolni közös statusban. Nézzük csak lehetséges-e ez? Tudjuk, hogy a Stefánia védőintézetek programja az, hogy elő-ször a 10.000 lakoson felüli községekben szervezi meg a védőintézeteket. Van is — hála Istennek — 236 védő-intézet megszervezve. Nézzük azonban most ezeknek el-osztódását a városok és községek szerint, hogy mint nézne ki ez a védőintézeti bábái közös status?

Országunkban 25 vármegyében 11 törvényhatósági jogú város, 45 megyei város, 58 tízezer lakoson felüli község és 3396 tízezren aluli község van. Ezeknek a Statistikai Hivatal szerint 8.780.969 lakosa van.

A 11 tvh.- jogú városban van 39 védőintézet, a 45 megyei városban 46 védőintézet, az 58 tízezer lakoson felüli községben van 52 védőintézet (10-ben nincs), a 3396 tízezer lakoson aluli községben van 89 védőintézet; a védőintézetek körülbelül 4.000.000-nyi léleknek anya és csecsemővédelmi szükségleteit látják el. Marad tehát még

10 tizezer lakóson felüli község és 3249 tizezer lakóson aluli község, mintegy 4.780.000 lélekkel: — tehát a nemzetnek több, mint a fele — védőintézet nélkül.

Elképzelhető-e, hogy a legalább mintegy 400—500 védőintézetet igénylő, falukon és tanyákon lakó nagy nemzeti többség rövid időn belül (1—2 év) ellátható lesz ennyi védőintézettel a mai nyomorúságos viszonyok közepette? Nyugodt — de nem kétségbeesett — lélekkel mondhatjuk, hogy nem, mivel egy védőintézet adminisztrációs, segélyezési és személyi kiadásai évente mintegy 6.000 pengőt igényelnek.

Tehát, ha mindezen helyeken a társadalmi szervek és egyesületek révén már meg is volna, akkor is mintegy 10—14 millió pengő kellene a védőintézetek felállításához, hogy a bábák a közös statusba véve — a védőnőkhöz hasonlóan az anya- és csecsemővédő intézetekhez kapcsolóssanak.

A valóságban így néz ki tehát „a gyors szükségprogram — egyik részlete — amely az államra nem ró számottevő újabb kiadásokat.“ E tervet szerint a bábák munkájának ellenőrzése és irányítása, így teljesen kiesnek a hatósági orvos munkaköréből és a védőintézeteknél ideiglenesen — három hónapi felmondásra — alkalmazott nagánorvosok ügykörébe jutna. Elképzelhető-e, hogy a szülészeti rendtartás kívánalmait, úgyszintén a bábái rendtartás előírásait ily viszonyok közepette becsületesen és jól keresztülvihetők lennének?

Milyen lenne most a községi és körbábák helyzete? ki fizetné őket, ha a védőintézethez csatoltatnának kisebb részben is, és mi történne az Intézetekhez nem kapcsolt nagyobb bábátömegekkel?

A mai meglévő egységes és könnyen kézben tartható bábátömeg így két csoportra szakíthatnák célszerű ok nélkül, ami csak újabb nehézségeket okozna minden tekintetben.

Az anya- és csecsemővédő intézetek tovább fejlődnek, mert igazán áldásos működést fejtenek ki. De kíváncsú és szükséges volna, hogy ne csak ezekkel törődjünk, hanem a nemzet többi nagy részeire is fordítsunk egy kis figyelmet, amelyet tisztán csak anya- és csecsemővédő intézetekkel nem teljesítünk 100 százalékig, mivel itt van a családvédelem, amely magával hozza a családvédelem minden egyes ágát, tehát a már meglévő anya- és csecsemővédelmet, a tuberculosis, fertőzőbetegségek, alkoholizmus, nemibetegségek elleni védelmet, az idegbetegeket, az iskolában és iskolán kívüli gyermekek védelmét, a szinylődők és betegek megsegítését és környezetüknek az ápolásban kitanítását, tehát általános embervédelmet is —, amelyekre egészségügyi védőnői intézmény szükséges —, amelyek közül néhány a reformtervezetben csak meg van említve, de praecisirozva nincs. Különben az egész reformtervezet elgondolásának igen nagy hibája, hogy csak általánosságban mozog és csak „pium desideriumokat“ jelez, *de javaslatot, amely a kivitt könnyen meg is valósíthatná, nem tesz.*

Ami az olcsóságot, a gyorsaságot és kivittet illeti, arra egy kis részlet feltárásával — azt hiszem — reálvilágítottam.

Szokatlanul érdekes elgondolása e tervetnek az is, hogy a közegészségügyi munka irányítását és végzését kivenné a törvényhatóságok kezéből és a közegészségügyi régen tervezett államosítása helyett „a közegészségügyi munka társadalmasítását“ véli szükségesnek. Mert ez érik ki minden szakaszából. Ilyen elméleti kísérlet megvalósítása igen veszélyessé válhatna a köz számára, amely mégis élő emberekben van összetéve, akik ily kísérletre — szerény véleményem szerint — sehogy sem alkalmasak.

E lap hasábjain nincs hely a reformtervezet oly részletes megvilágítására, amely felölelné az egészet.

Csak még azt akarom megjegyezni, hogy a tervezet V. szakasza, amely a heveny fertőző betegségek elleni küzdelemről szól, *a tisztiorvosokat teljesen kikapcsolja ezekből* és olyan megállapításokat is tartalmaz, melyeket az illustris cikkírónak, Budapesten, orvosi gyakorlata közben, bizonyára nem volt alkalmá tapasztalni. A reformtervezet nagy részének elgondolásán — gyakorlati szempontokat tartva szem előtt — ez különben mindenütt érezhető.

VEGYES HÍREK

Személyi hírek. A belügyminiszter Kovács Gábor dr. körorvosnak a cibakházi anya- és csecsemővédő intézet vezetőorvosi minőségében kifejtett munkásságáért elismerését fejezte ki.

Halálozás. Virágháti Virágh László dr., nyug. I. oszt. főorvossorvos, május 4-én Budapesten elhunyt.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület május 19-i ülésének előzetes napirendje: A műteti fájdalom csillapításáról szóló előadássorozat vitája.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztálya május 16-i ülésének napirendje. Bemutató: Kelemen György: Mindkét oldali orrbemenet elzáródása fejlődési rendellenesség alapján. — Előadás: Csillag Sándor: A nyálmirigyek contrasttöltéses röntgenvizsgálata. (Sialoadenographia.)

Az Országos Közegészségügyi Egyesület Tudományos Szakosztálya máj. 17-i ülésének tárgysorozata: Sághy Ferenc: A járványkutatás újabb eredményei. Born József: Az influenza halálozás statisztikája. Schubert Károly: Járványgörbék analýsise.

A balatonfüredi orvoshét, mint előző számunkban jeleztük, május 15—20-ig lesz. Az orvoshét előadásainak részletes programját ugyancsak előző számunkban közzeltük.

A Magyar Országos Orvos-Szövetség május 14-én délután 9 órakor tartja a Zeneművészeti Főiskola nagytermében ez évi rendes congressusát, melynek napirendje: 1. Elnöki megnyitó. 2. Szavazatszedő küldöttség kiküldése. 3. Főtitkár jelentése. 4. Ügyész jelentése. 5. Nyugdíjintézet vezető titkár jelentése. 6. Pénztáros és számvizsgáló bizottság jelentése. 7. Az 1934. évi tagsági díjnak a megállapítása. 8. Indítvány a nyilvános ingyenes rendelek szabályozására. Előadó: Hüttl Hümér dr. 9. A szakosztályok jelentései. 10. Az 1934. évi congressus helyének és idejének megállapítása. 11. A részleges tisztújítás és az Orvosi Rendtartásról szóló törvényjavaslat-tervezet részletei felett elrendelt országos szavazás eredményének kihirdetése. 12. Indítványok. — Az alapszabályok 41. §-a értelmében szavazati joga csak annak a rendes tagnak van, aki azt tagsági jeggyel igazolja. — Az Igazgató-Tanács a congressust megelőző napon, május 13-án, délután 5 órakor, a Szövetség hivatalos helyiségében ülést tart. — A szakosztályok üléseit május 13-án délután a meghívóikban megjelölt helyen és időben tartják.

A congressussal kapcsolatban a Magyar Országos Orvos Szövetség Nyugdíj és Segélyező Intézete „Orvos Otthona“ javára f. hó 13-án este 1/2 9 órakor a Zeneművészeti Főiskola nagytermében zenekari és énekkari diszhangversenyt rendez. Műsor: 1. Schubert: Rosamunda nyitány. Előadja az Orvostanhanggatók Szimfonikus Zenekara. Vezényel: Kolonits Barna. — 2. Bányai: Szerenád; Paganini: Caprice; Sarasati: Zigeunerweisen. Játssza: Singer Ibolyka hegedűművész. Zongorán kíséri: Kenessey Jenő. — 3. Massenet: Heródiás-ária Bizet: „Carmen“-Habanera. Csiky: Bánkódás. Énekl: P. Budanovits Mária, a m. kir. Operaház tagja. Zongorán kíséri: Kenessey Jenő. — 4. Kabay Kálmán dr.: Részlet „A Tavaszi Szimfóniája“ című zenei költeményéből. A verseket írta ifj. Lányi Ernő dr. Előadja a „Gudimel“-énekkar, valamint az Orvostanhanggatók Szimfonikus Zenekara. Vezényel: Kenessey Jenő, a m. kir. Operaház tagja. A szólót énekl: Elek (Ecker) Szidi, a m. kir. Operaház tagja. — Szünet. — 5. Tschairowski: Lenski áriája az „Onegin“ c. operából. Hubay: Balalajka-dal a „Karenina Anna“ c. operából. Holley: Alkonyi mesék. Énekl: Závodszy Zoltán, a m. kir. Operaház tagja. Zongorán kíséri: Kenessey Jenő. — 6. Járny: Andante. Popper: Mazurka (g-moll). Játssza: Zsámboky Miklós gordonkaművész, a Zeneművészeti Főiskola tanára. Zongorán kíséri: Ke-

nessey Jenő. — 7. Bizet: „Carmen” Michaela áriája. Kurucz: Tavaszi dal. Énekli: Kőszegi Teréz, a m. kir. Operaház tagja. Zongorán kísér: Kenessey Jenő. — 8. Liszt: XIV. Magyar rapszódia. Nocturno. Játssza Hegyi Emánuel zongoraművész, a Zeneművészeti Főiskola tanára. — 9. Liadoff: 8 orosz népdal. Előadja az Orvostanhallgatók Szimfonikus Zenekara. Vezényel: Mihalkovits Szilárd. — Jegyek kaphatók: a Magyar Országos Orvos Szövetség helyiségében (IV. Városház-utca 14. Telefon: 88—5—80.) és Méry Béla Fiai zeneműke-reskedésében (VI., Andrassy-út 26.).

A Magyar Nemzetpolitikai Társaság május hó 15-én, este 3/9 órakor a Magyar Nemzetpolitikai Társaság nagytermében (Eszterházy-u. 44.) ankétát tart, melyen *Gortvay György dr.* a Népegészségügyi Múzeum igazgatója előadást tart az Orvosi Kamaráról. Az ankétán felszólalásra felkérték *Csilléry András dr.*, ny. minisztert, *Schmiedlechner Károly dr.* egyet. tanárt és *Melly József dr.* tiszt. főorvost, továbbá felszólal a társaság néhány orvostagja is.

A MOOSz Békésmegyei Fiókja az idén is, mint minden évben, a gyulai állami kórházban továbbképző orvosi előadásokat rendez május 20 és 21-én. Az idei előadások keretében tartják meg először a *Kaczvinsky János dr.* emlék-előadást. Az előadónak *Kaczvinsky* képet megörökítő művészi plakettet adnak át. Az első előadás megtartására *Grósz Emil* professort kérték fel, aki az első gyulai továbbképző tanfolyamot, — amelyet még a háború előtt tartottak, annakidején megnyitotta.

Az előadások programja a következő:

Május 20-án: D. e. 3/9-kor. Elnöki megnyitó. Tartja: *Hajnal József dr.* — 9—10-ig: *Purjesz Béla dr.*: A félreismert typhus. Az 1932. évi járvány tanulságai. — 10—11-ig: *Tauffer Emil dr.*: Hasznos tudnivalók a gyakorlat részére az orr-, fül- és gégebetegségekről. — 11—12-ig: *Szórady István dr.*: A paralysis incipiens. — 12—1-ig: *Szentkirályi Zsigmond dr.*: Az állati elősídek okozta bőrmegbetegedésekről. — D. u. 3—4-ig: *Jung Géza dr.*: A panaritium és kezelése. — 4—5-ig: *Hajós Károly dr.*: Az allergiás megbetegedések újabb kezelési módjairól. — *Kaczvinsky János emlék-előadás*, 5—6-ig: *Grósz Emil dr.*: Az ideghártyaleválás gyógyítása. — 6—7-ig: *Páll Gábor dr.*: A gyakorlatban nem kórismézett méhenkívüli terhességek.

Május 21-én: D. e. 9—10-ig: *Feldmann Ignác dr.*: Diagnostikai tévedésekről. — 10—11-ig: *Gáli Géza dr.*: A tüdő-tuberculosis therapiája a gyakorlatban. — 11—12-ig: *Kramár Jenő dr.*: A polyomyelitisről. — 12—1-ig: *Becsey Oszkár dr.*: A neurastheniáról.

Jelentkezés vitéz *Takács Lajos dr.* (Gyula) címére küldendő. A vezetőség a jelentkezők számára gondoskodik lakásról és ellátásról, valamint lehetőség szerint kedvezményes vasúti jegyről. Az ellátás a gyulai állami kórházban ingyenes, valamint ott korlátozott számban nyerhető lakás is.

Az orvosi továbbképzés 50 éves jubileuma. Az orvosi továbbképzést Magyarországon 1883. májusában *Korányi Frigyes*, *Tauffer Vilmos*, *Fodor József*, *Markusovszky Lajos* szervezték. Az 50 éves évfordulót az orvosi továbbképzés központi bizottsága folyó évi június hó 16-án fogja megünnepelni. Ugyanezen alkalomból a Budapesten 1909-ben megalakított nemzetközi bizottságot újja szervezik s június hó 17-ére a külföldi kormányok és testületek képviselőket küldenek. A delegáltak közül néhányan előadásokat fognak tartani. Az orvosi továbbképzés bizottságának elnöke: *Grósz Emil dr.*, egyet. tanár, alelnöke: *Scholtz Kornél dr.* egyet. tanár, államtitkár, titkára: *Johan Béla dr.* egyet. tanár, a m. kir. országos közegészségügyi intézet igazgatója.

Kimutatás a Pázmány Péter Tud.-Egyetemen 1932—33. tanév II. félévében beírt hallgatókról.

A hallgatók száma karok és szakok szerint a következőképpen oszlik meg:

hittudományi hallgató	147	rendes	5	rendkívüli össz.	152
joghallgató	2107	„	63	„	2170
orvostanhallgató	1153	„	—	„	1153
bölcsészethallgató	1700	„	251	„	1951
gyógyszerészhallg. I. é.	72	„	—	„	72
gyógyszerészhallg. II. é.	86	„	—	„	86

Összesen 5265 rendes 319 rendkívüli össz. 5584

Ebbe a létszámba bele van számítva 9 külföldi illetőségű cserediák, valamint 226 olyan hallgató, kinek végleges beiratása még végrehajtva nincsen.

A hallgatószám ezen létszáma 34-gyel több, mint amennyi az 1931—32. tanév II. félében volt.

Összehasonlítva a múlt tanév II. felének létszámaival, kiderül, hogy a hittanhallgatók száma 4-gyel több, a joghallgatók száma 61-gyel több, a gyógyszerész hallgatók

száma 16-tal több, az orvostanhallgatók száma 34-gyel kevesebb, a bölcsészethallgatók száma 13-mal kevesebb.

Az újonnan iktatott hallgatók száma 205.

Az újonnan iktatott hallgatók létszáma nem jelenti egyúttal az I. féléves hallgatók létszámát is, mert iktatás alá esik az is, ki az egyik karból a másik karba, vagy egyik egyetemről (főiskoláról) a másikra lép át, vagy aki tanulmányait két féléven át megszakította. Valóban mint I. féléves rendes hallgató beiktatva csak 77-en lettek, kikhez 18 iktatás alá nem került I. féléves hallgató járult. Az ily módon iktatott I. féléves hallgató közül 5-en vannak a cserediákok.

A tandíjmentességben vagy tandíjkezdvezményben részesült hallgatók létszáma a következő:

3102 egész tandíjmentes hallgató,	
590 féltandíjmentes hallgató,	
936 kedvezményes tandíjmentes hallgató,	
269 félmentes és kedvezményes tandíjmentes hallgató,	
66 kétszer kedvezményes tandíjmentes hallgató,	
72 egy tárgyra iratkozott hallgató,	
404 egész tandíjmentes hallgató,	
9 tandíjat nem fizető cserediák,	
226 tandíjhátralékban levő hallgató.	

Az egész és féltandíjmentességben részesült hallgatók száma a hallgatószámhoz 22,6%-át, a tandíjmentességben és tandíjkezdvezményben részesült hallgatók együttes száma pedig a hallgatószámhoz 40,5%-át képviseli. Az 1931—32. tanév II. felében ugyanezen arányszám 25,5%, illetve 41,5% volt.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti Tud.-Egyetemen április 28-án: *Egey Zoltán*, *Fendler Károly*, *Kovács Péter*; — május 6-án: *Thunhofer Lajos Rezső*, *Brunner József*, *Hollóssy Ede Károly Zoltán*, *Kende Éva*, *Kún József*, *Matyasovszky Andor*, *Petró Ferenc*, *Sármán Dezső*, *Szántó Endre*. Üdvözljük az új Kartársakat!

Budapest székesfőváros közegészségügyi állapota.

1933. év április második felében.

Hasi hagymáz	15	(—)	Járványos agygerinc-	(—)
Vérhas	7	(3)	agyhártályalob	(—)
Roncsoló torok- és gége-	—	—	Kanyaró	494
lob	107	9	Szamárhurut	77
Vörheny	191	3	Báranyhimlő	134
Influenza (szövődm.)	3	2	Trachoma	8
Gyermekágyi láz	4	1	Kiütéses ty.	1
Gyermekbenulás	—	(—)	Lépfene	—

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

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

Soós Aladár: Étrendi előírások. III.

bővített kiadás 5.— P helyett 4.— P

Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra és 16 oldal műmelléklettel 5.— P

Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal 6.50 P helyett 5.50 P

Vászonba kötve (8 P h. 7.— P) Rigler Gusztáv: Közegészségtan és a járványtan tankönyve 25.— P helyett 5.70 P

Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfo-nala 86 oldal 2.50 P helyett 2.— P

Issekutz Béla: Gyógyszerrendelés 8.— P helyett 6.— P

Az orvosi tudomány magyar meste-rei. Kiadja a Markusovszky Tár-saság. 196 oldal 4.— P helyett 3.50 P

Krepuska István: A füleredetű agytá-lyogok kór- és gyógytana ára 4.— P

A befizetési lap hátulján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvétellel való rendelésnél a portókötséget is felszámítjuk.

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

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VAMOSSY ZOLTÁN

PÁLYÁZATOK.

A körmendi községi kórháznál megüresedett orvosai állásra pályázatot hirdetek.

Az orvosos javadalmazása: a XI. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő fizetés, természetbeni lakás és I. oszt. étellemezés, melynek az önköltségi ár 50%-át az orvos megteríteni tartozik.

Az orvosos kinevezése 2 évre szól.

Felhívom mindazokat, akik erre az állásra pályázni kívánnak, hogy az 1883. évi I. t.-c.-ben előírt képesítésüket és esetleg eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket f. hó 25-ig hozzám annál is inkább nyújtják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

Szombathely, 1933. május 3.

6239—1933. szám.

Dr. Horváth Kálmán s. k.
alispán

A vezetésem alatt álló közkórháznál megüresedett orvosai, esetleges előlépés folytán segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az orvososi állás javadalmazása a 124.000—1926. N. M. M. számú miniszteri rendelet értelmében a XI. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő illetmény, továbbá butorozott szobából álló intézeti lakás, I. oszt. étellemezés az önköltségi ár 50%-ának megtérítése mellett. Orvosi magángyakorlat nincsen megengedve. Az állásra való kinevezés két (2) évi időtartamra szól, mely idő elteltével az alkalmazás pályázat mellőzésével meghosszabbítható.

Felhívom azon női orvosdoktorokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képzettségüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt és Méltóságos Dr. Ostffy Lajos Vasvármegye főispánjához címzett folyamodványukat hozzám, f. évi május hó 30. napjának déli 12 órájáig nyújtják be.

Az állás a kinevezés megtörténte után azonnal elfoglalható.

Szombathely, 1933. május hó 1.

1964—1933. szám.

Dr. Pető Ernő s. k.
m. kir. egészségügyi főtanácsos,
igazgató főorvos.

Gy. 151-514—1933. A. Iv. szám.

A MÁV. Betegségi Biztosító Intézete Rajka, Fülöpszállás és Piliscsaba székhellyel pályázatot hirdet egy-egy ideiglenes minőségben betöltésre kerülő kezelőorvosi állásra. A rajkai kezelőorvosi állás évi összes díjazása a jelenlegi, megváltoztatható körzetbeosztás és egységtételek mellett kb. 840 pengő, a fülöpszállásié kb. 1060 pengő, a piliscsabaé pedig kb. 1290 pengő.

A MÁV. Betegségi Biztosító Intézetéhez címzett és a szükséges okmányokkal (születési anyakönyvi kivonat, erkölcsi bizonyítvány, orvosi oklevél, curriculum vitae, orvosi működési és szakorvosi bizonyítványok, viselt állások jövedelmeinek igazolása stb.) felszerelt pályázati kérvényt legkésőbb 1933. évi május 22-ikének déli 12 órájáig kell a budapesti MÁV. üzletvezetőség I. osztályához (Budapest, VIII., Kerepesi-út 3) juttatni, ahol a pályázat részletes feltételei is megtekinthetők.

Budapest, 1933. május hó.

MÁV. Betegségi Biztosító Intézete.

Használt ölmökötényt és keztyűt veszek. Cím megtekinthető Petőfi Irod.
Vállalatnál, VII. Kertész-utca 16. Telefon: 40-6-47.

ORVOSI MŰSZEREK,

KÓRHÁZI ÉS LABORÁTORIUMI ESZKÖZÖK GYÁRA
Letelepedő orvosoknak jutányos áron szállít
WESZELY ISTVÁN és TÁRSA utóda
NAGY KÁROLY FRIGYES, BUDAPEST, IV., APPONYI-TÉR 1.

Német orvosi könyveket és folyóiratokat

előnyös fizetési feltételek mellett szállít az

URBAN & SCHWARZENBERG könyvkiadó cég
magyarországi képviselője

FISCHER JENŐ Budapest, VII. Erzsébet-körut 27. Tel. 372-70

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Pályázatot hirdetek a Veszprém megyei város nyilvános jellegű kórházánál lemondás folytán megüresedett orvosai állásra.

A pályázati kérvényeket 1933. évi június hó 8. napjának déli 12 órájáig Veszprém vármegye alispáni hivatalának iktatójába kell benyújtani. A később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

A pályázati kérvényhez mellékelni kell: 1. születési anyakönyvi kivonatot; 2. erkölcsi bizonyítványt, amely a forradalom és ügynevezett kommun ideje alatti magatartást is igazolja, 3. a pályázó magyar állampolgárságát és családi állapotát, 4. az 1876. évi XIV. t.-c. és az 1883. évi I. t.-c.-ben előírt képesítést, 5. eddigi alkalmazását igazoló okmányokat és 6. rövid élet-leírást (curriculum vitae).

Olyan pályázók, akik már közhivatali alkalmazásban állanak, hivatali főnökök, illetve a katonai szolgálatban állók előjáró parancsnokságuk, a közszolgálatban nem állók pedig állandó lakhelyük törvényhatóságának első tisztviselője útján kötelesek pályázati kérvényüket a fenti határidőre hozzám eljuttatni.

Az orvososi állás javadalmazása: az állami rendszerű XI. fiz. osztály 3. fokozatának megfelelő kezdő fizetés, a kórházban természetbeni lakás, I. osztályú étellemezés, fűtés, világítás, az étellemezésért azonban a beszerzési ár 50 (ötven) százalékának megfelelő térítést tartoznak fizetni. A kórház-fenntartó város fenntartja magának a jogot, hogy mindazideig, míg a kórházban megfelelő lakást az orvos részére nyújtani nem tud, a természetbeni lakás helyett az állami tisztviselőkre érvényes szabályok szerint megállapított lakáspénzt adja. Az orvosos alkalmazása két évre szól, de ez az idő a kinevező hatóság által meghosszabbítható. Nyugdíjjogosultság nincs. Csak nőtlenek pályázhatnak.

Veszprém, 1933. évi május hó 3-án.

7400—1933. szám.

Dr. Horváth
alispán.



Kipróbált szer,
ártalmatlan a
gyomorra és
szívre.

Togal-
tabletták

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

Antineuralgicum

Antipyreticum

Antirheumaticum

Analgeticum

Mintával és német szakirodalommal szolgál:

Dr. Filó János gyógyszer-tára

Budapest, VIII., Mátyás-tér 3.

◀ Trocken Reis-Schleim „Gerté” porított RIZS-NYAK ▶

A csecsemő- és gyermekgyógyászatban elsőrangú hézagpótló készítmény.
Egy doboz ára 1/4 kg. tartalommal 120 pengő. Kapható gyógyszer-tárak és drogueriákban.

== KÉSZÍTI: GYARMATI GYÓGYSZERTÁR LABORATORIUMA, BAJA. ==



HARMATKÁSA

Diastazált gyermektápdara (Kindernährgrries)

(Fűszerkereskedésekben árusított buzadara helyett)

Nemes búzából előállított tiszta természetes tápszer elválasztott csecsemők folytatólagos, továbbá gyomorbeteg (diátás) gyermekek és felnőttek táplálására.

RENDELHETŐ SZABADON Közgyógyszerellátás (O. B. A.) Székesfővárosi alkalmazottak, Országos Stefánia Szövetség és Bányatárspénztárak terhére.

FŐORVOSI ENGEDÉLYEL: OTI, MAB, MÁV és Posta terhére.

ADAGOLÁS: 1–2 kávéskanálnyit tejbe vagy húslevesbe befőzni.

Mintát és irodalmat készséggel küld a KROMPECHER TÁPSZERGYÁR BUDAPEST, V. KER., ZRINYI-UTCA 3. SZÁM.

TREUPEL-tabletta

CHINOIN

a 3 évtizedes

ANALGETICUM

ANTIPYRETICUM

Horváth Boldizsár:

A gyakorló orvos orthopaediája. 230 oldal.

110 ábra és 16 oldal műmelléklettel 5— P

Soós Aladár:

Étrendi előírások. III. bővített kiadás 5— P

Kunszt János:

A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és
üdülőhelyei. 215 oldal 5.50 P

Vászonba kötve 7— P

Orsós Ferenc:

Kórboncolás vezérfonala. 86 oldal 2— P

Az orvosi tudomány magyar mesterei. Kiadja a

Markusovszky Társaság. 196 oldal 3.50 P

Krepuska István:

A füleredetű agytályog kór és gyógytana 4— P

Rigler Gusztáv:

Közegészségtan és a járványtan tankönyve
25— P helyett 5.70 P

Kapható a kiadóhivatalban.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSEK MIHALY, SZÉKELY AGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VAMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA
POÓR FERENC

GORKA SANDOR
REUTER KAMILLO

HÜTTL TIVADAR
ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: VAMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Farkas Géza: † Hári Pál. (415. oldal.)

Karczag László: Az egészséges és kóros testnedvek oxydokatalytikus hatása a szöveti anyagcserére. (416—418. oldal.)

Neuber Ede: A debreceni I. oszt. elemi iskolás tanulók átvizsgálása egészségügyi szempontból az 1931—32. tanévben. (418—421. oldal.)

Kanócz Dénes: Lipolysis és tuberculosis. (421—423. oldal.)

Dobszay László és Varga Tibor: A csecsemőkori ruminatio pathológiája és therapiája. (423—426. oldal.)

Sipos Károly: Sensibilisatiós kísérletek a bőrön. (426—427. oldal.)

Gajzágó Jenő: Kísérletek a thrombosis röntgengyógyításával. (428—429. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (77—80. oldal.)

Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Gyermekegyógyászat. — Gégészet. — Szemészet. — Bőrgyógyászat. (429—431. oldal.)

Könyvismertetés: (431. oldal.)

Egyesületek ülésgyűzőkönyvei: (431—433. oldal.)

Issekutz Béla: Új gyógyszerek. (433—436. oldal.)

Kerbolt László: Megjegyzések Téglássy Béla dr. „Népegészségügyünk reformtervezete” című cikkéhez. (436. oldal.)

Vegyes hírek: (436. oldal és a borítólapon III. és IV. oldalán.)

HÁRI PÁL

1869—1933.

Az élet- és a kórvegytan bölcs tanára befejezte harmonikus, külső eseményekben nem gazdag életét. Eredetileg gyakorlóorvosnak készült; befejezvéen Bécsben orvosi tanulmányait, Boás berlini professzor poliklinikáján volt tanársegéd. Hazatérve eleinte csak mellékesen, később mind szélesebb mederben kezdett foglalkozni tudományos laboratoriumi munkával, s az életvegytani finomabb módszerekben képezte ki magát. 1897-óta a gyógyszerertani, majd a kórbonctani intézetben buvárkodott. Majd egyetemi szolgálatba lépve 1902-óta a gyógyszerertani, élet- és kórvegytani, majd az általános kórtani s végül az élettani intézetben volt tanársegéd és adjunctus. 1918-óta az élet- és kórvegytan nyilvános rendes tanára. Bár szerette a baráti kört, s gyengéd családapa volt, bár élvezni tudta a zenét s általában a művészetet, bár a legkülönbözőbb tudományágak iránt érdeklődve sokat olvasott: abban az arányban, amint mélyebben hatolt a tudományos kérdések kutatásába, lazultak kapcsolatai, melyek őt a környezetéhez fűzték.

De mind erősebb szálak kötötték szerény laboratoriumához, tudományos szentélyéhez, készülékeihez. Az ideális szülői szeretet, gyengédség és önfeláldozás érzelmével vetekedő rajongással foglalkozott műszereivel; ápolta, fejlesztette — eleinte csak korlátozott keretben alkalmazható anyag és energiaforgalmi készülékeit — mind magasabb tökéletességre, míg azok a messze külföldről érkezett érdeklődők csodálatát is fel tudták kelteni.

Csak ez a fanatizmus tüzelhette őt arra, hogy minden munkáját olyan hihetetlen türelemmel és szigorú kritikával csiszolta ki; hogy sok kiadást ért magyar és német tankönyvének minden mondatát számtalanszor dolgozta át. Következtetéseit legapróbb részletekig menő gondossággal sokszorosan ellenőrizte, úgy hogy azoknak finom kidolgozottsága bámulatot keltő.

Bár egyébként temperamentuma kiegyensúlyozott, nyugodt, békés volt, haragra tudott lobbanni, ha felületesnek tetsző munkát kellett bírálnia. Ilyenkor látszott, hogy a kritikának igazi mestere.

A felbukkanó tudományos újdonságokkal szemben is bizalmatlan volt, s csak sokszoros ellenőrzés után ismerte el őket igazságoknak. Mindjobban elvont magától minden pihenést, szórakozást; ha néha megpróbálkozott ilyen irányban, egyszerre mindent felbeszakitva hirtelen visszasietett íróasztalához, táblázataihoz, készülékeihez. Kifütnetések, címek soha nem érdekelték; a nyilvános szerepléstől valósággal rettegett.

Ez a pihenés nélküli folytonos erőfeszítés nem maradhatott következmények nélkül.

S most ime már nem várja őt többé vissza a szerény intézet, melynek kibővítéséért, fejlesztéséért minden harcra képes volt, bármennyire ellenkezett is természetével. Nem jelenik többé meg kora reggelenként kis dolgozószobájában, meg kellett válnia családjától, kortársaitól, megkezdett munkáitól, mindentől — örökre: mi csak áldani, tisztelni tudjuk emlékét.

Farkas Géza prof.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

Az egészséges és a kóros testnedvek oxydokatalytikus hatása a szöveti anyagcserére.*

Irta: Karczag László dr.

I.

Warburg dolgozta ki a sejtek és szövetek szénhidrát anyagcseréjének módszerét optimalisan összcállított Ringer-Locke oldatokban.

Kísérleteimben a Warburg féle berendezésben a mesterséges tápláló oldatok helyett emberi testnedveket, mint pl. serumultrafiltratumbot, gerincevelő folyadékot használtam fel, mint tápláló folyadékot, minden cukor vagy más anyag hozzátétele nélkül és azt tapasztaltam, hogy az emberi testnedvek hatalmas sejtlégzést fokozó képességgel vannak felruházva. Csak néhány feltűnő adattal óhajtom illusztrálni eredményeimet, amelyek a tengerimalac-vese, az egéragy és más szövetekből készült metszetek légzését és glykolysisét mutatják.

Az 1. táblázat adatai szerint úgy a vesekéreg, mint a vese velőállományának hatalmas és Ringer-Locke oldatban soha még megközelítőleg sem észlelt légzéstfokozódását találtam, hogy a vese velőállománya, amely a Ringer oldatban a tipusosan glykolysáló szövetek közé tartozik, egyáltalában nem glykolysált.

1. táblázat.

Tengerimalacvese.
kéreg velő

		Q _{O₂}	Q _{O₂} Q _{CO₂}	N ₂ Q _{CO₂}	Q _{O₂}	Q _{O₂} Q _{CO₂}	N ₂ Q _{CO₂}
	Normalérték Ringer old.	5.8	—	5.7	5.7	—	16.33
Serumultrafiltratum	Influenza	77.4	Q	Q	94.6	Q	Q
	Diabetes	66.6	Q	Q	69.7	Q	Q

Hasonló feltűnő eredményeket adtak az egéragy metszetekkel végzett vizsgálatok serumultrafiltratumban (Thiessen utrafilter) és liquor cerebrospinalisban.

2. táblázat.

Egéragy (szürke állomány).

		Q _{O₂}	Q _{O₂} Q _{CO₂}	N ₂ Q _{CO₂}
	Normalérték Ringer old.	7.8	7.39	7.37
Serumultrafiltratum	Basedow	64.78	Q	Q
Liquor cerebrospin.	Hypertonia	25.87	Q	Q

*)Ezen munka a Széchenyi Tudományos Társaság támogatásával készült.

A 2.-ik táblázat adatai szerint mindkét testnedvben hatalmas légzés volt észlelhető az aerob és az anaerob glykolysis hiánya mellett. Egyébként hasonló hatásról emlékszik meg *Horn* aki azt észlelte hogy a liba vörös vérséjtjeinek oxygen anyagcseréjét minimalis serum vagy annak dialysatuma fokozni képes.

II.

Közfelfekvő volt az a gondolat, hogy az említett testnedvekben a hatalmas légzéstfokozó hatás folytán a rák-szövet is megváltoztatja anyagcseretypusát. Megvizsgáltuk tehát *Hanák Máriával* az Ehrlich féle egérrákból készített szövetmetszet légzését és glykolysisét serumultrafiltratumban és a sertés szemének csarnokvizében. A nyert eredményeket a 3.-ik táblázat mutatja.

3. táblázat.

Egérrák.

		Q _{O₂}	Q _{O₂} Q _{CO₂}	N ₂ Q _{CO₂}
	Normalérték Ringer old.	4.1	—	19.72
Humor aquaeus (sertés)	—	12.5	Q	Q
1. Serumultrafiltratum	—	76.72	Q	Q
2.	Hypertonia	18.80 ⁶	Q	Q

Ezen kísérletek azt mutatták, hogy a rákos daganat Warburg classificatiója szerint ezen tipusos anaerobi-onta, az oxydokatalytikus légzésfokozódás következtében teljesen megváltoztatja anyagcseréjét és mint aerobi-onta glykolysis nélkül él meg az emberi testnedvekben. Mindezen vizsgálatokból tehát az következik, hogy a szöveti anyagcsere a szervezet milieu interieurjében lényegesen és principiálisan másként folyik le, mint a mesterséges összetételű tápláló folyadékokban és hogy ezért a Warburg által a Ringer-Locke oldatokban megállapított törvényszerűségek nem vihetők át minden további nélkül az élő szervezetben lefolyó szöveti anyagcserére. A testnedvek tehát specialis oxydokatalytikus képességgel vannak felruházva, amelyeknek hatását a vérfehérjék jelenlétében kísérletileg megállapítani nem lehet, de amelyeknek ultrafiltrálásával a testnedvek oxydokatalysator hatása a kísérlet alatt teljesen kibontakozik.

3.

Ezen megismerések után összehasonlítólag vizsgáltuk meg az egészséges és beteg ember serum- és liquor ultrafiltratumban az oxydokatalytikus képességét a Warburg féle kísérleti berendezésben. A 4.-ik és 5.-ik táblázat magában foglalja a tengerimalac vesekérgének légzését serumultrafiltratumban és az egéragy légzését liquor cerebrospinalisban. Ezen vizsgálatok között legfeltűnőbbek a tengerimalac vesekérgével végzett vizsgálatok, amelyek azt mutatták, hogy a különböző betegségekben különböző oxydokatalytikus hatás található és hogy a rákban általában gyengébb a légzésfokozódás, mint a többi betegségekben. Az egéraggyal végzett kísérleteket hasonló eredménnyel zártuk le. Ha azonban összehasonlítjuk az oxydatiofokozódást a serumultrafiltratumban és a liquor cerebrospinalisban, úgy azt látjuk, hogy a vérsérum ultrafiltratum oxydokatalytikus hatása kifejezettebb, mint a liquor cerebrospinalisnak, miután

az excessiv magas értékek eddigi kísérleteink szerint a serumultrafiltrátumokban voltak találhatók.

4. táblázat.

Tengerimalacvese.
Seruminfiltrátum.

Sorszám	Normalérték Ringer old.	kéreg			velő		
		Q _{O₂}	Q _{O₂} Q _{CO₂}	Q _{N₂} Q _{CO₂}	Q _{O₂}	Q _{O₂} Q _{CO₂}	Q _{N₂} Q _{CO₂}
		5—8	—	5—7	5—7	—	16-33
1	Hyperaciditas cholelithiasis	236.61	Q	Q	—	—	—
2	Hypertonia	71.68	Q	Q	—	—	—
3	Cholelithiasis	8.13	Q	Q	—	—	—
4	Influenza	87.3	Q	Q	94.6	Q	28.15
5	Hypertonia	15.3	—	Q	28.5	Q	Q
6	Diabetes	66.6	—	—	69.7	—	—
7	Tonsillitis	47.1	—	17.69	94.6	Q	28.1
8	Colitis	—	—	—	73.5	28.0	7.0
9	Cc. uteri	4.55	Q	Q	16.6	Q	Q
10	„ mammae	50.9	Q	Q	17.6	Q	Q
11	„ uteri	117.0	Q	Q	—	—	—
12	„ „	7.4	—	—	6.7	6.44	20.87
13	„ „	9.1	—	—	25.4	Q	Q
14	„ ventric.	8.10	—	—	8.32	Q	Q
15	„ hepat.	—	—	—	67.2	Q	Q

5. táblázat.

Egéragy (szürke állomány).
Seruminfiltrátum.

Sorszám	Normalérték Ringer oldatban	Q _{O₂}	Q _{O₂} Q _{CO₂}	Q _{N₂} Q _{CO₂}
		7.0	7.4	7.4
1	Akromegalia	19.—	10.15	10.0
2	Basedow	64.78	Q	Q
3	Asthma bronch.	9.28	2.0	0.16
4	Tbc. pulm.	10.—	—	—
5	Cc. uteri	18.2	—	—
6	Leukaemia	15.5	—	—

4.

Miután fenti kísérleteink szerint a rákos betegek dyskrasiája abban nyilvánul meg, hogy testnedvükben a normalis szövetek is gyengébben lélegzik el a cukrot, mint a nem rákos egyének testnedvében és miután Warburg óta tudjuk, hogy a rákszövet in vitro rosszul égeti el a cukrot és főleg glykolyisból él, elvárható volt, hogy az Ehrlich féle egérrák metszetei a rákos betegek testnedvében gyengébben lélegzik el a cukrot, mint a más betegek testnedvében. A 6.-ik táblázat összefoglalja azokat az

eredményeket, amelyek a rákos vérserumultrafiltrátumokban végzett kísérletekre vonatkoznak az egérdaganat metszetével. Ezen adatok áttekintésekor azt találjuk, hogy az egérrák nemcsak az egészséges és nem rákos betegek vérében, hanem a rákos beteg vérében is mint aerobionta és meg, azonban azzal a különbséggel hogy légzése a rákos be-

6. táblázat.

Egéragy (szürke állomány).
Liquor cerebrospinalis.

Sorszám	Normalérték Ringer oldatban	Q _{O₂}	Q _{O₂} Q _{CO₂}	Q _{N₂} Q _{CO₂}
		7.0	9.4	7.4
1	Dystr. adiposogen.	42.7	Q	Q
2	Hypertonia	25.87	Q	—
3	Influenza	12.17	—	—
4	Scleros. polyins.	4.5	—	—
5	Hemiplegia	20.5	—	—
6	Leukaemia	24.4	—	—
7	Cc. uteri	18.2	Q	Q
8	„ „	9.6	5.6	8.7
9	„ „	5.9	—	—
10	„ „	11.9	—	—

tegek serumultrafiltrátumában kisebb, mint más betegségekben. Ezek szerint a rákos testnedv biológiailag általában ismerhető fel, hogy benne a normalis szövetmetszet rosszabbul lélegzik, mint más betegségekben és azáltal is, hogy benne az Ehrlich féle egérrák is rosszabbul lélegzik, mint a nem rákos testnedvekben.

7. táblázat.

Egérdaganat.
Seruminfiltrátum.

Sorszám	Normalérték Ringer oldatban	Q _{O₂}	Q _{O₂} Q _{CO₂}	Q _{N₂} Q _{CO₂}
		4.1	—	19.7
1	Basedow	87.3	Q	Q
2	Influenza	76.7	Q	Q
3	Hypertonia	18.8	Q	Q
4	Cc. uteri	12.7	Q	Q
5	„ „	10.5	Q	Q
6	„ „	5.8	3.9	3.9
7	„ „	21.2	Q	Q

Mindezen példák azt mutatják, hogy a betegek serumultrafiltrátumának és liquorának felhasználásával a Warburg féle kísérleti berendezésben, közelebb jutunk a vér azon individualis tulajdonságainak megismeréséhez,

amelyek a vérfehérjék zavaró hatása folytán kísérletileg nem voltak felderíthetők.

Összefoglalás.

1. A vérserumultrafiltratumnak, a liquor cerebros-pinalisnak és a csarnokvíznek feltűnő oxydokatalytikus hatása van a szöveti anyagcserére in vitro.

2. Ezen testnedvek — mint tápláló folyadékok — oxydokatalytikus hatásuk folytán aerobiontává teszik in vitro az egérrákot, amely a Ringer oldatban mint anaerobionta él meg.

3. Különböző betegségekben különböző az említett testnedvek oxydokatalytikus hatása az egészséges állati szövetek anyagcseréjére.

4. A rákos betegek testnedvében legkisebb a szövet-metszetek oxydokatalytikus légzésfokozódása.

5. A rákos betegek testnedvében az Ehrlich féle egérrák szövetmeszete rosszabbul lélegzik, mint a nem rákos betegek testnedvében.

A debreceni I. oszt. elemi iskolás tanulók átvizsgálása egészségügyi szempontból az 1931/32. tanévben.

E vizsgálatokat szervezte és vezette:

Neuber Ede dr.,

egyet. ny. r. tanár, az Országos Antivenereás Küzdelem miniszteri biztosa.

(Folytatás.)

Hypertrophiás tonsillával (II. és III.) bíró tanulók testsúlya és hossza.

A) Testsúly.

A tonsilla II. és III.-mal bíró tanulók (880) testsúlyának átlaga	20.10 kg
Az összes tanulók (1612) testsúlyának átlaga	20.09 „
A tonsilla II. és III.-as 446 <i>fiú</i> testsúlyának átlaga	20.60 „
Az összes fiúk testsúlyának átlaga	20.20 „
A tonsilla II. és III.-as 434 <i>leány</i> testsúlyának átlaga	19.80 „
Az összes leányok testsúlyának átlaga	19.40 „

A hypertrophiás tonsillával bíró fiúk és leányok testsúlyának átlaga tehát magasabb, mint a normalis tonsillájúaké.

B) Testhossz.

A hypertrophiás tonsillával (II. és III.) bíró tanulók testhosszára vonatkoztatott adatok:

A II. és III. tonsillával bíró (880) tanulók testhosszának átlaga	114.80 cm
Az összes tanulók (1612) testhosszának átlaga	114.17 „
A 446 hypertrophiás tonsillával (II. és III.) bíró <i>fiú</i> testhosszának átlaga	115.00 „
Az összes fiúk testhosszának átlaga	114.50 „
A 434 hypertrophiás tonsillával (II. és III.) bíró <i>leány</i> testhosszának átlaga	114.40 „
Az összes leányok testhosszának átlaga	113.50 „

A tonsilla-hypertrophiával (II. és III.) bíró fiúk és leányok testhossza tehát magasabb az összes fiúk és leányok testhosszátlagánál.

Adenoid-vegetációval (II. és III.) bíró gyermekek súlya és hossza.

Az adenoid-vegetációkkal (II. és III.) bíró tanulókat testsúlyuk és hosszuk tekintetében összehasonlítottuk az összes gyermekeknek ilyen irányban történt vizsgálati adataival.

A) Testsúly.

		testsúlyának átlaga kg.
Az adenoid-vegetációval (II. és III.) bírók	594	20.10
Az összes tanulók	1612	20.09
Az adenoid-vegetációval bíró <i>fiúk</i>	307	20.40
Az összes fiúk	836	20.20
Az adenoid-vegetációval bíró <i>leányok</i>	287	19.70
Az összes leányok	776	19.40

B) Testhossz.

		testhosszának átlaga cm.
Az adenoid-vegetációval (II. és III.) bírók	594	114.5
Az összes tanulók	1612	114.17
Az adenoid-vegetációval bíró <i>fiúk</i>	307	115.1
Az összes fiúk	836	114.5
Az adenoid-vegetációval bíró <i>leányok</i>	287	113.8
Az összes leányok	776	113.5

Az adenoid-vegetációval (II. és III.) bíró gyermekek (fiúk és leányok) testsúlya és hossza gyarapodást, illetve növekedést mutat az összes tanulók ilyen irányú adataival szemben. Mindenesetre feltűnő, hogy a tonsilla-hypertrophiával és adenoid-vegetációkkal bíró gyermekek testsúlyban és testhosszban túlszárnyalják e tekintetben egészséges társaikat.

A tavalyi (1930—31) ilyen irányú vizsgálatok ugyanezt az eredményt adták, a tonsilla-hypertrophiákat és adenoid-vegetációkat feltűnő tanulók szintén nehezebbek és hosszabbak voltak. Tulajdonképpen más, még pedig ellenkező eredményekre voltunk elkészülve, mert a légzőtractus ilyen kóros elváltozásai, mondhatni légúti akadályok, a gyermek légzését megnehezítik, ennélfogva nyugalalmát, alvását zavarják meg, amiért is e gyermekek lefogyására, idegességére számítottunk. Nehéz ennek a jelenségnek a megmagyarázása. Egyrészt ugyanis alig lehet következtetést vonni olyan számokból, melyeknek különbsége a vizsgálati anyag gyűjtésekor közrejátszó véletlen behatásait még erősen sejteti, másrészt lehetséges, hogy a tonsilla hormonalis úton kedvezően befolyásolja a szervezet gyarapodását és növekedését. Ezt csak szélesebb alapon történő kontrollvizsgálatok dönthetik el majd és pedig 1., hogy fenti eredményeink helytállóak-e 2. ha igen, akkor milyen befolyás alatt történik a tonsilla-hypertrophiával és adenoid-vegetációval bíró gyermekek gyarapodása és növekedése.

Fogászati vizsgálatok.

Ezekre különösen nagy súlyt helyeztünk, mert a fogak állapota többé-kevésbé fokmérője a gyermeki szervezet biológiai beállítottságának. A fogak állapota különben is nagy mértékben befolyásolja a gyermek későbbi fejlődését, végül pedig a fogak állapotából súlyosabb természetű fertőző és alkati betegségekre (syphilis, rachitis stb.) is következtethetünk. Ilyen megfontolás alapján vizsgálatunk tulajdonképpen két irányban történtek: 1. kerestük az ú. n. fogstigmákat, amelyek a világrahozott syphilisre s egyéb fertőző, illetve alkati betegségekre engednek következtetni, amely kérdéssel e helyen nem kívánok foglalkozni, mert a „syphilis“ című fejezetben már részletesebben ismerttettem ezt a tárgykört; 2. kerestük a fogaknak egyéb kóros elváltozásait, amelyek között a caries dominált. Ennek a munkának keretében nem foglalkozhatunk külön-külön a tej- és állandó fogakkal, hanem azokat együtt tárgyaljuk.

Fogászati vizsgálatot az összes (1612) tanulónkon végeztünk.

	% tavaly	%	Fiú %	Leány %
Ép fogazattal bírt	491 30.5	20	255 51.9	236 48.1
Hibás fogazattal bírt	1121 69.5	80	581 51.8	540 48.2

Az összes fiúk (836) közül hibás fogazata volt 69.5%-nak

Az összes leányok (776) közül hibás fogazata volt 69.6%-nak

A nemek között a hibás fogak tekintetében semmi különbség nem volt.

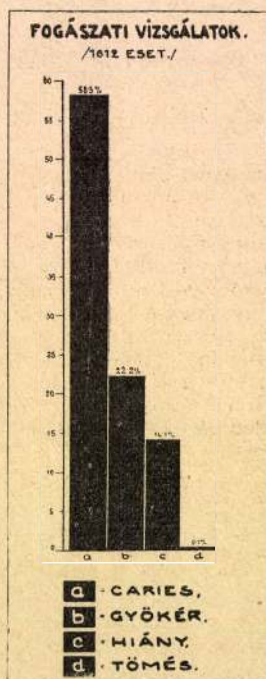
Hibás fogazatot tehát a tanulók $\frac{2}{3}$ -án találtunk; a tavalyi vizsgálatok rosszabb arányszámot (tanulók 80%-a hibás fogazattal) tüntettek fel.

Alábbi statistikánkban a hibákat a különböző kóros esetekre vonatkoztatjuk, nem pedig az egyes tanulókra, akiken a hibák közül esetleg több is előfordult; az arányszámok itt azt fejezik ki, hogy az egyes hibák az összes hibáknak hányadrészét alkotják.

	Összesen	Fiúk	Leányok
	szám %	szám %	szám %
Hibák: caries	941 61.6	492 52.3	449 47.7
gyökér	358 23.4	186 51.9	172 48.1
hiány	228 14.9	126 55.3	102 44.7
tömés	2 0.1	1 50.0	1 50.0
	1529 100.0		

Az alábbi számok a foghibáknak a tanulók közötti előfordulási arányszámát jelentik:

Az összes (1612) tanuló közül:		
Caries volt	941-en	58.3%
Gyökér volt	358-on	22.2%
Hiány volt	228-on	14.1%
Tömés volt	2-n	0.1%



27. ábra.

Az 1612 tanuló közül városi 1449 (89.9%), tanyai 163 (10.1%). Az 1449 városi tanuló közül ép fogazata volt 415-nek (28.6%),

ebből fiú	216 (52.0%)
„ leány	199 (48.0%)

Az 1449 városi tanuló közül hibás fogazata volt 1034-nek (71.4%),

ebből fiú	538 (52.0%)
„ leány	496 (48.0%)

A 163 tanyai tanuló közül ép fogazata volt 76-nak (46.6%),

ebből fiú	39 (52.3%)
„ leány	37 (48.7%)

A 163 tanyai tanuló közül hibás fogazata volt 87-nek (53.4%),

ebből fiú	43 (49.4%)
„ leány	44 (50.6%)

A városi tanulókon hibás fogazatot tehát 71.4%-ban, ép fogazatot pedig csak 28.6%-ban észlelhettünk, ezzel

szemben a tanyai tanulók hibás fogazatát 53.4%-ban, ép fogazatát pedig 46.6%-ban állapíthattuk meg. Különösen ki óhajtom emelni, hogy ez az arányszám az 1930—31. évi vizsgálatainkban a tanyaiak javára még nagyobb eltérést mutatott (tavaly a tanyaiaknak 35.8%-ban, a városiaknak 15.2%-ban volt ép fogazatuk).

Nem találunk kellő magyarázatot arra, hogy milyen tényezők játszhatsanak szerepet a tanyaiak és a városiak fogazatának ilyen eltérő viselkedésében. Lehetséges, hogy befolyással van a táplálkozás — városiak inkább főtt és sült ételeket fogyasztanak, a tanyaiak sok nyers táplálékot vesznek magukhoz, nyáron nagy részük úgyszólván gyümölcsből, (dinnyéből él. — esetleg egyéb tényezők is szerepelnek. Mindenesetre e kérdésre a szakemberektől kívánnunk kielégítő választ kapni.

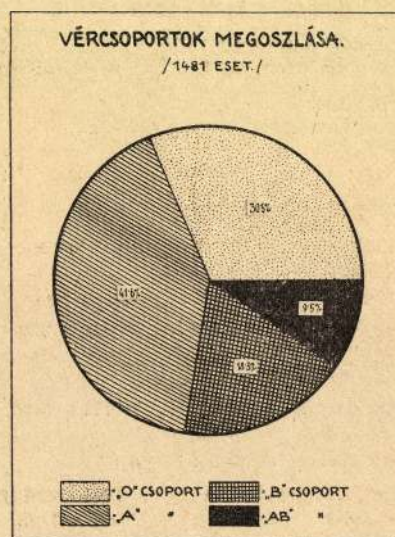
Sok esetben súlyosabb természetű ínygyulladást is találtunk, amely többnyire szuvas fogaknak, nem ritkán azonban a szájjápolás hiányának következményeképpen keletkezett. Hogy mennyire szükségünk van (főleg a vidéket értem, a fővárosban ez a kérdés már megoldást nyert) az iskolaorvosi intézményre, azt a fogászati vizsgálatok különösen indokolttá teszik. E vizsgálatokhoz még sok reflexiót lehetne fűzni, nem léphetem azonban túl a munka kereteit, tegyék meg az észrevételeket a szakemberek, magam részéről csak azt óhajtom még kiemelni, hogy megdöbbentő a tömött fogak csekély száma (0.1%), annál is inkább, mert köztudomású, hogy a szuvas és nem kezelt tejfogak szuvasodása a maradandó, még át nem tört fogakra is terjed s azok későbbben többnyire szintén hibásan bukkanhatnak át a gingiván.

Vércsoport vizsgálat.

Az összes (1612) tanuló közül 1481 esetben (91.9%) tudtunk vércsoport meghatározást végezni.

Az 1481 tanuló közül:

O csoportbeli volt	451	30.5%
A „ „	617	41.6%
B „ „	271	18.3%
AB „ „	142	9.6%
	1481	100.0%



28. ábra.

A vércsoportok és a különböző betegségek összefüggésének feltüntetése.

Syphilises tanulók megoszlása vércsoportok szerint. Vércsoport megállapítást 79 biztosnak és gyanusnak talált syphilises tanuló közül 69 esetben (87.4%) végeztünk.

Megoszlásuk a következő:

					Ebből	
					fiú	leány
O csoportbeli volt	22	syphilises tanuló	31.9%		15	7
A	28	"	40.6%		18	10
B	11	"	16.0%		7	4
AB	8	"	11.5%		5	3
	69		100.0%		45	24

A syphilises tanulók vércsoportbeli megoszlása teljesen egyezik az összes tanulókéval; a syphilissel (veleszületett és szerzett) fertőzöttségnek előfordulási aránya vizsgálatainkban teljesen független a vércsoportoktól.

Tuberculosis. A 322 pozitív gümőkóros tanuló közül 298 esetben (92.5%) tudtunk vércsoport meghatározást végezni. Ez a 298 tanuló vércsoportok szerint következőképpen oszlott meg:

	tanuló	%	Ebből	
			fiú	leány
O csoportbeli	103	34.6	60	43
A	105	35.2	59	46
B	50	16.8	25	25
AB	40	13.4	20	20
	298	100.0	164	134

A gümőkóros tanulók vércsoportok szerinti megoszlása kétségtelenül eltér az összes tanulókétól, a különbség azonban oly csekély és a vizsgálat anyaga oly kicsi, hogy abból a tuberculosisnak vércsoportok szerinti kisebb, vagy nagyobb mértékű előfordulására következtetni nem lehetséges.

Rachitis. Az 512 rachitisesnek talált tanuló közül 504 esetben (98.4%) végeztünk vércsoport meghatározást, amelynek megoszlása a következő:

				Ebből	
				fiú	leány
O csoportbeli	148	rachitises tanuló	29.4%	86	62
A	205	"	40.6%	110	95
B	100	"	19.8%	60	40
AB	51	"	10.2%	32	19
	504		100.0%	288	216

A rachitises és az összes tanulók vércsoportok szerinti megoszlása úgyszólván teljesen megegyezik.

Bélféreggel fertőzöttek megoszlása vércsoportok szerint. A 361 bélféreggel fertőzött tanuló közül 287 tanulón (79.5%) volt módunkban meghatározni a vércsoportot, akiknek a különböző csoportok szerinti megoszlása a következő:

A 287 féreggel fertőzött tanuló közül:

				Ebből	
				fiú	leány
O csoportbeli volt	85	29.6%		49	36
A	119	41.5%		52	67
B	60	20.9%		27	33
AB	23	8.0%		10	13
	287	100.0%		138	149

A fenti arányszámok tehát azt mutatják, hogy a különféle férgekkel fertőzött tanulóknak vércsoportok szerinti megoszlása feltűnően megegyezik az összes tanulók vércsoportbeli megoszlásával, azaz a különféle vércsoportokéhoz tartozás a bélféreggel történt fertőzöttségben nem játszik szerepet.

Hogy a különböző vércsoportbeliek az egyes féregfélések milyen arányszámban fordultak elő, arra tulajdonképpen eseteink csekély száma miatt sem kaphattunk megbízható eredményt, de ezek különben azt mutatták, hogy a trichocephalussal és az oxyuris vermicularissal fertőzött tanulóknak a különböző vércsoportok szerinti megoszlása úgyszólván pontosan egyezik az összes tanulókéval.

A trichocephalus diszparal történt a legnagyobb mértékben fertőzés.

A trichocephalussal fertőzött tanulók közül

O csoporthoz tartozott	55	30.9%		
A	72	40.4%		
B	35	19.7%		
AB	16	9.0%		
	178	100.0%		

Az *oxyuris vermicularis* féregféléssel történt fertőzés következtetett gyakoriság szempontjából másodsorban. Az utóbbival fertőzött 89 tanuló közül 75 esetben történt vércsoport megállapítás, amelynek az eredménye elvben úgyszólván teljesen fedi az előbbieket.

A 75 oxyurissal fertőzött tanuló közül:

O csoporthoz tartozott	24	32.0%		
A	30	40.0%		
B	15	20.0%		
AB	6	8.0%		
	75	100.0%		

A még kimutatott három féregféléssel (*hymenolepis nana*, *ascaris lumbricoides*, *anchylostomum duodenale*) oly kicsiny számban fordultak elő, hogy feldolgozásuk a statisztikai elemzés és az összehasonlíthatóság szempontjából nem biztatott elfogadható eredményekkel, ennél fogva az utóbbiakról el is tekintettünk.

Tonsilla-hypertrophiával (II. és III. fok) bíró tanulók megoszlása vércsoportok szerint. A 880 hypertrophiás tonsillát (II. és III. fok) mutató tanuló közül 812 esetben (92.3%) volt alkalmunk megállapítani a vércsoportokat, amelyek a következőképpen oszlottak meg:

A 812 tanuló közül:

O csoportbeli volt	232	28.6%		
A	353	43.5%		
B	143	17.6%		
AB	84	10.3%		
	812	100.0%		

Az itt nyert megoszlási arányok úgyszólván alig különböznek a vércsoportra vizsgált 1481 tanuló megoszlási arányszámaitól.

Adenoid-vegetációval (II. és III. fok) bíró gyermekek megoszlása vércsoportok szerint. Adenoid-vegetációban (II. és III. fok a Nadoleczny-scala szerint) szenvedő 594 tanuló közül 580-nak, 97.6%-nak sikerült megállapítanunk vércsoportját. Ezek megoszlása:

Az 580 tanuló közül:

O csoporthoz tartozott	168	28.9%		
A	247	42.6%		
B	106	18.3%		
AB	59	10.2%		
	580	100.0%		

Az adenoid-vegetációval bíró gyermekeknek vércsoportszerinti megoszlásában sem mutatkozott eltérés a vércsoportra vizsgált összes tanulók arányszámától.

Hibás fogazattal (gyökér, caries) bírók megoszlása vércsoportok szerint. Gyökér és caries összesen 1299 fogon fordult elő. Hibás fogazattal bíró tanulók közül 954 tanulón végeztünk vércsoport meghatározást. Megoszlásuk a következő:

A 954 tanuló közül:

O csoporthoz tartozott	291	30.5%		
A	398	41.7%		
B	165	17.3%		
AB	100	10.5%		
	954	100.0%		

A rossz fogazattal bírók és az összes megvizsgáltak vércsoportok szerinti megoszlása szintén megegyező.

A fentiekben tehát elsősorban a fertőző- és alkati betegségekben (syphilis, tuberculosis, rachitis, bélféreg, fogbetegségek, tonsilla-hypertrophiák, adenoid-vegetatio)

szenvedő gyermekek vércsoportok szerinti megoszlása érdekelt minket s meggyőződhattünk egyrészt arról, hogy valamelyik vércsoportozás tartozás a legkisebb mértékben sem befolyásolja a szervezetnek a fenti betegségek iránti fogékonyságát, másrészt arra sincs hatással, hogy e betegségeket csekélyebb, vagy súlyosabb mértékben szenvedik-e el bizonyos vércsoportozás tartozó betegek.

Az összes idevonatkozó vizsgálatok meglepően közös eredménye a *negativum*, ami természetesen szintén eredmény annál is inkább, mert ehhez hasonló sokoldalú vércsoport vizsgálatokat ily nagy és homogén anyagon ezidáig nem végeztek.

(Folytatjuk.)

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem II. belklinikájának közleménye (igazgató: báró Kétly László ny. r. tanár.)

Lipolysis és tuberculosis.

Irta: Kanócz Dénes dr., tanársegéd.

A *tuberculosis bacillus*, zsírokkal és lipoidokkal impregnáltan hasonlatos az olyan deszkapalánkhoz, melyet az időjárás viszonyosságai ellen kátránnyal itatnak meg. Ez a zsír és lipoidvértet minden egyéb kórokózótól megkülönbözteti, támadásában és védekezésében pedig a legfőbb erőssége. Ez ellen a vértet ellen a biológiai egyensúlya, az egészsége felett sokirányú autoregulációs mechanizmusával féltékenyen őrködő szervezetnek, a többi pathogen csíra szempontjából közömbös és különleges védőberendezést kell szembehelyeznie. Ennek a védőberendezésnek megnyilatkozását már a multban végzett egy-némely kísérletem is regisztrálta. Megállapítottam, hogy a szervezet zsírbontásában az egészséges tüdő tekintélyes részt vállal. A rajta keresztüláramló vér zsírtát átlag 30 miligramm százalékban elbontja. Ezzel szemben a tuberculotikus tüdő zsírbontásra beszűkül, az esetek nagy részében szünetel. Az egészséges tüdőből zsírbontó fermentumot állítottam elő, amely a gümöbacillusok culturáit növekedésükben gátolja, a bacillusok zsírtát lebontja és az így zsírtalanított kórokozókka lengeri malacokat massív fertőzésekkel szemben védtem meg. A tuberculotikus tüdőben lipaset nem találtam.

Hogy a lipolysis és tuberculosis correlatióját mélyebbről és szélesebb alapon tárhasam fel, ezuttal az egész szervezetet mint lipolytikus mechanizmust helyeztem kísérleteim központjába. A szervezet lipolysisének indicatorául a vér neutralis zsírtartalmát választottam. A tuberculosis viszonylagos lipolysis megmérését a vérszírtükörrel leginkább úgy véltem megvalósíthatni, hogy vizsgálat tárgyává tettem olyan constitutionalis stigmák, physiologiás állapotok és betegségek viselőit, akiket a klinikai megfigyelés mint a tuberculosis előjegyzetteket registrál, olyan kórformák viselőit, amely kórformákról a magam, vagy mások megfigyelése megállapította, hogy tuberculosis, vagy nem, vagy csak annak jóindulatú és könnyen befolyásolható alakjaival társulnak, végül pedig a tuberculosis legkülönbözőbb manifestációiban szenvedőket. Összehasonlító alapnak az egészséges szervezet zsírbontásának mértékét választottam. A mellékelt táblázat egyes csoportjainak vérszírt-

tükre 15 esetből, a tuberculosis jelölt csoporté 80 esetből számított középérték. A neutralis vérszírtmeghatározásokat, az egymásba alakulást elkerülendő, átlagos, nem terhelő CH és fehérje compónensek mellett, 3 napig, naponta testsúly kg.-ként adagolt másfél gramm zsír elfogyasztása után, a 4-ik napon reggel, éhgyomorrra ejtettem meg *Bang* jodometriás eljárása szerint. A negyedik napon a napi zsíradagot 50%-kal gyarapítottam és 12 óra után regisztráltam a szervezet lipolysisének a zsírtöbbletre, mint adaptatív ingerre bekövetkező és a vérszírtükörrel mérhető reakcióját.

Égészségesek lipolysisét a neutralis vérszírtükör 0.60 gramm %-kal jellemzi. Csökkent értékekkel, tevékenyebb lipolysisel szerepelnek az anaemia gravis, Basedow kór és struma, magasabb értékekkel, csökkent lipolysisel a pubertas, graviditás tuberculotikus stigmatizáltság, kanyaró, pertussis, diabetes és szélsőségesen a tuberculosis.

A normalis és fokozott lipolysis mellett az 50%-os zsírmegterhelés adaptatív ingere pozitív értelemben hatott, a zsírtükört 12 órán túl leszorította, viszont csökkent lipolysis mellett 12 óra után is negatív volt az adaptatio, a zsírtükör tartósan emelkedett.

I. A klinika 12 évi beteganyagának és az ezen időben boncolt eseteknek tanulmányozásával megállapítottam, hogy az anaemia gravis activ decompensált tuberculosisal egyszer sem társult. Az anaemie gravis aetiologiája felől áll a vita, keletkezésének mechanizmusa azonban kétségtelenül a fokozott haemolysis. Viszont a haemolysis és lipolysis közötti összefüggés szembeszökő. A haemolysáló képesség a lipoidokban oldhatóság függvénye; ismeretes továbbá a lecithin-hasító lipasek döntő szerepe a haemolysis mechanizmusában. *Kyes*, *Willstätter*, *Manvaring* kimutatták a cobra secretumában és az ember különböző szerveiben, így elsősorban a gyomor és bélcsatornában előforduló lipasekről, hogy azok a lecithinből zsírsavakat hasítanak le és ez utóbbiak haemolysálnak a felületen lefolyó reakciók mechanizmusa szerint.

II. Részben saját megfigyelésem, hogy a struma akár hyperfunctiósan mint Basedowstruma, akár pedig normalisfunctiós alakban fordul elő, csak egészen benignus, jól befolyásolható tuberculotikus manifestációkkal társul. *Hamburger* már 1853-ban mint axiómát állította fel, hogy struma és tuberculosis kizárják egymást. Ez a szélsőséges felfogás utóbb módosult. Azonban valamenyi szerző *Hoffler*, *Hufnagel*, *Saathoff*, *Bauer*, *Massur* és *Neumann* megegyeznek saját megfigyelésemmel abban, hogy struma és Basedow kór a tuberculosis benignitását signálják. *Neumann* gyakran látta Basedow symptomák, vagy trachealcompressio miatt végzett strumaectomiák után a latens tuberculosisoknak sajátos pneumoniákban történt kirobbanását.

III—IV. Ismeretes, hogy mindaz ami a vegetatív idegrendszer ingerküszöbét alászállítja és a vegetatív reakcióképeséget emeli, így tehát a graviditás és a pubertas is, a tuberculosisos megbetegedés szempontjából kritikus állapotnak számít.

V. *Sigud* négy embertypusa közül a respiratorikus a tuberculosis stigmatizáltja és ezt a typust tettem vizsgálataim tárgyává. Jellemzője a bázis és orrgyök közötti középső arcrcsész túlfejlettsége és a közel a crista

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	
	Anaemia gravis %-ban	Struma (Basedow) %-ban	Normalis %-ban	Pubertas %-ban	Graviditas %-ban	Tuberculosis stigmatizáltság %-ban	Kanyaró %-ban	Pertussis %-ban	Diabetes %-ban	Tbc. %-ban
3 napig, napi 1'5 gr. zsír testsúly kg.	0'48 gr.	0'44 gr.	0'60 gr.	0'86 gr.	0'88 gr.	0'82 gr.	0'87 gr.	0'84 gr.	0'88 gr.	1'08 gr.
4 nap 50% zsírmegterhelés	0'44 gr.	0'42 gr.	0'57 gr.	0'98 gr.	0'99 gr.	0'95 gr.	0'99 gr.	0'97 gr.	0'96 gr.	1'22 gr.

iliacáig érő thorax. Magánviseli a *Kretschmer* schizothym építésű emberének ismertető jeleit is. Számos, többszáz esetből szerkesztett statistika szerint minden második súlyosan tuberculotikus beteg ezt a típust képviseli. Vizsgálataim értelmében ez a típus erythrismussal kombinálva adta a legmagasabb vérsír értékeket. A vörös emberről már Hypokrates tudta, hogy a tuberculosissal disponált. Az erythrismus disponáló volt egyébként általános természeti törvénynek látszik; *Amrein* nagy anyagon gyűjtött statistikája szerint a vörösszórú tehének között a gümőkór otthonosabb, mint a másként pigmentált fajtákban.

VI.—VII. A kanyaró és pertusis tuberculosissal, különösen tüdőtuberculosissal disponáló kórformák. Régi és általánosan elfogadott megállapítás, bizonyítására nem szorul.

VIII. A disponáló diabetes a különféle statistikák szerint 15 és 50% között társul tuberculosissal. A diaetikus tuberculosissal hegeképzése visszaszorul és homloktérbe jut az exsudatio. *Fischer* bizonyító erejű kísérletei szerint is a diabeteses lipaemia a szervezet csökkenet lipolytikus erejének következménye.

IX. Míg az eddig elsorolt elváltozások átlagot szolgáltató vérsírtékei egymás közelében feküdtek, addig a tuberculosissal 80 legkülönbözőbb megnyilvánulásának vérsírtükre tág határok 0.90 és 1.35 gramm %-között váltakozott és mindenkor arányosnak bizonyult a betegség tendenciájával. Az átlagot adó értéksor bal felén állottak a hegesedő esetek vérsírtékei, így kivétel nélkül a bőrtuberculosisok értékei, jobb felől az exsudatív, rohamos progressitású manifestációk zsírtükre. A közbülső esetek is alkalmasaknak bizonyultak a tuberculosissal súlyosságának zsírtükről lemerésére. A collapsus, specifikus és conservatív therapiákkal eredményesen kezelt tuberculosisok neutralis vérsírtükre a javulással párhuzamosan alafelé tendál és a betegség inactiv, compensált állapotba jutásával a normalis szinten állapodik meg. A tuberculosist kihevert szervezet zsírmegterhelésekre, mint adaptatív ingerekre pozitív értelemben, a zsírtükről leszorításával reagál.

A tuberculosissal kórokozójának legfőbb fegyvere a zsírburka. *Vizsgálataim értelmében a vér neutralis zsírtükre és a tuberculosishajlam, illetőleg a tuberculosissal egymással párhuzamos, a szervezet lipolysise és a tuberculosishajlam, illetőleg a tuberculosissal egymással reciprok, fordítva arányos megnyilatkozások.* Már idézett kísérleteim szerint csak a nem tuberculotikus tüdőből állítható elő a bacillusok zsírcomponensét bontó, ezáltal azok pathogenitását lényegesen csökkentő és culturáik növekedését gátló lipase. A gümösen beteg tüdő ilyen irányú képességeit elveszti. Mindezekből következően feltehető, hogy a szervezet lipolytikus mechanizmusának megrokkánása részleges, esetleg kizárólagos feltétele a tuberculosissal. A lipolysis jegyében folytatott gondolatmenet azonban törést szenved; egészen bizonyos ugyanis, hogy a zsírbontó képességben legsúlyosabb ártalomnak kitett szervezet is jónéhány gramm zsírt képes elbontani. Jut tehát bőven a bontásból a tuberculosissal bacillusoknak a milligramm törtrészét kitevő zsírcomponense számára is. A gondolatmenet törését áthidalja a fermentumok relativ specificitásáról vallott ismeretünk. A hatásuk szerint csoportosított fermentumok abszolút specifikus nagy csoportjain belül, az egyes különböző eredetű tagok egymáshoz közelálló, chemiailag rokon, de mégis differens substratumokkal szemben gyakorolt eltérő intenzitású katalysist csupán a specificitás relativitásával magyarázhatjuk. A relativ specificitása fermentum substratumához affinitásában nyer kifejezést, az affinitás viszont a katalysis sebességével mérhető. Más szavakkal, a relativ specificitás annál nagyobb, min-

nél több fermentum-substratum molekula képződik az időegységben. Pl. a növényi lipasek affinitása a triglyceridek, az állatiaké az egyszerű esterek felé van eltolódva, vagy a májlipase a kis C atomszámú estereket bontja leginkább, az egyéb eredetű zsírlipasek viszont a magas C atomszámúakat. Ha szabad *Emil Fischer* classicussá vált hasonlatát a relativ specificitás demonstrálására módosítanom, úgy azt mondanám: a zárat ha kulcsát elveszítem, más hasonló szerkezetű zár kulcsával is kinyithatom, persze nem oly gyorsan, ütemesen és hozzácsiszoltan. Feltevésem értelmében a tüdőlipase relativ specificitása a tuberculosissal bacillusok zsírcomponense felé irányul, súlypontja szélsőségesen ezek felé van eltolva és a szervezet számos lipasei közül practice ez az egy van hivatva és képes a gümöbacillus zsírtükrét elbontani. Hatásintenzitása párhuzamosan lépést tart a szervezet egyéb lipaseinak működéséből additionált általános zsírbontással. A szervezet lipolizáló mechanizmusának ártalma a tüdőlipase gyors kimerüléséhez vezet és túlsúlyra jut a tuberculosissal.

Hypothesisem helyességéről úgy győződtem meg, hogy egyfelől összehasonlítólággal vizsgáltam a tüdő és a szervezet számos egyéb eredetű lipaseinak a gümö bacillusok zsírcomponensére gyakorolt hatását, másfelől ugyancsak összehasonlítólággal regisztráltam a különböző lipolytikus titerrel működő organismusok tüdőlipaseinek a bacillus zsírbontásában megnyilatkozó hatásfokát.

Pankreas, máj, gyomor, bél, vér, és tüdőlipasekkel kísérleteztem. Ezeket *Willstätter* — *Waldschmidt* — *Leitz*, *Willstätter* — *Memmen*, *Róna* és *Pétow* methodusai szerint, illetőleg a tüdőlipase esetében a *Willstätter* — *Waldschmidt* — *Leitz* pankreas-lipase előállítási methodusának adaptálásával nyertem. A lipasek hatásintenzitását lipaseegységekben állapítottam meg. Egy lipaseegység (L. E.) az a lipase mennyiség, amely egy óra alatt és 30°-on 2 és 1/2 gr. oleum olivarumnak 24%-át hasítja el. A szerves contact anyagokat intra vitam vérsírtükről mért és normalis zsírbontásúnak talált rheumás vitiumban elhalt beteg szerveiből állítottam elő. Az eredetük szerint különféle lipasek hatásintenzitásában mutatózó és L. E.-kben kifejezésre jutó különbségeket vacuumban végzett destillálással, illetőleg higitással küszöböltem ki, miáltal valamennyi általam produkált fermentum köbcentiméterenként 0.05 L. E.-t tartalmazott; ennyi volt a vitiumban elhalt szervezet tüdőlipasejének hozzáhasonlítási alapul választott hatásfoka. A lipaseknak a gümöbacillus zsírtükrével szemben megnyilatkozó affinitását háromféle methodussal mértem. Először: a hatásfokok szerint egységes, de különböző szervekből származó zsírhajtó fermentumokban gümöbacillusokat suspendáltam: 5 ccm lipaseban 1 kacsnyi bacillust, finoman eldörzsölve és rázóköszülékkel dispergálva, 24 órára thermostatba helyeztem. A zsírcomponensre kifejtett hatást a *Much* — *Weiss*-féle combinált *Ziehl* — *Nielsen* — *Gram* festéssel ellenőriztem. Ez a festési eljárás a zsírtartalmú bacillusokat ríktó pirosra, a beléjük ágyazott granulákat kékre színezi. Másodszor: a ferde tojástáplajokra frissen átoltott culturák fölé különböző lipasekat rétegeztem és regisztráltam a cultura növekedésére gyakorolt hatásukat, természetesen kontroll csövek együttes alkalmazása mellett. Harmadszor: lipasekban suspendált és ugyanazon törzsből származó, de lipasekkel érintkezésbe nem jutott bacillusok ugyanazon mennyiségével comparatív állatoltásokat végeztem.

A máj, pankreas gyomor és bél lipasek a bennük suspendált tuberculosissal bacillusok zsírtükrét érintetlenül hagyták. Bacillus culturák fölé rétegezve azok növekedését nem gátolták, a velük kezelt kórokozókkal oltott tengeri malacok 4—6 hét alatt csakúgy elpusztultak, mint a kontroll állatok.

Másképp viselkedett a vérilipase; a suspendált bacillusok zsírját részben lebontotta, a vele kezelt kórokozók mintegy harmadrészen a zsírcomponens által feltételezett Ziehl festés nem fogant meg és csupán a Gram pozitív, kékre színeződő, pálcika alakban rendeződött granulák maradtak meg belülük. A zsírbontás nyilván a legintenzívebb dispersitású, a contact anyaggal legbensőbben érintkező kórokozókra jött létre. A frissen oltott kultúrák növekedése a vérilipase réteg alatt, a controll csővekhez viszonyítva, elhúzódó volt, az állatoltások viszont a pathogenitás különbségét nem mutatták a zsíruk épségét megtartó kórokozókból futotta a letalis dosisra.

A tüdőlipase a benne suspendált gümöbacillusokat teljes egészében zsirtalanította. A lipaseval kezelt bacillusok Much-Weiss szerint festett készítményein a piros pálcikák nem voltak föllelhetők, a kórokozók, zsírcomponensük elbontatván, a Ziehl festéket, a carbol-fuchint, nem kötötték meg és csupán a bacillusba ágyazott pálcika alakban rendezett, Gram pozitív, kékre színeződő granulák váltak láthatókká. A tüdőlipaseban suspendált bacillusok tovább oltva nem fogantak meg, hasonlóképpen a nem kezelt, frissen átoltott bacillusok kultúrái sem, ha azok fölé tüdőlipaset rétegeztem. Az állatoltások a zsirtalanított csírák pathogenitásának lényeges csökkenését mutatták. A zsirtalanított bacillusokkal oltott állatok életben maradtak, az oltást követő 4–6 hét után jelöltekben csak néhány gombostűfejnyi, elszórt, productiv gümőt találtam. Az ugyanazon törzsből származó, ugyanolyan számú, de lipaseval nem érintkezett bacillusok a controll állatok pusztulását okozták.

A kísérlet értelmében a tüdőlipase súlypontja szélsőségesen a gümöbacillusok zsírcomponense felé van eltolva. Ebből a szempontból a vérilipase részleges bacilluszsírbontó képességét különösen bizonyítóerejűnek tartom. Ismeretes ugyanis, hogy a vérilipase csak jelentéktelen hányadában autochton, nagyrészt pedig a különböző kisodort szervlipasekból, elsősorban a tüdőlipaseból additionálódik. A vérilipase gümöbacillus zsírja felé affinitív componense a tüdőlipase, a részleges bacilluszsírbontás okozója.

A különböző eredetű tüdőlipasek hatásmechanizmusának mértéke.

Basedow kór: 0 059 L.E. cm ³				Diabetes: 0 043 L.E. cm ³		
Anaemia gravis: 0 06 L.E. cm ³	1 és 2-es hígítás	3-4-es hígítás	5-es hígítás	1-es hígítás	2-3-es hígítás	Graviditas: 0 042 L.E. cm ³
Tbc. bacilluszsírbontás	+	±	—	+	±	—
Tbc. bacillus kulturák növekedésének gátlása	+	±	—	+	±	—
Letalis állatoltás	—	+	+	—	+	+

Kísérleteim következő phasisa annak vizsgálása volt, vajjon a különböző lipolytikus titerrel dolgozó szervezetek tüdejének zsírbontása a vérzsír-tartalommal mért általános zsírbontással párhuzamos-e. A lipolysis mértéke szempontjából vizsgált és fentebb ismertetett kórformák közül az anaemia gravis, Basedow-kór, illetőleg diabetes és vitiummal complicált graviditásban elhaltak tüdőlipasejának bontását mértem oleum olivarumnak és ami elsősorban érdekelt bacilluszsírnak, mint substratumnak alkalmazásával. Összehasonlítási alapnak az intravitam vérzsírtükrökkel mérve normalis zsírbontásúnak talált vitiumban elhalt beteg tüdőlipasejának határfokát, köbcentiméterenként 0.05 L. E.-t tekintettem. Vizsgál-

taim szerint az általános, vérzsírtükrökkel mért zsírbontással párhuzamosan lépést tart a tüdő zsírbontása. Az olyan betegségek, melyeket a magas általános lipolytikus titer jellemez, az anaemia gravis és a Basedow-kór magasabb L. E.-kel ható tüdőlipaset produkálnak, viszont az alacsonyabb titerű elváltozások, a graviditas és a diabetes csökkent tüdő L. E.-kel hatnak. Hasonló értelemben nyilvánul meg a különböző szervezetek tüdőlipasejának a bacillus zsírja, mint substratum felé irányuló relativ specificitása. A tüdőlipase relativ specificitásának változó értékeit kimerítési kísérletekkel állapítottam meg. A normalis és ennél magasabb általános lipolytikus titerű betegségekben, nevezetesen vitiumban, anaemia gravisban és Basedow-kórba elhaltak tüdőlipaseja kétszeres hígításban teljesen lebontja a suspendált bacillusok zsírját, az átoltott kultúrák megfogamzását föléjük rétegezve meggátolja és a vele kezelt kórokozókat megfosztja a tengeri malacra gyakorolt letalis hatásuktól. Három és négyszeres hígításban a lipase háromirányú tevékenysége már csupán részleges, a csírák csak egy töredéke válik zsirtalanná, a kultúrák, a föléjük rétegzett contact anyag alatt megfogamzanak, csupán a növekedésük protrahált, a részlegesen zsirtalanított bacillusokkal végzett állatoltás letalis kimenetelű. Ötszörös hígításban a fermentum teljesen kimerül, hatástalan lesz. A normalisnál alacsonyabb titerrel lipolyzáló szervezetek, a graviditas és a diabetes tüdőlipaseja háromirányú tevékenységében kétszeres hígítás mellett is, már csupán részlegesen hat, négyszeres hígításban kimerül, hatástalan.

Összefoglalva: a szervezet neutralis vérzsírtartalmával mért általános lipolyzálóképessége és a tuberculosis, egymással fordítottan arányos, reciprok megnyilvánulások, a tüdőlipase a gümöbacillusok zsírjának relative specifikus fermentuma, és a bacillusok pathogenitását csökkenti; végül a szervezet általános zsírbontóképessége mértékével egyenesen arányos a tüdőlipase affinitív foka a tuberculosis bacillus zsírjai arányában.

Relativ specificitas; substratum: tuberculosis, bacilluszsír.

Pankreas lipase	Máj lipase	Gyomor lipase	Bél lipase	Vér lipase	Tüdő lipase
—	—	—	—	±	+

Mindez hogyan realizálható? Azon megfontolás értelmében, hogy mindazok a tényezők, amelyek a szervezet általános zsírbontóképességét emelik, növelik a tüdőlipase a bacillus zsírjának bontásában kifejezésre jutó relativ specificitását. Ily serkentő hatású a zsírtáplálás is, mint adaptatív inger. Elgondolásom szerint legcélravezetőbb a lipasek és elsősorban a tüdőlipase intravenás alkalmazása, a specifikus serkentő inger gyanánt. Ily irányú kísérleteim eredménnyel biztatók, azokról más alkalommal fogok beszámolni.

A Ferenc József Tud.-Egyetem gyermekklinikájának közleménye (igazgató: Kramár Jenő ny. rk. tanár.).

A csecsemőkori ruminatio pathológiája és terapiája.

Irták: Dobszay László dr. és Varga Tibor dr.

A ruminatio a csecsemőkorban aránylag gyakori betegség. Lényege az, hogy a csecsemő bizonyos szájmozgások kíséretében a már elfogyasztott táplálékot még egyszer, vagy ismételtén szájába hozza, s azután újból lenyeli; máskor részben, vagy egészben kiköpi. Azok a szájmozgások, melyeket eközben végez, igen változatosak

és esetenként igen különbözök. A táplálék szájbajutását legtöbbször szopáshoz hasonló mozgások vezetik be. Sok szerző ezt a phasist úgy is írja le, hogy ilyenkor a csecsemő mintegy a saját gyomrából újra kiszopja a táplálékot. Tényleg sokszor ezek a mozgások egészen pontosan megfelelnek annak a sajátságos szájúregképző áll és nyelv-mozgásoknak, amit szopáskor látunk. Azonban — „gyakorlat teszi a mestert” — a csecsemők egyrészének ilyen pontos szopásmechanizmusra már nincs is szüksége. Az ilyen öreg rumináló egy-két áll- és nyelv mozgással sokszor a táplálék nagyrészét a szájába hozza. Innen van azután, hogy a ruminatio klinikai képe esetenként annyira változó. A szájba jutott táplálékot a csecsemő forgatja, ide-oda löki, majd hosszabb-rövidebb idő múlva viszanyeli, vagy pedig a táplálék egyrésze a túltelődés, részben az erőteljes nyelvmozgások következtében kicsordul a szájszéleken. Ez utóbbi eset idő haladtával mind gyakoribbá válik, úgy, hogy egy ilyen actus jelentős táplálékvesztéssel járhat. A ruminatiót ezekből a sajátságos szájmozgásokból nem nehéz felismerni, különösen, ha az szabályosan folyik le. A betegágnál jól megfigyelhető, hogy a ruminatio a csecsemőre subjective nem kellemetlen, sőt néha határozottan felismerhető, hogy élvezi azt. Ha pedig megakadályozzuk benne, a csecsemő nyugtalanná válik, sír addig, míg szándéka nem sikerül. *Végeredményben tehát már a klinikai megfigyelésből is látszik, hogy itt a hányástól merőben eltérő akaratlagos működésről van szó, melynek kiváltásában a csecsemőre nézve kellemes momentum viszi a főszerepet.*

Hogy azonban pontosabban milyen neurologiai és pszichológiai tényezők játszanak itt közre, hogy a ruminatio milyen mechanizmussal folyik le, arról még sokat vitatkoznak. Az irodalomban talált esetek száma aránylag nem sok. Ezek egyrésze is pontosabb vizsgálatok nélkül csupán a kórtörténetek ismertetésére szorítkozik. Sok köztük az enyhe, muló lefolyású eset, amelyet a gyakorlatban sokat látunk. Ezek megfigyelése meglehetősen eltérővé teszi a felfogásokat a pathogenesis, de különösen a therapia tekintetében, mely utóbbi pedig a valódi súlyos ruminatio esetében nehéz, sokszor alig megoldható feladat.

Nekünk 9 ruminatiót sikerült észlelnünk*) kiknek betegsége oly súlyos volt, hogy egyrészük csak a legnagyobb erőfeszítéssel volt életben tartható, hármat pedig ennek ellenére is elvesztettünk. Ezekben a komoly, prognostikailag sokszor kilátástalan esetekben a ruminatio rendkívül makacs, a táplálékvesztés pedig oly nagyfokú, hogy a csecsemő a szó szoros értelmében éhez. Rendszeres méréseink szerint a táplálékvesztés a 40—60, sőt végső esetben 100%-ot is elérheti. Ennek következtében azután a csecsemő a legsúlyosabb sorvadás, decompositio állapotába juthat, s minthogy a ruminatio feltartóztatathatatlannal tovább folyik, végül is halálhoz vezet.

A ruminatio azonban akkor is komoly figyelmet érdemel, ha nem ilyen súlyos, egyszerűen azért, mert kétségessé teszi a táplálás vezetését. Ez pedig egy csökkent tolerantiájú csecsemőn, ahol akár 5—10 gr-os eltéréseken múlik a táplálás sikere, végzetes következményekkel járhat. Ilyen kilátások mellett érthető, hogy adott esetben különös érdeklődéssel kutatjuk a betegség pathogenesist és keressük ezen keresztül a gyógyítás lehetőségét.

Egyik sokat vitatott felfogás a ruminatio okát a nyelőcső-gyomortractus functionalis eltéréseiben keresi. Egyesek a nyelőcső primaer antiperistaltikus tevékenységét tételezik fel, mások a gyomor túlérzékenysége miatt

kórosan fokozott peristolés és antiperistaltikus mozgásokra gondolnak, melyek a táplálék rythmikus kiürítését eredményeznék. Ismét mások éppen ellenkezőleg leg atoniás tényezőkről beszélnek s a főszerepet a táplálék gyomorbéli pangásának tulajdonítják. Valamennyi magyarázatot közös nevezőre hozza az a felfogás, hogy mindenben a *primaer szerepet* az említett szervek (oesophagus, gyomor) *functionalis* zavara viszi, míg az észlelhető szájmozgások csak ennek következményei. Ez a functionalis zavar szerintük a feltételes reflexek módjára fejlődik ki s így az egész betegség *Lust* pregnans fogalmazásában *egy pathológiás feltételes reflex alapján kifejlődő nekrosisként fogható fel.*

Mi ezt a kérdést különösen alapos vizsgálat tárgyává óhajtottuk tenni. Erre a célra a röntgenvizsgálat igen alkalmasnak látszott, melyet ezideig csak *Bischoff*, *Stern* és *Bertheim—Karrer* vettek igénybe. Vizsgálataink az említett motilitas-neurosis primaer szerepét nem tudták igazolni. Mi mindenekelőtt a rumináló csecsemők nyelőcsővének s gyomrának az alapfunktioit igyekeztünk megfigyelni. Ezek szerint az ilyen csecsemők nyelőactusa kifogástalan, abnormis levegőnyelés — melynek egyes szerzők, mint *Yllpö* is nagy jelentőséget tulajdonítanak — nincs. A gyomor telődési contractiós viszonyai normalisak. A normalis tonusú gyomor a táplálékot consistentiájának megfelelő típus szerint jól körülfogja. A gyomor ürülése nem jellegzetes, a csecsemők egyrészen késik, másokon, akik pedig ép ilyen súlyosan ruminálnak, normalis az ürülés. Döntő eredményt vártunk azoktól a röntgenvizsgálatoktól, amelyeket maga a ruminatio actusa alatt végeztünk.

Köztudomású, hogy a rumináló csecsemőt a külső ingerek meglehetősen könnyen eltérítik, így a röntgenvizsgálat komoly nehézségekbe ütközik. Emellett álló, vagy ülőhelyzetben legtöbbször egyáltalában nem ruminál. Innen van azután, hogy az eddigi vizsgálatok kénytelenek voltak a vízszintes fekvőhelyzetet választani, ami a vizsgálat megbízhatóságát nagyon rontja. Mi ezen a nehézségen úgy segítettünk, hogy egyrészt a csecsemőt rendszeresen szoktattuk a röntgenvizsgálatokhoz, másrészt az egész trochoskopot 45°-os szögbe állítottuk s így a vizsgálat fekvő, de mégis contrastosabb képet adó helyzetben folyt le.

Ilymódon sikerült a ruminatiót több ízben röntgenernyő alatt alaposan megfigyelni és lefotografálni. Azt a pillanatot igyekeztünk megrögzíteni, amikor a táplálék a nyelőcsőben emelkedni kezd. Szerencsés véletlen következtében a vizsgált csecsemőkön sikerült is. Nagyon jól látszott ezeken a felvételeken is, hogy a gyomron a ruminatio közben csak anynyi alakulás mutatkozik, hogy az a cardia irányában kissé megnyúlik, ami valószínűleg a cardia kinyílásának a következménye. Az utómérés azonban azt igazolja, hogy a gyomor átmérői eközben nem változnak. Ilyenformán a gyomor peristaltikus összehúzódásáról ez esetben nem lehet szó.

Az egész folyamatot átvilágító ernyő alatt is megfigyeltük. Ez következőképen ment végbe: a ruminatiót a már említett áll- és nyelvmozgások vezetik be, amikor egyszerre a cardia megnyílik és a tartalom rohamosan emelkedni kezd anélkül, hogy ugyanakkor a gyomron, az előbbemlített megnyúláson kívül contractio, vagy antiperistaltica volna észlelhető. Ez az emelkedés nem egyenletes: a szájmozgásoknak megfelelően emelkedik és sülyed, miközben a nyelőcső megfelelő kitágulása és összehúzódása mutatkozik. Hogy az a tágulás passiv-e, vagy a nyelőcső antiperistaltikus tevékenységéről van-e szó, azt teljes biztonsággal nem tudjuk eldönteni, mi azonban az előbbi látjuk valószínűbbnek.

*) Részben még a pécsi gyermekklinikán.

A röntgenvizsgálat tehát azt mutatja, hogy a ruminációhoz a gyomor és a nyelőcső activ működése nem feltétlenül szükséges. Létrejöhet ez úgy is, hogy a szájmozgások eredményeképpen a nyelőcső és a gyomor működése nélkül jut a felszínre a táplálék, talán szívóhatás révén, vagy éppen ellenkezőleg úgy, hogy a csecsemő levegő lepréselésével nyomja ki a táplálékot. Az utóbbi mellett szól az, hogy a ruminatio folyamán a légőhólyag növekedését észleltük. Hogy e két mechanizmus közül melyik játszik szerepet, azt biztosan nem tudjuk megmondani, annyi bizonyosnak látszik, hogy a szájmozgásoknak activ szerepük van. Nem akarjuk azt mondani ezzel, hogy a ruminatio minden csecsemőn és mindenkor így folyik le. Vannak bizonyára csecsemők, különösen a kezdők, akik a szájmozgások nehezen érvényesülő hatását a hasprés, sőt talán reflectorikusan kiváltódó gyomorcontractioval is támogatják, vannak azonban bizonyára olyanok is — mint az említett két eset is — ahol erre semmi szükség nincs. Lényeg az, hogy megfigyelésünk szerint az *actus primum movense nem a nyelőcső, vagy a gyomor zavarában, hanem a szájjában van*. Ez egyúttal azt is jelenti, hogy mi a ruminatiót semmiképp sem tartjuk vegetatív funkciónak, hanem akaratlagos működésnek. Felfogásunk Gött felfogásával egyezik, aki a ruminatiót egy a gyomorbéltractus functionalis gyengeségén felépülő kellemes érzéssel járó és a kellemes érzés céljából akaratlagosan fixált pathológiás reakciónak tartja. Lényegileg eltérünk azonban tőle is abban, hogy mi az említett functionalis gyengeségben csak az esetleges támogató tényező és nem az elengedhetetlen feltétel szerepét látjuk.

Megfigyeléseink amellett szólnak, hogy az akaratlagos tevékenység indítóoka sokszor az *ízérzésben keresendő*, néha azonban azt kell hinnünk, hogy maga a *mozgás lényege* szolgáltatja az impulsust, olyan formában, mint ahogy azt a cucizásnál, nyelvöltögetésnél, fejgörgetésnél és egyéb stereotípiáknál látjuk.

A ruminatio létrejöttében az akarat szerepének felismerése a gyakorlat és pedig a kezelés szempontjából fontos. Ez ugyanis nyilvánvalóvá teszi, hogy olyan kezelés, mely ezt a betegséget a vegetatív idegrendszer útján akarja befolyásolni, hiábavaló.

Mi a betegeinken csaknem minden eljárást kipróbáltunk, amit a ruminatio kezelésére ajánlottak. A psychicus kezelés, a kezek lekötése, a helyzetváltoztatás, Siebert-féle balon kezelés, Riehn-féle állbandage, sondán át táplálás csak egyes esetekben és csak átmenetileg vált be. Biztosan csak egy módszerre számíthatunk és ez az, hogy a csecsemőt állandóan és különleges felügyelet alá helyezzük. Ilymódon természetesen a rumináló csecsemő intézetben is igen nagy tehertétellel válik, mint az a csecsemő is, aki mellé több hónapon át egy külön nővér voltunk kénytelenek adni, aki a táplálási időnek megfelelően reggel 6-tól este 10-ig a csecsemő mellett ült, s minden ruminálási kísérletet meg-hiusított. E beteg azonban más módon nem volt életben tartható. A felügyelet bevezetése óta viszont szemmel láthatóan javul, s ma már a biztos gyógyulás útján halad.

A ruminatio diéta kezelésében eddig a legjobb eredményt a pépes táplálástól láttuk, vagyis, ha olyan táplálékot adunk, melyet a csecsemő *nem tud* kiruminálni. Ezek legtöbbször lisztfélékkel, vagy burgonyopürével besűrítéssel készülnek. A pépes diéta a ruminatiót legtöbbször azonnal megszünteti. Egy nagy hibája azonban az, hogy az ilyen pépet csak egyébként jó toleranciájú csecsemők s ezek is csak rövidebb időn át bírják el nagyobb mennyiségben. Ez a körülmény indított arra, hogy pépes táplálék formájában egy olyan összetételt hozzunk létre, mely tapasztalás szerint normal tápláléknak is jól beválik. Ilyen alkalmas correlatio mutatkozik a Moro-féle

vajliszttejestejkeverék Heim-féle módosításban, mely normal tápláléknak, de hypotroph, athrophias és hasmenésre hajlamos betegeken is jól alkalmazható. Arra törekedtünk, hogy ezt a correlatiót teljes mértékben megtartva csupán a consistentiát változtassuk meg.

A tápszer készítési módja a következő:

A Moro-féle vajliszt-teljestejkeverék arányának megfelelően 5% vajból és 3% lisztből rántást készítünk. Majd a felforralt és 40 C°-ra lehűtött tejet tejsavval a szokásos módon coaguláljuk (5%-os tejsavból 5:100) s az így nyert túrót filterpapíron, vagy finom szűrőn elkülönítjük, gyors tűzön a rántásba egyenletesen elkeverjük. A coagulatio hőfokára ügyelnünk kell, mert ez az optimalis hőfok, mely mellett különleges finom és simán elkeverhető túró nyerhető. A hiányzó tejeukrot átlag 4%-nyi mennyiségben tápcukorral pótoljuk (a táplálék egyenletes consistentiája érdekében helyes, ha már feloldva keverjük bele).

A concentrált táplálék mellett — mint ismeretes, — az exsiccatio veszélye miatt különös figyelmet kell fordítanunk a csecsemő folyadék-szükségletének fedezésére. Ez azonban a rumináló csecsemőn nem mindig egyszerű feladat. Ha ugyanis a csecsemőt a sűrű táplálék felvétele után teáztatjuk, ezzel célt tévesztünk, amennyiben nagyobb mennyiségű tea bevitel esetén azt is kiruminálja. Hátránya ennek még az is, hogy ilyenkor a teával együtt (a gyomrában felhígult) táplálékból jelentős mennyiséget is veszíthet. Megfigyelésünk szerint ez a nehézség legtöbbször elhárítható úgy, hogy a szükséges folyadékmennyiséget igen apró adagokra elosztva olyan időben adjuk amikor a gyomor már üres, vagy a kiürítés stádiumában van. Ugy látszik, hogy a teát — ha nem közvetlenül a táplálás után itatjuk, — általában nem ruminálják. Ügyelnünk kell azonban arra, is, hogy az utolsó teáztatás és a legközelebbi táplálékfelvétel között nagyobb idő (általában 1 óra) teljen el. Ilymódon elkerülhető, hogy a tea-maradék a következő concentrált táplálékot felhígítsa. Ha a ruminatio ilyen kis folyadékmennyiségek mellett is folytatódna, s a visszamérés arról győző meg bennünket, hogy jelentős folyadékhiány áll fenn, akkor annak pótlására csepegő csőre útján, vagy parenteralis úton kell gondoskodnunk.

A túróspép ismertetett előállításával egy egyenletes és igen összeálló pépet kapunk, melyet a csecsemők (szükség szerint teával bizonyos mértékig hígítva) könnyen és igen jó étvágyal fogyasztanak. Ez a tápszer a ruminatiót a többi pépek módjára igen jól befolyásolja. Egyedül ezen a táplálékon, ha egyébként az általános indiciationak megfelelő, a csecsemők hosszú ideig tarthatók s az, mint több betegünkön láttuk, kitűnő fejlődést biztosít. Ezek a csecsemők rendkívül intensíven rumináltak s állandó nagymennyiségű táplálékot veszítettek el, mi nek következtében rohamosan fogytak. A túróspép beállítására a ruminatio egy csapásra megszűnt és súlygörbéjük meredeken emelkedni kezdett. Mindegyik egy hónapnál tovább fogyasztotta ezt a táplálékot, közülük kettő minimalis főzelék hozzátáplálásával csak ezt. Az ilyen hosszú pépkúra eredménye a hizáson és az általános feljavuláson kívül az, hogy ezalatt a csecsemő mintegy elfelejti a ruminatiót, s a folyékony táplálékra viztatérés után sem ruminál.

Sajnos, ezek a rumináló csecsemők sokszor már olyan decomponált állapotban kerülnek kezelésre, hogy mester-séges táplálékon egyáltalán nem tarthatók. Ilyenkor néha beválik lefejt anyatejnek darával besűrítése. Sokszor azonban már ezt sem bírják. Ilyenkor azután nem marad más hátra, mint a már említett mechanikus eljárásokhoz, vagy az állandó felügyelet bevezetéséhez folyamodni.

Ezekben az esetekben volna leginkább szükség valami olyan eljárás, mellyel magát a ruminatio impulsusát kikapcsolhatnánk. Ezt célozná pl. az Eckstein-féle „Dauerschlaf“ kezelés is, mely azon megfigyelésen alapszik, hogy a ruminálás alvás közben rendszerint szünetel. Eckstein tehát különböző narkotikákkal állandóan altatja a csecsemőket. Chronikus betegségről lévén azonban szó, tapasztalatunk szerint még a narkotikák gyakori változtatása mellett is hihetetlen adagokra van szükség, hogy a ruminatio felfüggesztéséhez szükséges alvás mélységét biztosítsuk. Bizonyos idő után úgyszólván egyáltalán nem altathatók, így pl. a mi eseteink közül 3 csecsemő napi 20–40 ctgr. luminál mellett alig szundikált és közben intensiven ruminált. Az ízérzés impulsusát akarták kikapcsolni azok, akik a táplálékhoz különböző kellemetlen ízű anyagokat keverték. Ezzel azonban egyáltalán nem jutunk célhoz, ha ugyanis ezek íze nem elég átütő, akkor a ruminatio egyáltalán nem változtat, ha pedig tényleg kellemetlen, akkor egyáltalán meg sem eszik, vagy kihányják.

Az utóbbi időben egy ilyenfajta eljárással magunk is kísérleteztünk, mely abból állt, hogy a táplálékfelvétel után a csecsemő száj és garat-nyálkahártyáinak egész felületét anesthesinnek 3%-os glicerines suspensiójával ecseteltük be. Ez teljesen érzéstelenséget okozva, elgondolásunk szerint az *izimpulsusokat* van hivatva kikapcsolni. Így a primum movens kiküszöbölésével az akaratlagos mozgások kiváltódását akadályozza meg. Ezt az eljárást eddig 3 súlyos rumináló csecsemőn próbáltuk s köztük kettőn ez az egyszerű és kényelmes methodus a ruminatio azonnali és tartós megszűnését eredményezte. Ebben a kísérletben egyuttal bizonyítékát kaptuk annak a felfogásunknak, hogy legalább is a ruminatio *egyrésznél* kiváltásában az *ízérzésnek* döntő szerepe van.

Összefoglalás.

1. 9 igen intensiven rumináló csecsemőt figyeltünk meg, köztük 4-en a ruminatio rendkívül súlyos decompositióhoz vezetett annyira, hogy 3 nem is volt életben tartható. A többi 5-öt is igen megviselte. Ezek szerint a ruminatiót sokszor igen súlyos prognosistól betegségeknek kell tartanunk.

2. A pathogenesist illetőleg klinikai megfigyeléseink és röntgen vizsgálataink amellel szólnak, hogy itt egy kellemes érzés céljából létrejött akaratlagos folyamattal állunk szemben, melyhez a gyomorbeltractus functionális állapota részéről semmi különösebb dispositio nem szükséges. Eseteink egyrészében határozottan kimutatható volt, hogy a ruminatio kiváltásában az *ízérzésnek* nagy szerepe van.

3. Ezeken a betegeken csaknem minden therapiás eljárást kipróbáltunk, amit a ruminatio kezelésére ajánlottak. Legeredményesebbnek az állandó felügyelet és a pépes táplálékot (túrópép) találtuk. Két betegen anaesthesin szájcsetelés segítségével — az izimpulsusok kikapcsolása útján — is sikerült gyógyulást elérni.

Irodalom: Brünning-Schwalbe: Pathologie u. path. Anatomie Kindes Bd. I/2 (Tobler-Bessau: 773. o.), — Czerny: Des Kindes Ernährung u. Ernährungsstörungen II—416. — Finkelstein: Lehrb. d. Säuglingsk.h.t. 689. — Yllpö: Zeitschr. f. Kk. XXXII—34. — Lust: Zeitschr. f. Kk. X—316. — Gött: Zeitschr. f. K. XVI—117. — Bertheim-Karrer: Zeitschr. f. Kk. XXXII—34. — Stern: Jahrd. f. Kk. XCIII—341. — Bischoff: Zeitschr. f. K. XXXVIII—528. — Siegert: Monatschr. f. K. XXIX—631. — Mommer: Monatschr. f. K. XXXIII—395. — Riehn: Monatschr. f. K. XXII—351. — Mayerhofer: Therap. Monatshefte XXVI—262. Epstein: Jahrb. f. K. XCIII—360. — Rogatz: Zeitschr. f. Kk. XXXVIII—1.

A Ferenc József Tud.-Egyetem bőr és nemikórtani klinikájának közleménye (igazgató: Poór Ferenc ny. r. tanár.)

Sensibilisatiós kísérletek a bőrön.

Irta: Sipos Károly dr.

A sensibilisatio mint allergiás folyamat reagin jelenlétéhez kötött. Mikor az allergen valamely szervezetben reagin képződést indít meg, ugyanakkor megindítja a sensibilisatiós folyamatot is. Túlérzékenység létrehozására mesterséges úton leginkább többszörös allergen behatására van szükség. Legkönnyebben sikerül ez élőlényekkel, emberi és állati vérsavókkal, fehérjékkel, tejjel. Könnyen létrehozható a depot injectiós módszer segítségével (Lehner, Rajka), más anyagokkal szemben is, így tuberkulin. luetin, trichophyton kivonat stb. Az anyagok egy más részével az u. n. chemiailag jól definiált anyagokkal (morphin, atropin stb.) jóval nehezebb a sensibilisatio. E kérdést Landsteiner oldotta meg. Neki sikerült atoxyllal állatot sensibilisálni, ha az atoxylt serummal, tehát erős sensibilisatorral együttesen alkalmazta. Azokat az anyagokat, melyek a sensibilisatiót így elősegítik kísérő anyagoknak (Schlepper-Substanz), azokat pedig, melyek erre támaszkodva a sensibilisatiót kiváltják haptennek nevezi.

Mi kísérleteinkben — melyeket Landsteiner módszere szerint chemiailag jól definiált anyagokkal végeztünk, — a kísérő anyagok szerepét vizsgáltuk és pedig elsősorban a normalis és túlérzékeny vérsavók közti különbségre voltunk tekintettel. Kiindulási pontul az a feltevés szolgált, mely szerint a passiv átvitel a sensibilisatiohoz hasonló folyamat. Egyesek a sensibilisatio bizonyos fájának tekintik. Nathan pedig azt tapasztalta, — amit kísérleteink közben mi is észleltünk, — hogy passiv átviteli kísérletekben a túlérzékeny savó egyszeri injectiója után egyes egyének 9 nap mulva az injectio helyén fellépő gyulladásos reactióval felelnek, amit szintén a sensibilisatio bizonyos fájának kell tekintenünk. Miután pedig más kísérleteinkben úgy találtuk, hogy passiv átvitelre nem egyformán alkalmas minden egyén, érdekel bíz egyrészt annak megállapítása, hogy különböző egyének mily mértékben sensibilisálhatók, másrészt pedig, hogy mily különbség fedezhető fel sensibilisáló hatás tekintetében normalis és túlérzékeny vérsavók között. Ezek megvizsgálására állítottuk be kísérleteinket, melyeket háromféle vérsavóval végeztünk. Az egyik salvarsan túlérzékeny vérsavó volt, mellyel passiv átvitt több esetben tudtunk sikerrel végezni. Másik két kísérletünket oly egyének vérsavójával végeztük, melyek közül egyikre az előbb említett passiv átvitel sikerrel járt, a másik pedig ugyane passiv átvitelekre semmiféle reactiót nem adott. Controll gyanánt a már jól kipróbált sensibilisatorokat, cholesterin 1% vizes emulsióját (Richter.) és szőlőcukor 0.1%-os vizes oldatát használtuk. A sensibilisatiót minden kísérletünkben morphinnal végeztük, még pedig azzal a megfontolással, hogy ezáltal elkerüljük a különböző chemiai szerek hatásakor könnyen fellépő kisebb különbségek zavaró hatását. A kísérlet menete minden csoportban a következő volt: a kísérő anyag + morphin keverékéből 0.1 ccm-t adtunk másodnaponként minden egyes egyén bal alkarjának hajlító oldalába intracutan. A sensibilisatio beálltakor különböző anyagokkal történt intracutan injectiókkal vizsgáltuk annak specificitását, távolabbi helyeken adott ugyan olyan injectiókkal pedig annak fokát. Positívnak vettük, ha az injectio után 24 óra mulva fellépő hyperaemia és duzzanat legalább 4–5 mm. nagyságú volt.

A következő táblázat a helyi sensibilisatio beálltát tünteti fel, még pedig úgy, hogy az egyes kezelési napok

rovatába irt számok, az azon napon sensibilissé vált egyének számát jelenti.

Sensibilizálásra használt keverék	Kezelési napok									Megjegyzés
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
0.1% cholesterin + Morphin. 5 egyéne					1	1	2			Egy esetben nem sikerült
1% szőlőcukor oldat + Morphin. 5 egyéne				1		1	1			Két esetben nem sikerült
Salv. túlerz. vérsavó + Morphin. 6 egyéne			2	3	1					
Normalis, átvitelre jól reagáló savó + Morphin. 4 egyéne				1	2	1				
Normalis átvitelre nem reagáló savó + Morphin. 5 egyéne				1	1	2				Egy esetben nem sikerült

A sensibilizatio általánossá válása a táblázatban nincs feltüntetve. Ismeretes dolog, hogy a sensibilizatio általánossá válása nem követi szabályszerűleg a helyi sensibilizatiót. Ezt a tényt kísérleteinkkel mi is megerősíthetjük. Legszabályosabban és leghamarabb jelentkezett az általános sensibilizatio túlerzékes vérsavókkal kezeltékben, hol a 7. kezelési napon minden egyéne általános sensibilizatiót értünk el. Két másik vérsavóval kezeltékben három eset kivételével szintén sikerrel járt, de már valamivel később értük el, 8—9. kezelési napon. Cholesterinnel kezelték közül mindössze 2 egyéne, szőlőcukorral kezeltékben pedig egy egyéne sikerült elérnünk általános sensibilizatiót. Ezek is csak későn a 12—13. kezelési napon jelentkeztek.

A sensibilizatio beállta után folytatott további kísérleteink arra irányultak, hogy megvizsgáljuk, mennyiben specifikusak ezek a reakciók a kiváltott anyaggal szemben. Ismeretes dolog, hogy túlerzékesységi folyamatok legnagyobb részén a túlerzékesységi alap kiszélesedik, (Bloch), vagyis nemcsak a túlerzékesységet kiváltó anyaggal, hanem más szerekekkel, vagy behatásokkal szemben is fokozottabb reakciót mutat. Ez épen úgy fennáll a spontan keletkezett, mint a művileg előidézett sensibilizációs folyamatokban. A vérsavókkal végzett sensibilizatio alkalmával erős reakciót kaptunk, ha akár a vérsavót, akár a morphint alkalmazzuk egyedül. Itt tehát a sensibilizatio mindkét anyaggal szemben fennállott. Egye esetekben a vérsavó, más esetekben inkább a morphin iránti túlerzékesység lépett előtérbe. Rendszeresen végig vizsgáltuk más chemiai szerrel is a túlerzékesységet. Így pl. 18 eset közül atropinnal szemben 7, tejjel szemben 4, coffeinnal szemben 4, quarzfénnel szemben 2 esetben találtunk erősebben reagáló egyéneket. Cholesterinnel és szőlőcukorral sensibilizált egyéneken kb. ugyanezt találtuk azzal a különbséggel, hogy egy-két esetben az atropin iránti érzékenység még magával a sensibilizáló szerrel, a morphinnal szembeni érzékenységet is meghaladta. Az a tapasztalatunk, hogy túlerzékesységi folyamatokban jelentkező több szer iránti túlerzékesység között összefüggést, szabályszerűséget felfedezni nem lehet. Egyik egyéne egyik, másik egyéne másik szerrel szemben áll fenn.

Közvetlen az injectiók után fellépő urticás gyulladásban nyilvánuló reakciók a sensibilizatio elbírálásakor mit sem számítanak. Ezek nem specifikus jelenségek, melyek gyulladás okozó anyagok bőrbevitelkor bármikor felléphetnek és lefolyásukban bizonyos szabályszerűséget mutatnak, még pedig ugyanazon helybe adva a 2—3 injectió fokozódnak, azután pedig csökkennek. (Török.). Feltűnő, hogy kísérleteinkben ezek a reakciók

a túlerzékesysé savóval kezeltékben jóval erősebb mértékben jelentkeztek. Ugyanilyen különbségeket vettünk észre a sensibilizatióra jellemző késői reakciók összehasonlításakor is. Itt is a túlerzékesysé savóval kezelt egyének reakciója volt a legkifejezettebb, átlag 7—9 mm., míg a másik két savó középnagy reakciói átmenetet képeztek a cholesterin és szőlőcukor legkisebb 4—5 mm-t alig meghaladó reakcióhoz. Ez a különbség észrevehető volt, nemcsak a helyi, hanem a távolabbi helyeken (pl. másik oldali végtag) történt injectiók után fellépett reakciókban is.

A mesterségesen előidézett sensibilizációs folyamat általában jóval enyhébb, mint a spontan keletkezett. Ritkaság számba megy góc, vagy általános tünetek fellépése. Mi egy esetben sem láttunk ily reakciókat fellépni. Ellenben figyelemreméltó tüneteket tapasztaltunk a salvarsan túlerzékesysé savóval kezeltékben. Ezek ugyanis mind luesben szenvedő egyének voltak, kik közül 3 a sensibilizatio idejében antilueses kúrát folytatott. A sensibilizatio beállta után kapott salvarsan injectiók sem általános, sem góci reakciót nem okoztak, kivéve egy esetet, ahol szintén általános tünetek nélkül a salvarsan injectiót követő napon a sensibilizatio területén a gyulladás erősbödött és kb. 50 fillérnyi nagyságú oedemás hyperaemiás gócban nyilvánult. Salvarsannal végzett functionalis bőrpróba kisfokban és csak a sensibilizált hely közelében positiv. A reactio 2 nap alatt fokozatosan visszafejlődött. Egy hét múlva kapott újabb salvarsan injectiókor már sokkal kisebb mértékben jelentkezett. Ez esetben tehát túlerzékesység salvarsannal, vagyis azon szerrel szemben is fellépett, mely iránt a sensibilizatiohoz használt vérsavó eredetileg is túlerzékesysé volt. (Tudomásom szerint hasanló észlelés az előző irodalomban nincs.). Fel kell azonban említenünk, hogy ez esetben sensibilizatióra inkább hajlamos szervezettel volt dolgunk, amit az a tény is bizonyít, hogy nála az érzékenység több anyaggal szemben fennállott (atropin, tej, quarz.)

Kísérleteink megkezdésekor feltett kérdésekre kapott feleleteket röviden a következőkben foglalhatjuk össze: A sensibilizatiohoz kísérő anyagnak használt szereink közül a legjobbnak a vérsavót kell tekintenünk. Itt is különösen a túlerzékesysé vérsavót kell kiemelnünk. A cholesterin és a szőlőcukor oldat ezeknél jóval gyengébb. Azonban a sensibilizatio létrejöttében fontos szereppel bír a sensibilizálódó szervezet is. Ennek következménye az, hogy teljesen azonos körülmények között végzett kísérletekben egyik egyén jól sensibilizálható, míg ugyanakkor a másikon a sensibilizatio nem sikerül. Valószínűnek látszik, hogy itt ugyanazok a folyamatok játszanak közre, melyek a passiv átviteli kísérletekben a reactio kialakulását gátolják. A sensibilizatio nem mondható tisztán specifikus folyamatnak, vele egyidejűleg sok esetben más anyagokkal, vagy behatásokkal szemben túlerzékesység jelentkezik, a bőr gyulladásos készsége növekszik. A túlerzékesysé vérsavó nemcsak a vele együttesen adagolt anyaggal szemben sensibilizál, hanem bizonyos esetekben azzal a szerrel szemben is, mely iránt a kísérő anyagnak használt vérsavó túlerzékesysége fennállott.

Irodalom: Biberstein és Oschinsky: Arch. f. Dermat. 142. k. 353. o. — Doerr: Arch. f. Dermat. 150. k. 509 o. — Doerr: u. o. 151. k. 70. o. — Frei: Klin. Wschr. 1928. 539. o. — Lehner és Rajka: Gyógyászat. 1929. 661. o. — Lehner és Rajka: Krankheitsforsch. V. k. 1. sz. — Müller: Derm. Zschr. 61. k. 241. o. — Nathan: u. o. 59. k. 367. o. — Nathan és Grundmann: o. u. 60. k. 127. o. — Sipos: O. H. 1932. — Tezner: Ref. Zentralbl. 32. k. 689. o. — Török és Léhner: Krankheitsforsch. 1. k. 5. sz.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem, I. női klinikájának közleménye (igazgató: Frigyesi József ny. r. tanár).

Kísérletek a thrombosis röntgen-gyógyításával.

Irta: Gajzágó Jenő dr. tanársegéd.

A röntgensugár lobellenes hatását Menge és Eymer ismerték fel. Utánuk a szakemberek egész sora foglalkozott e kérdéssel, akik között különösen Van de Velde, Holzknecht és Holfelder neveit kell említenünk. Heidenhain és Fried 27 különféle gyulladásos megbetegedésben alkalmazta sikerrel a röntgenezést. Ez az inditációs terület ujabban még jobban kibővült, amennyiben a Halban a thrombophlebitis kezelését is bevezette a röntgentherapiába. Az ő kezdeti sikerei (összesen 17 esetről számol be) arra ösztönöztek bennünket, hogy igyekezzünk hozzájárulni a kérdés megoldásához.

Összesen 12 thrombophlebitist röntgeneztünk. Technikánk a következő volt. 190 kilovolt csúcsfeszültség mellett 5 milliampere terheléssel dolgoztunk és a sugárzás $\frac{1}{2}$ millimeter zinkkel és $\frac{1}{2}$ millimeter alumíniummal szűrtük. 30 centimeter volt a fokus — bőr távolságunk. Több nagy mézből végeztük a besugárzást. Az egyes mezők bőrét terhelő adag 50—200 r. között mozgott. Igyekeztünk individualizálni aszerint, hogy a felületes, vagy a mély vénák betegedtek-e meg, mert az volt a célunk, hogy a gócdosisunk lehetőleg egyforma legyen. Alkalmazott sugáradagunk körülbelül megegyezik az irodalomban közölt lobellenes adaggal. Halban a H. E. D. 15%-ával kezelte betegeit, Baer dolgozatában 8—12%-ot említ, Haudek 4%-ot, Wagner, Heidenhain és Fried 10—20%-ot, Zweifel 20%-ot Holfelder 70—150 r-et javasol.

Az első mezőben a betegoldali parametriumot és inguinális tájékat vettük be azon elgondolás alapján, hogy a thrombosis születés után tulajdonképpen az uterus falában, műtét után pedig a műtési területen kezdődik és fokozatosan halad a parametriumokon át a nagyobb medencebeli vénákba, innen pedig az alsó végtagba. A második mezőt a comb felső része alkotta, majd a többi mezővel fokozatosan haladtunk lefelé egészen a bokáig, miáltal az egész beteg alsó végtagot egyenletesen sikerült besugározni. A besugárzást szükség esetén megisméltük. Mivel eljárásunk során a betegoldali parametriumot is besugároztuk, joggal felmerülhet az a kérdés, hogy vajon nem ártottunk-e az ovariumnak és ezzel karöltve a beteg ezután születendő utódainak? Az idevonatkozó, számunkra hozzáférhető irodalomban sehol sem olvastunk bebizonyított ártalomról, sőt ellenkezőleg sokan tapasztalataik alapján egyenesen tagadásba veszik és azt állítják, hogy ilyen kismennyiségű röntgensugár, mint amennyit a gyulladások kezelésekor alkalmaztunk, semmi esetre sincsen az ovariumra káros befolyással. Véleményük nekünk is elfogadhatónak látszik, bár elismerjük, hogy a röntgensugár biológiai hatásáról még igen keveset tudunk. A lobellenes hatás mibenlétét nem ismerjük. Vannak akik azt hiszik, hogy sugárzás a bakteriumokat megöli, vagy legalább ártalmukra van. Igen nagy, élő emberre le nem adható sugáradaggal értek is el bizonyos szaporodást gátló hatást, míg mások teljesen negatív eredménnyel zárták laboratoriumi kísérleteiket. Állatkísérletekkel is többen próbálkoztak: Mühasam negatív, Lortet, Genaud pedig pozitív eredménnyel. Klövekorn friss staphylococcus és coli culturáinak 120 H. E. D. nem ártott, míg az egy hónapos culturák ilyen óriási adagra elpusztultak. Hidaka élő ember bőrénél 1 cm²-ét sugározta igen nagy adagokkal. A besugárzott bőrt kimetszette és a bőrön tapadó bakteriumokat tovább tenyésztette, s tapasztalásai szerint a besugárzás nem csök-

kentette a bakteriumok életképességét. Amint az említett példákban látható, a kísérleti eredmények nem egyöntetűek. Annyit azonban következtethetünk belőlük, hogy az a kis mennyiségű röntgensugár, amit az élő ember bőre ártalom nélkül elbír, bizonyára nem árt a bakteriumoknak sem, a lobellenes hatást tehát másban kell keresnünk, nevezetesen a beteg szervezetében. A röntgensugár a szervezetben Flaskamp szerint meleggé változik át, a meleg kitágítja az erek falát és így helyi vérbőséget okoz. Szerintünk ez az elmélet valószínűtlen, mert a sugár energiája kevés ahhoz, hogy számottevő felmelegedés állhasson be. Heidenhain és Fried eseteik $\frac{2}{3}$ részében a vér baktericid erejének megnövekedését látták besugárzás után. Vogt szerint a lobellenes besugárzás egyrészt helyileg hat, másrészt általánosan. A helyi hatás részben magát a szervet éri, részben annak vérellátási viszonyait változtatja meg. Az általános hatás pedig fehérvérsejtek szétesése révén protoplasma-aktivitáson alapszik.

Besugárzás után élénk figyelemmel kísérve betegeinket, azt tapasztaltuk, hogy néhány órán belül felemelkedett hőmérsékletük, másnapra azonban leszállott a besugárzás előtti fokra, mire a közérzet javult, a fájdalom csökkent. A gyógyulás további folyamata attól függött, hogy milyen fokú volt a megbetegedés.

Anyagunkat ebből a szempontból 3 csoportra osztottuk. Az első csoportba a felületes vénák thrombophlebitisét sorozzuk. Ide 4 betegünk került. Háromnak a bal, egynek a jobb végtagja betegedett meg. A felületes vénák thrombophlebitisének megfelelően a klinikai lefolyás is könnyű volt. Duzzanat, fájdalom volt, lázat azonban nem észleltünk, csak hőemelkedéseket és a pulsus ferequentiája sem emelkedett 100 fölé. Nem is tartott a gyógyulási folyamat sokáig; a betegek a besugárzást követően olyan jól érezték magukat, hogy közülük egy a harmadik napon, egy pedig a negyedikén saját felelősségére eltávozott. A másik kettőt az embolia veszélye miatt még egy hétig fektettük és a kilencedik, illetve a tizedik napon bocsájtottuk el.

Második csoportunkat 5 beteg alkotta. Ezekben a megbetegedés az alsó végtag mély vénáiban játszódott le, mégpedig 4 asszonynak a bal, egynek a jobb oldalán kifejezett láz és lényeges pulsus-szaporulat kíséretében. Az inguinális mirigyek tapinthatók, érzékenyek voltak, az alsó végtag megduzzadt, az ujj-benyomatot megtartotta, fájdalmas volt, felette a bőr fénylőnek, feszesnek mutatkozott, szóval súlyosabb thrombophlebitis összes klinikai tüneteit fellelhetjük rajtuk. Ennek megfelelően a besugárzási reactio is kifejezettebb volt. Majdnem kivétel nélkül magasra szökött a besugárzás után a hőmérsékletük, sőt egy esetben rázó hideggel kapcsolatosan 40.3° C-t mérünk. Feltűnő volt, hogy másnapra a súlyos megbetegedések esetében is javult a közérzet, csökkent a fájdalom, de a hőmérséklet csak napok múltán szállott le és a duzzanatot is csak később engedett intenzitásából. Ennek megfelelően a teljes gyógyulás elhúzódott. Egy betegünket a besugárzás után 15., egyet a 17., kettőt a 20., egyet a 21. napon bocsájtottuk haza.

Harmadik csoportunkat azokból az esetekből alkottuk, ahol mindkét alsó végtag megbetegedett. Három ilyen betegről számolhatunk be. Az egyiknek a jobb alsó végtagján kezdődött a folyamat. A besugárzás után 8 nap múlva azonban a bal láb is megbetegedett. Mindezek ellenére azonban elég könnyű lefolyású volt a betegség, mert az asszony az első besugárzást követő 21. napon gyógyultan távozott. A másik betegünkön baloldalon kezdődött a thrombosis és 7 nap múlva terjedt át a jobbra. Ez már súlyos megbetegedés volt, hosszabb ideig tartott; a 33. napon bocsájtottuk haza. Legsúlyosabb volt a harmadik esetünk, a baloldali betegség besugárzás

után 12 nap múlva átment a jobboldalra. Az újabb besugárzás után 11 napra pedig ismét fellángolt a baloldali folyamat, ami még egy besugárzást tett szükségessé. A gyógyulási folyamat összesen 53 napig tartott. Egy betegünk sem halt meg.

Eléggi ki nem próbált kísérletről lévén szó, nem hanyagoltuk el természetesen régebbi jól bevált gyógy-eljárásainkat sem, hanem a röntgenezéssel kombinálva alkalmaztuk őket.

Végleges eredményt újabb eljárásunkról eseteink kis száma miatt még nem mondhatunk. Feltűnő volt a besugárzás rögtöni fájdalomcsillapító hatása. A gyógyulási időt is sikerült megrövidítenünk, mert a trombophlebitis tüneti kezdetétől az elbocsátásig számított átlagos gyógytartam eseteinkben alig tesz ki 20 napot.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Uj vizsgálati módszerek az ideggyógyászatban és azok diagnosztikus jelentősége. *Hans Hoff* (Wiener Klin. Woch. 2. sz.)

Bizonyos kóros állás és tartásreflexek jelentőségéről számol be a szerző. Kisagyi kóros folyamatokban, — különösen kisagy-hidszöglet tumorok esetén — gyakran fordul elő, hogy a fej a kisagyi laesio oldala felé hajlik, vagy fordul. Thalamus vagy corpus callosum tumor esetén a fej erős hátrahajlása észlelhető. *Wartenberg* is leír a peripheriás facialis hűdés maradványaként fennmaradó tünetet, amely abból áll, hogy a szem behunyásakor egészséges embereken észlelhető szemhéjremegés kimarad, ha azon a területen facialis hűdés állott be.

Kisagysérülések esetén a beteg gyakran a laesiónak megfelelő oldalon fekszik és ezt a helyzetet alváskor is felveszi annak ellenére, hogy megbetegedése előtt az ellenkező oldalon aludt. Hasonló helyzetváltoztatás figyelhető meg vestibularis laesiókban. A szerző és *Schilder* egyik vagy mindkét kisujj abductió tartását figyelték meg cerebellum laesiók esetében. Végül a szerző *Benedek* koponyokopogtatási értékeire vonatkozóan azt állítja, hogy azokkal a felületesen fekvő tumorok könnyen kimutathatók.

Kalapos Imre dr.

A constitutiós thrombopathia, egy új kórkép. *A. Willebrand és E. Jürgens*. (Klin. Wschr. 1933. 11. sz.)

A szerzők constitutionalis thrombopathia néven egy új kórképet írnak le, mely öröklődik, familiaris megjelenésű és főleg a család női tagjait támadja meg. A betegség fő klinikai tünete a kóros vérzékenység, mely elsősorban orrvérzésben, bőr- és nyálkahártyavérzésekben nyilvánul. A vérzések nem ritkán csillapíthatatlanok és halálhoz vezetnek. A vérkép secundaer jellegű anaemiától eltekintve teljesen negatív; a thrombocyták száma nem fogyott meg és pathológiás alakok sem találhatók, de a vérzési idő erősen megnyúlt. A kórkép tehát lényegesen különbözik a Glanzmann leírta „hereditásos thrombastheniá”-tól, melyben a vérzési idő normalis és a kóros vérzékenységet a retractio hiányos volta okozza.

Czoniczner dr.

Vérkép morphinelvonás alatt. *Sioli és Rinkel*. (D. Med. Wschr. 1933. 9. sz.)

A morphinisták elvonási ideje alatt az első hét végétől eosinophilia jelenik meg, ami kb. 30—40 napon át tart és 8—10%-ot szokott elérni. Szabályszerűen észlelhető még az elvonó kezelés végén lymphocytosis is. Az elvonó kezelés első szakában a neutrophilek és lymphocyták nem viselkednek szabályszerűen, de normalisan sem. Vagy lymphopenia van neutrophiliával, vagy ellenkezőleg neutropenia lymphocytosisal. A monocyták kisebbfokú megszorodása állandó tünet szokott lenni.

Kleiner György dr.

Sebészet.

Kirschner csontékes csontkító eljárásának értékelése. *Prof. Loeffler*, (Der Chirurg. 1933. 3. sz.)

A prothesis technika fejlődése a csontkítási eljárást is átalakította, mert olyan csontot kell teremteni, amelyik a reá alkalmazandó művégtagnak legjobban megfelel, ettől csak

oly esetben szabad eltekintünk, ha a csontkító eljárás életmentő műtét. *Werth* volt az, aki sémáiban a végtagokon amputációs vonalakat tüntet fel, amelyek azt magyarázzák, hogy melyek a jó, kevésbé jó és a használhatatlan csontok. Számos tapasztalat azt mutatja, hogy a diaphysiscsontok a jók. Csonkfájdalmat a szerző szerint a bőr, ideg és csont okozhatja. A jó csontkítási eljárás e fájdalmakat eliminálja ugyan, de a művégtag részére alkalmas támpontot a diaphysiscsont *Blencke*, *Erlacker*, *Kirschner* és a szerző szerint is csak akkor nyújt, ha a velőüreget gondosan elzárjuk. A velőüreget fedő csontleány könnyen elcsuszhat, ami a jó eredményt természetesen veszélyezteti s ezért *Kirschner* 1920-ban a velőüreg eldugaszolásának rendszerét dolgozta ki. A csontok lefűrészeléséig a csontoló műtét classicusan folyik, majd az a tibiának, illetve fibulának leeső csontdarabjából a megmaradó velőüreg vastagságának megfelelő szélességű kúp alakú csontot metszünk ki s e kúpot a megmaradó velőüregbe bekapaljuk, utána a csontot a beleillesztett ékkel egyetemben újra simára fűrészeltük.

E technikailag egyszerű megoldás a csontot és a velőt megóvjaa az infectiótól (nincs csontos osteomyelitis!), eltolódás lehetetlen a terhelés következtében a velőüregben nyomás ingadozás nem lép fel. A csont a művégtag hordására a legalkalmasabb. Mindezek alapján a *Kirschner*-féle ostaplastikus csontkolást a szerző legmelegebben ajánlja.

Puky Pál dr.

A Böhler-féle csonttöréskezeléssel szerzett tapasztalatok 1000 eset kapcsán. *Kaspar*. (Bruns Beitr. 157. 3.)

A nürnbergi sebészeti klinikán 3 év alatt 1114 csonttörést kezeltek *Böhler* elvei szerint. A *Böhler* utasítása szerinti helyi érzéstelenítéssel, a haematomába befecskendett 20 ccm. 2%-os novocain oldat hatásával nagyon meg voltak elégedve. Ennek az érzéstelenítő eljárásnak nagy előnyei közismertek, a fájdalomtanság helyes technika esetén tökéletes. Alkattörésekkor célszerű a *Kulenkampf*-féle, calcaneus és tibia törésekkor a lumbalanaesthesia alkalmazása. Három évvel ezelőtt még *Böhler* is az azonnali repositót ajánlotta. Azóta ők is, *Böhler* is elláttak ettől a követelményektől. Sok esetben ugyanis, amikor beigazítás után gipszkötés szükséges volt, a végtag eleinte duzzadása később eltűnt, úgy hogy gyakran fel kellett vágni, esetleg újabb pontosabb gipszkötést felhelyezni a végtagra. Azért célszerűbb az első hét végéig várni. A *Lewer*-féle rugalmas pólyázásnál jobban bevált náluk ezen várakozási idő alatt a végtag magasrapolcolása és jégtömlő alkalmazása. Luxatióval szövődött csonttörések és olyan esetek, ahol edény vagy idegsérülés mutatható ki, és olyanok, melyek gipszkötés nélkül látandók el, természetesen rögtön beigazítandók. A repositio úgy történik, hogy a periferiás törésvéget nyújtás és elennyújtás mellett abba az irányba hozzuk, amelyikben a centralis törésvég fekszik. Ahol kézi erő nem elégséges, a *Böhler*-féle csavarrúzóapparátus kitűnő szolgálatot teljesít. Segítségével a húzás tartama alatt zavartalanul begipszelhetjük a végtagot. Ők majdnem kizárólag drótxtensiót alkalmaznak szög helyett, amely néha infectióhoz vezet. A *Böhler*-féle technika az ideális funkcióra fekteti a legnagyobb súlyt. Legtöbb esetben ezt a célt igen pontosan felhelyezett párnázatlan gipszkötéssel tudjuk csak elérni. A *Böhler*-féle eredeti eljárástól eltérőleg minden komplikált törésüknél mellőzték a gipszkötést, amely ha még oly nagy ablakot hagytak is rajta, nem engedi meg a végtag kontrollálását s esetleges infectio megfigyelését. A *Böhler*-féle elv szerinti kezelésre felhozták, hogy az a csonttörések kezelésében hanyatlást jelent. Ők kitarának a *Böhler* methodus mellett, kedvező tapasztalatuk alapján és a functionalis eredményeket illetően határozottan haladásnak tekintik.

Marx József dr.

Szülészet.

Menstruatio, terhesség és szülés uterus arcuatus eseteiben. *H. Dvorsak*. (Arch. f. Gyn. 1932. 149.)

Egy összeállítást közöl a méh fejlődési rendellenességeiről. Először is utal arra, hogy ezek a fejlődési rendellenességek sokkal gyakoribbak, mint általában diagnosztizáljuk őket. Felismerhetők tapintásra a fundus szélessége s annak nyeregyszerű bemélyedése folytán. A morphologiai elváltozásokkal szorosan együttjár a méh függelékeinek a zavara. Esetei kapcsán azt észlelte, hogy a menses általában egy-két évvel később jelentkezik, a vérzések rendetlenül lépnek fel, részben erősebbek voltak. Valószínűleg ezek az erősebb vérzések a méhür megnagyobbodásával, az uterus arcuatus izomzatának kisebb összehúzódóképességével függenek össze. Súlyos következményekkel járhatnak ezek a fejlődési rendellenessé-

gek a terhesség alatt, mert a méhür kiszélesedése folytán igen könnyen ferde vagy harántfekvés fejlődhet ki. Igen sokszor ez okozza a habitualis harántfekvést. Primiparán minden ilyen ferde, vagy harántfekvés gyanús egyúttal a szőbanforgó fejlődési rendellenességre. *Dvorsak* 50 esetében 12-szer volt harántfekvés, kétszer ferde fekvés, egyszer farfekvés, egyszer arctartás, egyszer hátsó koponyafekvés, 33 esetben rendes koponyafekvés. Uterus arcuatus eseteiben gyakori a terhesség korai megszakadása, a sokszor rosszul ki-képződött decidua következtében. Eseteiben is 32%-ban volt koraszülés. Zavarok lépnek fel a szülés alatt; az uterus arcuatus izomzatának gyengesége folytán gyakran primaer vagy secundaer fájásgyengeség lép fel, úgy, hogy csaknem valamennyi ilyen szülés esetében a szülés tartama meghosszabbodott. Súlyos zavarok léphetnek fel a szülés harmadik szakában; a lepény lassabban válik le, vérzés állhat fenn, ami szükségessé teheti a lepény kézzel történő leválasztását. További veszély az atonia részéről állhat fenn, amire az uterus arcuatus különösen hajlamos. Ez eseteiben 20%-ban fordult elő. Mindezekből *Dvorsak* azt a következtetést vonja le, hogy az uterus arcuatus sokkal súlyosabb szövödmény, mint azt általában feltételezik.

Székács Sándor dr.

A női adnexumok luetikus gyulladásairól. *F. Piesslinger*. (Zbl. f. Gyn. 1933. 4.6)

Arra hívja fel a figyelmet, hogy a minden kezeléssel dacoló adnexgyulladások esetén gondolni kell mindig a lueses eredet lehetőségére is, mert ez sokkal gyakrabban fordul elő, mintsem gondolnánk. Azért úgy az anamnesisben, valamint a vizsgálatkor ez irányban a legalaposabban ki kell terjeszkedni. 37 éves orvosi működése alatt számos esetben talált ilyen látszólag makacs adnexgyulladást, melyek aztán lueses eredetűeknek bizonyultak s jódnatriumra (0.50 gr. pro die) rövidesen teljesen meggyógyultak.

Oláh József dr.

Gyermekgyógyászat.

Adatok a gégediphtheria klinikájához. *Wiethe*. (Zschr. f. Khk. 54. k. 2. f.)

Szerző laryngoszkopias vizsgálatokat végzett croupus tüneteket mutató gyermekeken. Vizsgálatai alapján megállapítja, hogy gégediphtheria is kezdődhet csupán subglottikus duzzanatokkal, melyekhez csak 1–3 nap múlva csatlakozik a lepedék, másrészt pseudocroupban is lehet finom, fátyolszerű lepedék.

König Gyula dr.

Kardialis eredetű hörgszűkületek és tüdőatektasiák a gyermekkorban. *Lauenstein*. (Zschr. f. Khk. 54. k. 2. f.)

A bal főbronchus a bal pitvar felett vonul el, elülről az arteria pulmonalis, hátulról az aorta keresztezi. Helyzeténél fogva a környező képletek térfogatnövekedése kapcsán, azon a helyen — hol mind a három képlet nyomása alatt áll — tehát bal oldalt az V. háti csigolyának megfelelőleg, könnyen jöhet szűkület létre. A szűkület sokszor nem okoz klinikai tüneteket, máskor a szűkületnek megfelelőleg hörglégzés, esetleg atelektasia, a mediastinum balra húzódása, magas rekeszállás, atelektasiás területen pneumonia, hörgtágulatok, máskor ventilzerű szűkületek folytán emphysema jöhet létre. Felnötteken ezek a jelenségek kellő méltatásban részesülnek, gyermekeken szerző hívja fel először a figyelmet ezekre a szűkületekre 2 esete kapcsán. Mindkét esetben a bal pitvar tágulata állott fenn és ez idézte elő a bal bronchus szűkületét. Az első esetben a pneumonia tüneteit csak bal oldalt hátul az V. csigolya magasságában kimutatható hörgi légzés s a szapora légvét utánozta, emellett a röntgenlelet negatív volt. A második esetben az atelektasia folytán a fenti tünetekhez hőemelkedés, kopogtatási eltérés és pozitív röntgenlelet is járult. A szív kellő kezelésére, a tünetek gyorsan és tartósan javultak.

König Gyula dr.

Adatok a scarlatserum hatásosságának kérdéséhez. *Maria Hauf*. (Arch. f. Khk. 96. k. 4. f.)

A kórházban észlelt 248 beteg közül 124-et serummal kezeltek, 124-et pedig nem oltottak. Az összehasonlítás eredménye azt mutatta, hogy az oltottakon complicatiók 1–2%-al nagyobb számban fordultak elő. Ugyanezt észlelte a betegség lefolyását illetően, amennyiben középsúlyos és súlyos esetek az oltottak között nagyobb számban fordultak elő. Ezt azonban a vizsgált esetek száma, valamint a csekély %-os különbség miatt nem értékeli, de megállapítja, hogy a scarlat-streptococcusserumnak semmi befolyása nincs a

scarlat complicatiós szakára, sem a betegség lefolyásának súlyosságára. Mégis a serum használatát a betegség kezdetén, ha csak alig jelzett toxikus tünetek is vannak, hasznosnak tartja, mert a betegség elnyomása, az initialis toxikus jelenségek megrövidítése scarlatban már nagy eredményt jelent.

Dóra Sándor dr.

Gégészet.

A rhinitis vasomotorica kezelése az alsó orrkagyló nyálkahártyájába adott physiologiás oldattal. *Drennowa*. (Arch. f. Ohren-Nasen u. Kehlkopfheilk. 130.)

A „pseudorhinitis” csoportjába a náthának 5 alakja sorolható: a jod-nátha, az ideges jellegű hydrorrhoea nasalis, a vasomotoros és asthmaticus rhinitis s a szénanátha. A vegetativ-idegrendszer egyensúlyának megzavarása következtében beálló rhinitisek kezelésére a legkülönbözőbb módokat ajánlották (cseppek, kenőcsök, caustica, injectio, kagyló resectio stb.) Az eredmények elégtelensége újabb kezelési módok ajánlatát tette érthetővé (intranasalis chinin és salvarsan injectio, calcium, urotropin, morphinum és veronal adagolás). Az orrkagyló nyálkahártyájába befecskendett folyadék a nyálkahártya zsugorítása következtében a kagyló volumenének jelentékeny csökkenését idézik elő. Szerző — a hatás kipróbálása végett — több rhinitis vasomotoricában szenvedő betegen az alsó orrkagyló nyálkahártyájába, a szövetekre közömbös, physiologiás konyhasó-oldatot fecskendezte be, record-fecskendőre illesztett, hosszú vékony tüvel, előzetes (cocain-tonogen (10%) érzéstelenítés után. A beteget az injectióhoz lefektetten; a beszűrást többnyire az elülső kagylóvégbé tette 10–20 ccm-t fecskendezett be. Javulás esetén a beteget elbocsájtotta, ha pedig sem subjectiv, sem objectiv hatást nem látott, a további kezelést abbahagyta. Tülszerűen betegen némely esetben kellemetlen reactio lépett fel, az injectio után (borzongás, láz, fejfájás, szédülés), ezen jelenségek azonban 3–24 óra múlva megszűntek.

5 hónap alatt 60 esetben végezte a kezelést; a betegek életkora 10–43 évig terjedt. Injectio után, az összes betegen az orrlégzés csakhamar helyreállt a kagyló duzzanat lepadt. Ellenőrző szöveti vizsgálattal a kagyló nyálkahártya sklerosisát állapította meg, amit a folyadék mechanikus hatásán kívül talán a Na-ionok is elősegítenek, az elektrolitos-dissociatio biochemiai törvényeinek megfelelően.

Ajánlja e kezelési módot a rhinitis vasomotorica gyógyítására.

Csillag Sándor dr.

Szemészet.

A glaukosan-iontophoresis. *A. van Heuven*. (Arch. f. Augenhk. 1932. dec.)

Az úgynevezett links-glaukosan (az adrenalin balra forgató vegyülete) cseppek használata iritishez társuló secundaer glaukomában indicált. Minthogy e therapia nem közömbös, mert a becseppentés után erős pupilla tágulás és localis izgalom keletkezik intenzív fájdalommal, szerző iontophoresis útján alkalmazta e vegyületet nagyon jó eredménnyel. Egy esetben primaer glaukomában is megkísérelte az eljárást, amikor is egyedül pilocarpin cseppekkel nem tudta normalizálni a szemfeszülést; így a pilocarpinon kívül hónapokig alkalmazott kis mennyiségű glaukosan iontophoresist és a tensio teljesen normalis lett. A technikára vonatkozólag megjegyzi, hogy a legajánlatosabb 1 milliampere áramerősség 1 percig 1/500 glaukosan oldattal.

Weinstein Pál dr.

A szem sublimatétetése. *Hans Schmelzer* (Klinische Monatsbl. f. Aug. 1933. 90. k. febr. füz.)

Súlyos sublimatétetést volt alkalma megfigyelni. Esetében az orvos tévedéséből calomet helyett sublimatot szőrt a szembe. A sérülés után két nappal már összenövés keletkeztek. Ebben a stadiumban *Denig* plastikát végzett. Az áttütemt szájnyálkahártyalebeny jól tapadt és három héttel a sérülés után a szem jól mozgott, összenövés nem volt. A symplepharon és a leukomaképződés valószínűleg a korán elvégzett *Denig* műtét következtében maradt el. Ennek bizonyítására állatkísérleteket végzett. 7 házinyúlra figyelte meg a sublimatétetés hatását. Az étetett szem minden esetben tönkrement, emellett a váladékban eosinophiliát (85%) talált. Betegén az eosinophiliát nem vizsgálta, így ebből a szempontból összehasonlítást nem tudott végezni.

Illés Péter dr.

Bőrgyógyászat.

Szükséges-e lueses anyák seronegativ csecsemőit specifikus kúraban részesíteni. *L. Abner*, (Arch. f. Derm. u. Syph. 167. k. 2. f.).

A tünetmentes és seronegativ újszülöttek kezelését illetően eltérnek a vélemények. Az orvosok egy része minden esetben elvégzi az antilueses kúrát a csecsemőn, ha az anya lueses, mások bizonyos esetben eltekintenek a kúrától s végül vannak, akik csak bizonyos diagnosztizált esetben kezelnek.

A szerző 133 syphilitis anyja gyermekét vizsgálta, 92, tünetmentes és seronegativ volt, kik közül hét az első hónap elteltével seropositívra vált. A 92 anya közül 34-nek a vére az előzetes kezelések folytán negativ volt. Positiv serologiai reakciót mutató anyák közül tehát végeredményben 58-nak volt seronegativ csecsemője, akiknek a vére a 18 hónapos kontroll idő alatt is negativ maradt, anélkül, hogy bármilyen kezelésben részesültek volna. A csecsemők vérére az első félévben minden 4 hétben, a harmadik életévig minden 3. hónapban megvizsgálta.

A szerző által észlelt 58 biztosan syphilitis anyja gyermekeinek 88%-a tünetmentes és seronegativ maradt, úgy, hogy indokoltnak tartja azt az álláspontot, hogy csak bizonyosan diagnosztizált és positiv serologiai reakciót mutató csecsemőkön, vezessük be az antisiphilitikus kúrát s ne nyomjuk rá az újszülöttele a syphilis bélyegét egy indokolatlanul megkezdett kúrával.

Thoroczky Miklós dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Nemzetközi egészségügyi évkönyv. (Annuaire Sanitaire International.) VI. kötet. 1932.

Az előtűnk fekvő vastos, 1100 oldalra terjedő kötet a népszövetség egészségügyi szervezetének kiadványa, amely 34 európai és európa kívüli (amerikai, ázsiai és ausztráliai) állam monographiai és egészségügyi állapotát ismerteti statisztikai táblázatok alakjában és tanulságos szöveg kíséretében. A jelenlegi VI. kötet az 1929. évről vonatkozik.

Az adatokat az egyes államok egészségügyi kormányzata szolgáltatja a népszövetségnek és azok oly módon vannak összeválogatva, hogy az illető országok demographiai és egészségügyi viszonyairól lehetőleg teljes képet nyújtsanak. Megkönnyíti a keresést és az összehasonlítást az, hogy a táblázatok összeállítása a népszövetség által megállapított egységes rendszer szerint történik minden államra vonatkozólag.

A főbb csoportok a következők: általános demographia (az ország területe és népessége az utolsó népszámlálás napján, a népesség eloszlása kor és nem szerint, népmozgalom); születési statisztika (élve és halva szülöttek, törvényes és törvénytelen szülések, azok eloszlása hónapoként stb.); általános halálozási statisztika (nemek, kor és évszakok szerint); halálokok statisztikája (fertőző betegségek okozta mortalitás és morbiditás, tbc. halálozás nemek szerint, daganatok, gyermekágyi láz és az egyes megbetegedések által okozott halálesetek stb.). Külön táblázatban találjuk meg a csecsemőhalálzásra vonatkozó adatokat kor, nem, évszakok és halál-okok szerint. A további táblázatok felvilágosítást nyújtanak az illető államok azon praeventív, szociálhygiene intézményéről, amelyek a népbetegségek, a tuberculosis, venereás betegségek alkoholizmus elleni küzdelem, az anya- és csecsemővédelem stb. szolgáltatásban állnak, majd a kórházakról, a társadalombiztosító intézetekről, valamint az egészségügyi személyzetről (orvosok, gyógyszerészek, bábák). Megtaláljuk az egészségügyi törvényalkotás terén történt haladásokat és végül az egészségügyi közigazgatás költségvetését.

Ennek az értékes gyűjtő munkának fejlődését mutatja, hogy évről-évre több ország adatait találjuk meg benne: a IV. kötetben még csak 29-ét, a mostani VI.-ban már 34-ét.

A kötet egy külön fejezete az iparegészségügyről szól, ismertetőn 6 nagy ipari állam (Németország, Olaszország, Anglia, Belgium, Hollandia és a Szovjet köztársaság) munkásvédelmi törvényeit, rendeleteit és intézményeit, valamint az ipari munkások egészségügyi statisztikáját.

Az évkönyv befejező része beszámol a népszövetség egészségügyi bizottságának az 1931–32. évben végzett sokoldalú és nagyarányú munkásságáról.

A tartalom ezen rövid ismertetéséből is látható, hogy a népszövetség egészségügyi évkönyve a maga nemében egyedülálló forrásmunka, mely nélkülözhetetlen mindenki számára,

aki a föld népességének egészségügyi szervezetéről, intézményeiről és állapotairól általánosan tájékozódni, vagy esetről-esetre adatokat szerezni kíván.

Fenyvessy Béla prof.

Der Bandschaden des Kniegelenks. *K. Gebhardt*. (Johann Ambrosius Barth, Lipcse, kiadása. 55. o., 21 ábra és 1 táblázat. Ára: 4.50 márka.)

A könyv beosztása, alapossága és új gondolatai magukon viselik annak a beállítottságnak bélyegét, mellyel a Lexer iskola az izületek pathomechanismusával és sebészetével foglalkozik. 1000-nél több térdizületi sérülés (rándulás, meniscus és szalagszakadás) részben többéves megfigyelése és ellenőrzése adják meg a könyv tudományos alapját, kikerekítve az izületi külső és belső szalagrendszer nemcsak bonctani, hanem működési viszonyainak összefoglalásával. Különösen értékes része a könyvnek az, mely a sérülések után működésükben elégtelen izületek erősítő tornagyakorlataival és egyéb utókezelésével foglalkozik, megmutatva azt az utat, mely a sérült izületek fokozatos munkaképességéhez vezet. Az operatív beavatkozások javallatainak szigorú mérlegelése a nagy anyag mellett is aránylag ritkán adja kezünkbe a kést és ilyenkor is az oldalszallagok kímélésére és az eltávolított porc darab szabadátültetéses pótlására fektetik a fősúlyt. Külön fejezetben foglalkozik a térd-sérülések késői következményeivel, kerek munkát nyújtva így az olvasónak de különösen a sportorvosoknak.

Horváth Boldizsár dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület május 12-i ülése.

III. Előadássorozat a műtéli fájdalom csillapításáról.

Szabó J.: (Mult ülésről elmaradt felkért hozzászólás.) Kifejti a helyi érzéstelenítésnek kimagasló előnyeit a száj- és álkapocs-sebészetben, utal arra, hogy a narkosis ezzel szemben valóságos veszedelmet jelentett a chirurgia ez ágában: magasra szöktette a mortalitást (*Diefenbach, Franz König, Krönlein* statisztikái); a trigeminus egyes törzságainak helyi érzéstelenítését átfutva, a nervus maxillarisnak a foramen rotundum előtt történő érzéstelenítési módjai közül azt az utat, mely a canalis pterygopalatinuson át vezet és melyet *Hoffer* 1922-ben, de újabban többen is ajánlanak, aggályosnak tartja, nemcsak azért, mert az út a szájon át vezet, de azért is, mert ilyenkor a tüvel cm-eken át a futó erek és idegek mellett kell azokkal parallel haladnunk.

Részletesebben foglalkozik a fogorvos mindennapos gyakorlatában hasznosítható helyi érzéstelenítő methodusokkal: az infiltrációs, a diffúziós és a trigeminus egyes ágainak vezetési érzéstelenítésével, kiemeli a szorgos indicatio állítást és annak eminens fontosságát, hangoztatja, hogy az injectiós tú amilyen áldásos lehet a szenvedő emberiségre a fogorvos kezében, annyira gyilkos szerszám is lehet.

Grósz E.: Felhívja az Orvosegyesület figyelmét arra a tényre, hogy a helybeli érzéstelenítést szemorvos vezette be és pedig *Carl Koller* bécsi szemész a cocainnal végzett kísérleteivel. Sőt ő már az injectiót is ajánlotta. A szem classikus terrenuma az experimentálásnak is és a cocain valamennyi pótszerének értékét éppen a szem állapotjának meg. A szemészeti felszínes érzéstelenítés souverain gyógyszere a cocain. Pótszerai közül legjobban bevált a pantocain, amely főként a glaukomás szemek tonometriájában értékes, mert nem tágtítja a pupillát. Subconjunctivalis konyhasóinjection 1%-os cocainnal együtt használatos. A szeműreg vezetési, illetve infiltrációs érzéstelenítésére 2%-os novocain-adrenalin oldatot használ az enucleáláskor *Liebermann* módszere szerint. Nagyon fontos az injectiós folyadék megbízhatósága. Utóbbi időben a hályog operálásakor retrobulbaris injectiót végeznek, miáltal a hályog tokos extractiója tért nyert. Szemhéj, könnytömlő, szemizom műtéteket ugyancsak helybeli érzéstelenítéssel végeznek, úgyhogy az általános bódítás végzésére évek óta nem nyílik alkalom, aminek egyben hátránya, hogy a tanszéki segédszemélyzet az általános bódítás technikáját nem sajátítja el.

Matolay Gy.: *Lumbalis és sacralis anaesthesia*. (Egész terjedelmében az Orvosképzésben jelenik meg.)

Klímkó D.: *Intravenás és rectalis narkosis*. Az intravenás narkosisnak két csoportját különbözteti meg. Az első csoportba a nagy folyadékmennyiséggel járó és teljes mély narkosis kivételre alkalmas szerek, a második csoportba a kevés folyadékmennyiséggel járó és basznarkosisra használt

szerek tartoznak. A csoportok jellemzése után megállapítja, hogy az intravenás narkosis visszafejlődést jelent. A csoportokba tartozó szerek elterjedtsége nem nagy és a narkosis alatt, valamint a narkosis után igen sok complicatio támad.

A rectalis aether- és avertinnarkosist ismerteti. A különböző felszívódási, kiürülési, méregtelenítési és adagolási folyamatok tárgyalása kapcsán leszögezi, hogy a rectalis narkosis kormányozhatósága bizonyítatlan alapokon nyugszik és olyan specialis veszélyekkel kell számolni, amelyek nem érnek fel a rectalis módszer előnyeivel.

Az inhalációs narkosis fölötté áll minden egyéb methodusnak és az intravenás, valamint a rectalis narkosis terén végzett kísérletek kapcsán az ideális érzéstelenítőt, vagy eljárást nem találták meg.

Verebely T.: Bevezető előadásának pótlásaként álláspontját a javaslatok felállításában részletezi s egyúttal az általános áttekintés szemszögéből az elhangzott előadásokra reflectál. A legnagyobb mértékben elismeri, hogy a narkosis művészet, de ugyanezt hangsúlyozza a helyi érzéstelenítésre is, amely a gyakorlatlan kezében a veszélyek sorozatát rejti magában. Különböző szakmák statistikáit szembeállítani a fájdalomcsillapítás szempontjából nem lehet, mert az igények a test különböző tájékain a beidegzés bonctani viszonyai szerint különbözőek; mások az alsó, mint a felső hasban, mások az alsó, mint a felső végtagon. A ma használatos helyi érzéstelenítő és altató eljárásokat kivétel nélkül kombinált basis-eljárásoknak tekintjük, amelyeknek besorozása a narkosis, vagy a helyi érzéstelenítés csoportjába egyéni. Mindkét részből felállított statistikákat számhalmazoknak tartja, amelyek egymással összevetve adják azt az igazságot, hogy mindkét eljárás kitűnő, mert elsődleges halálozása nincs. A helyi érzéstelenítésnek nagy előnye ma, hogy a régi mammuteljárások helyett a comprimált egyszerűbb helyi eljárásokra tértek át. A helyi érzéstelenítésben nekrososokat csak az esetben látott, ha a seb egyúttal fertőzve is volt. Bár elismeri, hogy a szövetek vitalitása a szöveteknek fertőzés elleni védekezőképessége átitatásos érzéstelenítésben csökken.

Részletes javallatok szempontjából az individualisatio híve, amiben az alkat különlegességét, a betegség súlyosságát és a műtét mineműségét tartja irányadónak. Fejműtéteket a szemüregi kora gyermekkori és kosmetikus műtétek egyrészt kivételével helyi érzéstelenítésben végzi. Helyileg érzésteleníti a nyaki műtéteket is, csupán a Basedowra nézve nem találja a kérdést tisztázottnak. A mellkasi csontos váz és a kisebb emlőműtéteket helyi, a genyes emlő feltárását, a gyökeres emlőkiirtást és az olyan endothoracalis beavatkozásokat, amelyek túlnyomósan eljárást igényelnek, narkosisban végzi. A végtagon helyi érzéstelenítésben operál, csupán a septikus góccok feltárását végzi altatásban. A hasi műtétek közül az extraperitonealisakat helyi érzéstelenítésben operálja. Az intraperitonealisak közül a vakbél, a nem sárgaságos epeköműtéteket, valamint a lépkirtást mindig altatja. Ebbeli meggyőződését egyenértékű morbiditási statisztika tudná megdönteni, amelynek összeállítása szinte lehetetlen. A gyomor- és bélműtéteket szükség szerint helyi érzéstelenítésben, vagy altatással, vagy a kettő kombinációjával végzik s 2400 idetartozó műtétnek 8%-os halálozásában nem látott különbséget a fájdalomcsillapítás rovására. A problema számára ott kezdődik, amikor hashártyagyulladás, béllezárodás, hasúri vérzés, súlyosabb sérülések, heveny pankreaszírnekrosis, nagy kizáródott köldöksérvek, vagy súlyos iktus kerülnek műtetre, amelyeknek halálozása ezidő szerint felette súlyos s amelyekben eddig használatos fájdalomcsillapító eljárásoknak szerep tulajdonítható a halálos vég gyakoriságában. Fájdalomcsillapítás javítására irányuló törekvéseknek itt kell bekapcsolódnia.

Magyar Urológiai Társaság március 27-i ülése.

Bemutatók:

1. Egyedi D.: *Keresztezett vesedystopia esete.* 45 éves férfit beteg intermittáló lázmenettel bal lumbalis tájékon érzékeny resistencia, combcontractura, emelkedett fehérvérsejtszám és vérfagypont. Vesekörüli tályog incisiója. A vizsgálat során végzett pyelographián a jobb urether, a bal oldalon fekvő vesemedencébe megy. Fölötte, rendes helyén látható a bal vese is. A fejlődési rendellenesség és tályog közt nem volt összefüggés, de előbbi oka lehet a csökkent functiónak.

Farkas I.: Az elnevezést illetően a keresztezett vesedystopia nem fedi teljesen a körképet, minthogy a vese gyakran a másik oldalra is áttérjed; ezért helyesebb egyoldali patkóveséről, vagy Gruber szerint egyoldali összenőtt veséről beszélni.

2. Farkas I.: a) *Ureter- és vesemedence-papilloma következményes hydronephrosis.* 70 éves férfi. Időnként baloldali vesegörcsök és vérvezelés. Hólyagtükrí vizsgálat alkalmával a bal oldal vérzik, ugyanitt csökkent functio. A 6–8 cm-ig felvezethető ureterkatheterrel történt ureterographia szabálytalan, rongyos, kirágott szélű, tágult uretert mutat s az ureterkatheteren túl a contrast-anyag nem terjedt. Ureterdaganat kórisméjével baloldalon nephroureterektomia. A zsákvese pyelumában és ureterében számos kölesnyi, borsónyi, mogorónyi szemölcsös daganat, melyek szövettanilag fibroepitheliomának bizonyultak.

b) *Kétoldali vesetuberculosis esetén többszörös műtétek után elért eredmény.* 23 éves nőn kétoldali vesetuberculosis kapcsolat magas láz és uraemiás tünetek miatt előbb a jobban működő jobb vese feltárását és sipolyképzését végezte. Az általános állapot javulása után a baloldali nephrotomiát és sipolyozást, — egy későbbi ülésben ugyanezen oldalt nephrektomiát végzett. A beteg néhány hónapig jól érezte magát. Miután ekkor ismét magas lázak és uraemiás tünetek mutatkoztak, a jobboldali begyógyult vesét újból sipolyozta s a vizeletet itt vezette le, mire az említett tünetek megszűntek. Kétoldali vesetuberculosis esetén ritkán kerül sor beavatkozásra, még ritkábban többszörösre. Israel szerint műtét indokolt: 1. ha az elsajtosodás, elgyenedés következik, a genykiürülés több haszonnal jár, mint amilyen veszedelmet jelent a parenchyma-vesztesség a műtét folyamán; 2. fenyegető, többször ismétlődő veszedelmes vérzések; 3. nehezen, vagy egyáltalában nem csillapítható heves colicák és fájdalmak esetén. Bemutató, mint negyedik indiciót az ismétlődő septikus lázak és fenyegető uraemiát csatolja ezekhez.

Boross E.: Mikor Illyés tanár az első 500 nephrektomiáról beszámolt, Dollinger tanár kétoldali vesegümőkór esetén, a rosszabbik oldalon conservativ műtét beavatkozást javasolt. Nem tartja helyesnek azt az álláspontot, hogy kétoldali folyamatok alkalmával a műtét beavatkozástól eltekintsünk. Az 1932. olasz urológiai congressuson conservative kezelést, 8 év óta gyógyult kétoldali esetet mutattak be. Azok a folyamatok, melyek a vesekéregre localizálódnak, a capsula alá törhetnek és gyógyulhatnak, viszont, amelyek a papillákon át a vesemedencébe hatolnak és az uretert megtámadják, nem gyógyulnak. Ennek oka: az ureterszűkület, peristaltica szenvedése folytán előálló drainage-hiány. Két esetről számol be. Az egyikben 2 ízben fejlődött, megoperált vesekörüli tályog után állott be a teljes klinikai gyógyulás; a másik beavatkozás nélkül gyógyult meg.

Illyés G.: A kétoldali vesegümőkór esetében néha kényszerítve vagyunk műtét beavatkozásra, miként a bemutatott esetben is helyes volt a vese sipolyozása. Különböző tuberculosis esetén nem szeretünk sipolyokat készíteni, mert hiszen ritkaság, hogy az ilyen sipolyok begyógyuljanak. A jelen esetben az első műtét utáni kedvező eredmény után, a másik oldalon is műtetre kényszerültünk. Vannak azután olyan esetek is, hogy az egyik oldalon a folyamat kistokú, míg a másik oldalon kiterjedt roncsolás van. Ilyenkor a nephrektomia indikált lehet, már a toxicosis kikerülése végett is. Eseteket látott, pl. 5 év óta észlel beteg, kin kétoldali vesefolyamat áll fenn, a hólyagban nagy elváltozás nincsen, a beteg foglalkozását folytatja és elég jól van. Altalában a kétoldali vesegümőkór esetén követendő műtéteket illetőleg határozott sablonokat felállítani nem lehet.

Steiner J.: Csupán theoretikai szempontokból kíván hozzászólni. Unterberg szerint, azokban az esetekben, hol a typus bovinus tenyészik ki, általában enyhébb a lefolyás, a typus humanussal szemben.

3. Szabó I.: *A hassebészeti urológiai vonatkozásai.* A húgyrendszer a peritoneum alatt fekszik és gyakran ad alkalmat diagnosztikus és therapeutikus tévedésekre a hasúri szervekkel szemben. Appendicitist utánozhat a húgyszerv mechanikus elváltozása és gyulladása. Főregnyulványlobhoz társulhat pyelitis és haematuria. Ezek felismerése a műtét javallat szempontjából igen fontos. Részletezi az elkülönítő kórismét. Vesecolicák, epekő, pankreascysta, mesenterialis meszes mirigyek, scybállák, bélsárkövek közti különbségek ismertetése és elkülönítése után a vándorvese és más intraperitonealisán jól mozgatható elváltozások elkülönítő kórisméjét tárgyalja. Részletesen tárgyalja az ileus képébe burkolt uropoetikussal rendszerbe illesztve megbeszéléseket, ezek egymástól elkülönítését. Ismerteti a sérvműtétekkel kapcsolatos hólyag-, és uretersérülések lehetőségét, azok megelőzését és reparálását. Majd perirenalis haematoma, belső vérzések, illetve ileus összetéveszthetőségének jelentőségét és megelőzését említi. Végül a húgyrendszer sérüléseinek viszonyát tárgyalja a hasüreggel szemben; kórtörténetekkel illusztrálja előadását.

A debreceni Orvosegyesület március 16-i ülése.

Bemutatók:

Bösze L.: Eklampsia larvata.

Ebergényi S.: *Köldökzsinór érdekes keringési zavara, mint vetelésnek ritka oka.* IV. hónapos magzat bal kezétől kiinduló *Simonart*-köteg több helyen körülcsavarta és a lefűződésig elvékonyította a köldökzsinórt és ezáltal a magzat elhalásához vezetett. Az amnialis köteg mindkét lábhoz és a bal kéz két ujjához is mély befűződést okozott, mely a spontán amputációk közbülső phasisát jól mutatja. Hangsúlyozza, hogy az ismeretlen okokból keletkezett idiopathikus vetelések között aránylag gyakran ilyen fejlődési zavarból eredő okok szerepelnek.

Kulcsár F.: *Idült agyvelőgyulladásos betegen kuruizslás folytán okozott sajátos maratók sérülések.* Az újdísgyőri „vértisztító oltások” egyik sértettjét mutatja be, akinek a karján és combjain a maró folyadékkal — valószínűleg sósavval — végzett 7-es simutan oltás 20 napon túl gyógyuló, egész pengőnyi nagyságú elhalásokat idéztek elő. A beteg egyébként az encephalitis chr. típusos tüneteit mutatja.

Kovács F.: *Veleszületett fejbőrhiány ritka esetét mutatja be, melyet a velőcső cranialis végének enyhe záródási zavarával magyaráz.* A magyar orvosi irodalomban az első esetet is ő ismertette a budapesti II. sz. női klinikáról és ez a második eset. Többről a magyar orvosi irodalom nem tud és a külföldi szakirodalom is kb. csak 20 ilyen esetet ismer.

Acs M.: *Symphysis szétválás farfekvéses szülés mellett.* Normális méreteknél nem nagyobb magzat sima extractiójával kapcsolatos symphysis szétválás esetét mutatja be. A symphysiolysis okát a sokszor megismétlődött kisebb traumára vezeti vissza, betege ugyanis már hétszer szült és a nyolcadszor bekövetkezett szülési trauma a szövetek rugalmasságában és ellenállóképességében olyan értéksökkenést idézett elő, mely dacára a specialis hajlamosító körülmények hiányának, a symphysis szétválásához vezetett. A gyógykezelést illetően elegendőnek tartja az ágynyugalmat a medencegyűrű ragtapasz kötéses rögzítésével.

Ebergényi S.: *Ritka agyalapi sérülés spontán szüléskor.* Többször szülő nő 10 perces kitolási szakkal bíró spontán szülésre létrejött magzati súlyos agyalapi vérzés esetét mutatja be. Mindkét szem alsó és felső szemhéján, valamint kötőhártyáján kiterjedt verőmleny. A magzat aluszékony. Végtagjaiban görcsök. Az egész testében cyanotikusan szílettett magzat állapota a 13-ik napon, bár lassan, de javul. Tehát spontán szülésre még a műtési szülések esetén is ritkán látható súlyos magzati sérülés jöhet létre.

Az Erzsébet Egyetem Tudományos Egyesülete Orvosi Szakosztályának március 27-i ülése.

Somogyi Gy.: *Röntgennel kórismézett retroperitonealis duodenumfékély nyílt perforációját mutatja be, mely abból volt felismerhető, hogy a gyomorból kikerült levegő a jobb vesekörüli kötő- és zsírszövetben helyezkedett el és a vese contourját teljes egészében felismerhetővé tette.* Az eset felismerése annak köszönhető, hogy minden perforatoria gyanús beteget — a gyomorból vagy a belekből kikerült és a hasüregben a rekeszek alatt elhelyezkedő levegőréteg megállapítása végett, mely minimális mennyiségben is kimutatható — átvilágítanak.

Előadás:

Ernst J.: *A nyugvó és működő izom rugalmassága.* Az osmosis theoria, mint munkahypothesis előadót új kísérleti tények megállapításához vezette. Ugyanezen feltevésekből következik 1. hogy a contrahált izom relative nyújthatóbb kell legyen, mint a nyugvó, 2. hogy ha az ingerelt izmot a nyugalmi megfelelő hosszon túl is nyújtjuk, akkor nyújtási diagramja hasonló legyen a nyugvó izom nyújtási diagramjához. Bemutatja a kérdések vizsgálatára készült műsért és az így nyert kísérleti eredményeket, melyek kielégítik a fentebbi két postulátumot. Az a második kísérleti tény pedig, hogy t. i. az ingerelt izom rugalmassága a nyugalmi hosszától kezdve olyan, mint a nyugvóé, bizonyítja, hogy az ingerelt izom nem esik át anyagi-minőség változásra; mivel pedig minden contractio theoria — az osmosisot kivéve — ilyen feltétlenül megkíván, ezért a fentebbi kísérleti eredmény ezeket az elméleteket kizárja, bár az osmosisot sem bizonyítja, csak megengedi.

Jendrassik L.: *Óva inti az előadót az u. n. osmosis elmelettől, mert nincsen olyan, az izomfibrillummal összehasonlítható szerkezet, mely külső víz felvételére rövidülést*

mutatna. *Meigs* modellje hibás elképzelésen alapszik s ezen az előadó segédfeltevése nem változtat. Azt, hogy valamely szerves test rugalmassági viszonyait egynemű vagy külön-nemű képletek határozzák-e meg, a hosszfeszültség graphikonjának lefutásából még nem lehet eldönteni, hiszen az olyan homogen fonal, mint a gummi is, görbe vonalat ad. A talált viszonyok mit sem bizonyítanak az osmosis elmelet mellett, mert ennek érvénye esetén is különbözhetné a nyugalmi és működési görbe a nyugalmi hossz felett. Egyezés lehetne viszont a contractio más mechanizmusa mellett is. Az előadó munkáiban a kísérletes adatokat tartja értékesnek.

Rhorer L.: *Előadó kísérleti tényeket állapított meg, melyek függetlenek minden hypothestől. Mégis az a körülmény, hogy a kísérletek a feltevéseiből vont következtetések helyességét igazolták, egyúttal a feltevés helyességébe vetett bizalmunkat is megerősítik.*

Ernst J.: *Ha egy zárt térben ionok keletkeznek, akkor beáll: 1. térfogatesőkkenés, 2. fénytörés növekedés, 3. vezetőképeség fokozódás, 4. elektromos áram (levezetésnél), 5. osmosis munkaképesség. Mindezek quantitativ igazolást nyertek az ingerelt izmon. Most is előre felállították a postulátumokat, a kísérletek ismét igazolták várakozásunkat. A munkahypothesis tehát jogos.*

Kellner B.: *A rák felismerése és gyógyítására irányuló újabb törekvések.* A rákos szervezet különbözőségeit iparkodnak kihasználni a rák diagnózisát célzó reakciók. Ezek egy része: 1. physikochemiai vagy chemiai megállapításokon alapszik, 2. a rákkal szemben keletkező antianyagokat próbálja kimutatni, 3. sok eljárás az *Abderhalden* féle reactio alapjándolátán épült fel, 4. *Ascoli* és *Izar* szerint a rákos savó csökkenti bizonyos oldatok felületi feszültségét (meiostegmin reactio), 5. *Freund* és *Kaminer* azt észlelték, hogy a rákos savó nem oldja fel a ráksejteket, normal savó 24 óra alatt teljes cytolytist hoz létre. E különbséget a savóban megjelenő változott zsírsavak okozzák, melyeket a rákos egyén béltractusának megváltozott coliflorája termel. Practikusan ezen eljárások kevésbé értékesíthetők. Biztosan rákos egyénekben általában 70–90%-ban találták azokat eredményesnek, de pozitív eredményt adhat a nem rákos savó is általában 15–25%-ban. Nem tudjuk pontosan, hogy a különböző eljárásokkal nyert eredmények egyeznek-e és hogy biztosan nem rákos egyénekben nyert pozitív eredmény a rákos dispositio jele-e? A rákossá vált szervezet megváltozásában az anyagcseretermékek mellett a rák szétesésének termékei is szerepet játszhatnak. Ismerteti a rákok elzsirosodására vonatkozólag végzett vizsgálatait. A rákos szövetekben sok a fehérje, fokozott a cholesterin és víztartalom. Nagy a rákos szövet szénhidrat-tartalma és szükséglete (*Freund*, *Warburg*). Érdekese a rákos sejtek szövettenyésztésével nyert eredmények. A ráksejtek sugarakkal szembeni nagyobb érzékenységén alapszik a röntgen, illetve radiumkezelés. A nehézfémek felhalmozódna a rákszövetben, ami állítólag a rákos növekedést kedvezőtlenül befolyásolja. A fokozott és kóros szénhidratbontást (*Warburg* féle anaerob glycolysis) akarja az oxydatio irányában befolyásolni és így a ráksejteket elpusztítani *Fischer-Wasels* az ajánlott gázkezeléssel. Most vannak folyamatban *Freund* vizsgálatait, melyekben a rákos növekedéshez szükséges táplálékalkotórészek elvonásával, tehát diétával kísérli meg a rákos sejteket visszafejlődésre bírni. Mind e próbálkozások értéke csak az eredmények részletes közlése és nagyszámú utánvizsgálás után lesz megítélhető.

Teschler L.: *A Freund-Kamienner féle cvstolytikus rectio morphologiai okokból kifolyóan nehezen értékelhető.*

Új gyógyszerek.

I. rész.

Irta: Issekutz Béla dr. egyetemi ny. r. tanár.

Ha végigtekintünk az utolsó két évben forgalomba került új gyógyszereken, mint mindig, úgy most is azt kell megállapítanunk, hogy gyógyszerkincsünk csak sok új névvel gyarapodott s kevés tényleg új, értékes gyógyszerrel. Ez természetes, mert az évtizedek óta járt, jól kitaposott, ezért legkedveltebb utakon a gyógyszer-synthesis, a gyakran sok ezer variáns közül, már kikereste azt a lázcsillapítót, altatót, érzéstelenítőt, stb, mely a legjobb, amely már minden követelményt jóformán ki tud elégíteni. Ezért az újabb módosulatok már csak ritkán jelentenek igazi előrehaladást, hanem csak a régi dálnak új hangnemben ismétlését. Új utakra lépni, új

irányokban kutatni pedig nagyon nehéz és költséges. Különösen áll ez a fertőző és rákos betegségek gyógyítására törekvő s ezért még igen sok megoldatlan feladat előtt álló chemotherapiára, mert ezen a téren csak az óriási nagy berendezéssel dolgozó és semmi költséget nem sajnáló hatalmas gyárak folytathatnak, a siker reményével, új chemotherapeutikumok felfedezésére irányuló kutatást. A szerény eszközökkel dolgozó, kisebb gyárak céljai és eredményei is csak szerények lehetnek. Gyakran meg kell elégedniük nem új gyógyszerek synthesisével, hanem régieknek megfelelő arányban összekeverésével: a gyógyszer-synnergismus elvének felhasználásával jutni el valamely gyógyító javallatnak jobban megfelelő gyógyszerhez. Ezt az irányzatot legkevésbé én kárhóztathatom, ki ott álltam a synergismus kutatások bölcshőjénél; csak azt kívánom hangsúlyozni, hogy nagyon alapos pharmacologiai kutatáson s ezt követő klinikai kipróbáláson kell nyugodnia a synergismuson alapuló új gyógyszer forgalombahozásának, mert nem mindig egyesül kedvezően két hasonló gyógyszer hatása, hanem az eredmény kedvezőtlen, sőt egyenesen veszélyes is lehet, amint erre két évtizeddel ezelőtt már szolgáltatam példát.

A láz és fájdalomcsillapítószeres synthesis a pyramidonban (I. G.) culminált, mely olcsón, a hivatalos pyrazolonum amidodimethylicum, amidopyrin, pyrazon (Chinoin) néven rendelhető; azóta sem sikerült jobbat találni. Legújabbban a pyramidon oxydatiójával és a pyrazolon gyűrű felszakításával jutottak egy új származékhoz, mely nálunk *Triamid* (Richter) néven kerül forgalomba. Ez α -acetyl- β -methyl- β -dimethyl-oxamyl-phenylhydrazin. Bár a pharmacologia azt tanítja, hogy a phenylhydrazin származékok vérmérgek, valószínű, hogy a Triamidban sikerült a régen kutatott méregtelenítést elérni s ezzel a lázcsillapítók új csoportját tenni használhatóvá. Érdeklődéssel tekinthetünk ezen az új úton elinduló synthesisek elé. A Triamid vízben könnyen oldódik s a pyramidonnal azonos adagokban rendelhető 0.10 és 0.25 gr-os tablettában.

A pyramidon tartalmú különlegességek hosszú sorát újabbban a Rex gyár szaporította: a *Dolorex* 0.3—0.3 amidopyrint és phenacetint, valamint 0.10—0.10 coffeint és theobromint tartalmaz; a *Nervorex*-ban 0.25 gr. veronal-amidopyrin, 0.15 gr. bromural (albroman) és 0.13 gr. papaverinsó van, végül az *Influrex* 0.25 gr. tophosan-urotropint, 0.07 gr. amidopyrint, 0.05 gr. phenacetint, 0.015 gr. coffeint, 0.0125 gr. theobromint és 0.0025 gr. ephedrint tartalmaz. A gyár a hosszú s kevésbé ismert vegyi elnevezéseket használja. Helyesebbnek tartom azonban néven nevezni a gyermeket, hogy a gyakorló orvos lássa, hogy ezekben semmi új sincs, ő is felírhatja ezeket magistraliter.

A *Causyth* nevű külföldi készítmény, amely amidopyrint és oxychinolinsulfosavat, tehát a régen ismert chinosolt tartalmazza, de ezt „cyclohexatrienpyridin-sulfonsavas—pyrazolon származéknak” nevezi, hogy nehezen lehessen felismerni s új szer látszatát keltse. Napjainkban 3—8 gr-os adagokat ajánlanak belőle influenza, rheumatismus ellen, tehát az amidopyrin szokásos adagjánál jóval nagyobb. Ezzel magyarázhatók a jobb therapiás eredmények, amelyekben a chinosolnak alig van szerepe. Az *Eulatin*-ban (Kálmán L.), mely brom- és amidobenzoesavas antipyrin, pedig szintén csak a utóbbitól várható hatás.

Az amidopyrin tartalmú fájdalomcsillapító injectiók (Cibalgín, Allonal, Dormalgín) mind erősen concentrált hypertoniás oldatok, melyek befecskendezése éppen ezért fájdalmas. Lényeges haladást jelent ebből a szempontból egy új synthetikusán előállított olajszerű, de könnyen folyó oldószernek használata, a *Demalgonyl*

(Chinoin), injectióban és cseppben, mely 0.4 gr. amidopyrint és 0.06 gr. diallylbarbitursavat tartalmaz 2 ccm-ben; intramuscularis befecskendezésre nem fájdalmas s igen gyors s a morphint megközelítő fájdalomcsillapító.

Az acetylsalicylsav gyakran okoz gyomorpanaszokat s vannak, kik emiatt ezt az annyira fontos és népszerű gyógyszert nem tudják bevenni. Ezen segít az *Alin* (Chinoin) az acetylsalicylsav aluminium sója, íztelen, vízben nem, de lipidokban jól oldódik. A gyomorban nem bomlik, azt nem izgatja, a bélből pedig egyenletesen szívódik fel, ezért hatása bár pár perccel későbbben kezdődik, de tartósabb s nem jár kellemetlen izzadással. A csokoládés tabletták (0.5 g) gyermekeknek is jól adhatók: 1 éves korig $\frac{1}{4}$, öt éves $\frac{1}{2}$, 12 évesnek egész tablettát. A kezdődő hűlés, nátha, leküzdésére szolgál az *Alidion* (Chinoin), mely 0.5 alint és 0.013 g aethylmorphint tartalmaz. A *Dilumin* (Wander) az acetylsalicylsav calcium-sója, tehát azonos a régen bevált *Kalmopyrin* (Richter). Az *Amatin* (I. G.) acetyl-m-kreosotinsav, egy methylcsoportban különbözik az aspirintól, amely felett előnye az lenne, hogy nem izzaszt. A régebben annyira divatos bedörzsölésre szánt salicylestereket tartalmazó kenőcsök az utóbbi két évben csak a *Gerosan*-nal (Wander) szaporodtak, mely mentholt és methylsalicylatot tartalmaz.

A phenylchinolincarbonsav (Atophan, Tophosan) használatát némileg korlátozza az a tapasztalat, hogy tartós szedés májmegbetegedéseket okozhat. Ezért 4—5 napi szedés után egy heti szünetet iktassunk közbe. Új készítményei: a *Myotophin* (Egger), az aethylendiaminnal képezett sójának 10%-os vizes oldata, melyből 2—3 naponként adható 1 ampulla (5 ccm) intramuscularisan; a *Tophosalvin* (Egger) ugyanezt a só salicylsavval együtt tablettában tartalmazza. A *Fealon* (Chinoin) a phenylchinolincarbonsav aluminium sója, íztelen, a gyomrot nem izgatja s lipid oldékonysága miatt jól szívódik fel. Adagja naponta 3—4 szer 1—2 tablettát (0.5 g).

A *Diplochin* (Rex) phenylchinolincarbonsavas chinin, teljesen íztelen, a régi Euchinin stb. pótlására szolgál, 0.25 g-os tabletták. *Fenyllofan*, (Kálmán L.) a phenylchinolincarbonsav methylestere, tehát azonos a Novatophan-nal (Schering). *Influen* (Cito) phenylchinolincarbonsavat (0.30) adalint (0.05) amidopyrint (0.10) phenacetint (0.20) coffeint (0.05) tartalmaz. Mint influenza elleni prophylacticumot ajánlják, naponta 3×1—2 tablettát. *Colnajodin* (Chinoin) cholchicin tartalmú, köszvény ellen naponta 2—4 pilula 3 napon át.

Az izomrheumatismus kezelésében egyre nagyobb szerepet játszik a histamin, imidazoaethylamin, mely bőr alá fecskendezve (0.5—1.0 mg.), 2%-os kenőcsben bedörzsölve, vagy legcélszerűbben 0.5%-os oldatból iontophoresissal vive be a bőrbe, vérbőséget s duzzadást okoz, ezzel a fájdalmat a mélyebben fekvő izmokban is megszünteti. E célra szolgáló készítmények *Histamin* (Richter, v. Chinoin) ampulla á 1.0 mg. 0.5%-os solutio és 2%-os kenőcs; hasonló az *Imadyl* (La Roche), *Katexon Folien* (Schering) kész elektrode, mely megnedvesítve a bőrre teendő.

Az altatószerek száma újbó szaporodott néhány barbitursav származékkal. Amerikában már több év óta használják az *Amytal-t*, isoamylaethylbarbitursav, basis narcoticumnak, intravenásan 10—20 mg. pro kg. mély álmot okoz; hasonló az *Embatal*, aethylmethylbutylbarbitursav, melyből 0.2—0.4 g-t adnak intravenásan. Nagyobb figyelmet érdemel az *Evipan* (I. G.) N-methylcyclohexenylmethylbarbitursav, mely a szervezetben igen gyorsan elbomlik, ezért intravenás befecskendezéskor hatása legfeljebb csak egy óráig tart. Macskán 20 mg. már mély narkosist okoz, de csak négyszer akkora adagban halálos, tehát egészen kivételes nagy hatásszélesség-

gel bír. Az Evipan—Na 10%-os oldatból 3—6 ccm intravenásan befecskendezve basis narcoticumúl, 8—10 ccm pedig kb. 30' -ig tartó teljes narkosis előidézésére jól használható. Belsőleg 1—1½ tabletta á 0.25 g gyors elalvást okoz, túl kora felébredés esetén 1 tabl. bevétele elég újbóli elalváshoz. *Prominal* (I. G. és Merck) a Luminalnak megfelelő N-methylezett származék. Mint antiepilepticumot ajánlják, 0.1—0.6 gos adagban.

Sevanalyl (Chinoin) cseppek 10%—sevenalt és 5% diallylbarbitursavat tartalmazó urethan oldat; a külföldi Somnifen pótlására szolgál. Csillapítónak 10—20 csepp, altatónak 20—30 csepp elegendő. Csecsemőnek 1—3 csepp, gyermeknek 3—15 csep, kockacukron. Hasonló a *Barbalyl* liquidum (Egger), a diallylbarbitursav 10%-os oldata, vagy tabletta á 0.05 s 0.10 g és 2 ccm-es injectio intramuscularisan. *Agrypnosan* (Medichemia) a Sevanalyllal azonos altatókat tartalmazza, alkohol-glycerines oldatban, ezért adaga 30—40 csepp.

Novonal (I. G.) diaethylallylacetamid, enyhe altató 0.3 g-os tablettában. *Neobrom* (Knoll) isopropylaethylbromacetamid; *Dormen*, diallylacetylisovaleriansavashúgyany, 0.2 g-os tabletták.

Multibrol (Norgine) monobromolajsavas natrium 16% bromot tartalmaz 0.2 g-os drageékban.

Az inhalatiós érzéstelenítés terén figyelmet érdemel az *Aether chloratus alcoholicusatus* (Chinoin) és a vele azonos külföldi *Gewäthyl*. A chloraethylhez kevert alkohol csökkenti annak párolgását s ezáltal pontosabban adagolhatóvá teszi. Cseppeként lélegeztetve be, jól el lehet érni vele a narkosist megelőző analgetikus szakot s így kisebb műtétek pl. foghúzást, a még ébren levő, de fájdalmat nem érző betegen lehet végezni.

A helyi érzéstelenítők megítélésében az utóbbi években érdekes változáson ment át a közvélemény; míg évtizedeken át a gyógyszer-synthesis a lehető legkevesebb mérges érzéstelenítő feltalálására törekedett és ezt a Novocainban—Merocain (Chinoin), *Neotonocain* (Richter)—érte el a legtökéletesebben, addig a *Percainnak* (Ciba), ennek a cocainnál jóval mérgesebb cinchoninsav származékának bevezetése óta ez a szempont nagyon háttérbe szorult s a főtörekvés a Novocain azon hibáján segíteni, hogy nyálkahártyán nagyon nehezen diffundál át, ezért ezek érzéstelenítésre alig alkalmas. *Pantocain* (I. G.) p-butylaminobensoldimethylaminoethylanol HCl. $C_6H_5NH \cdot C_6H_4COO \cdot C_2H_5 \cdot N(CH_3)_2$ tehát csak egy butyl gyök belépésében az amido csoportban különbözik a Novocaintól s mégis ez a hatékonyságát megtízszerezi, úgyhogy infiltrációs s vezetési érzéstelenítésre 0.1—0.2%-os, nyálkahártyára 1.0—2.0%-os oldat elégséges. *Larocain* (La Roche) paraaminobensoesavas estere a diaethylaminodimethylpropanolnak, némileg a Stovainra emlékeztető szerkezetű, nyálkahártyákra 5—10%-os oldatban, vezetési érzéstelenítésre 0.25—0.5%-osban ajánlják.

Míg általában az érzéstelenítő szerekhez adrenalin szokat hozzáadni, hogy a felszívódást gátolja, addig a *Meropitan*-ban (Chinoin) az adrenalin a hypophysis hátsó lebenyének vasopressin nevű hormonjával van helyettesítve. Ennek az az előnye, hogy így elkerülhetők a nagyobb mennyiségű adrenalin okozta s különösen sympathicotoniás egyénekben jelentékeny izgalmi tünetek.

A vérkeringést, javító, a központi idegrendszert izgató analepticumok száma a *Coramin* (Ciba) és *Cardiazol* (Knoll) synthesise óta nem szaporodott lényegesen. Ez a két szer azonban jól beváltotta a hozzáfűzött reményeket. Erélyes camphorszerű hatást tudnak kifejteni s különösen a Coramin erős izgató hatása alkalmas a bódító mérgezések leküzdésére. E célból nagy adagot 5—10—20 ccm-t a 25%-os oldatból intravenásan, vagy intramuscularisan, kell adni. Ujabb kombinációik a Car-

diazol—Ephedrin, C.-dicodid, C.-chinin, C.-Calcium, Coramin-calcium.

Gyermekek collapsusának leküzdésére ujabban az acetaldehydet is használják, mely *Aldocit* (Boehringer) néven 10—20%-os oldatban intravenásan, illetve per os adható. *Icarol* (I. G.) oxydiaethyl-aminoethyl-amino-bensolt és m-oxyphenylpropanolamint tartalmaz, 5%-os oldatból 2 ccm subcutan vagy intracutan adva a szív működést és légzést javítja.

A digitalis készítmények jóformán csak a *Pandigital* szaporodtak; ez a digitalis lanata fő glycosidáját, a kristályos lanadigint tartalmazza, 1 ccm-ben 0.2 mg. Ezt a szívizomzat lazábban köti meg, ezért bár gyorsabban, de rövidebb ideig hat s kevésbé cumulálódik. A különböző strophanthin-féleségek közül egyre jobban terjed a jól kristályosítható, teljesen egységes s ezért változatlan hatású G-strophanthinnak használata, melyet pl. a *Strophangit* (Chinoin) tartalmaz, 1 ccm 0.5 mg.

Néhány év előtt sikerült felfedezni adrenalinhoz hasonló hatású szereket, melyek nehezebben oxydalódnak s ezért a bélhuzamból felszívódva is hatnak. Ilyenek: az ephedrin, mely *Epherit* (Chinoin), *Ephetonin* (Merck), *Racedrin* (I. G.) néven rendelhető; ujjabb az *Ephetonol* (Merck), paraaminoephedrin. Ezek 0.05 g-os tablettában asthmaroham megelőzésére, injectióban, esetleg adrenalinval együtt (*Ephetonogen* Richter, *Ephedralin* Merck) pedig a roham megszüntetésére valók. Még erősebb az *Epheritum compositum* (Chinoin) injectio, mely az előbbieken kívül még Novatropint is tartalmaz, tehát nemcsak a sympathicus izgatásával, hanem a vagus bénítésével is tágtítja a bronchusokat. A *Dispnoysin* (Richter) pajzsmirigykivonattal és cocainnal fokozza az adrenalin hatását. Lehet szembecsepegtetve, vagy spray alakjában belélegeztetve is alkalmazni, injectio helyett. A *Tropherit* tabl. (Chinoin) az ephedrin és novatropinen kívül papaverint is tartalmaz. A *Felsol* antipyrin, coffeint, digitalint, strophantint, lobelint stb. tartalmaz.

A parasymphaticus idegvégződéseket izgató szerek közül az acethylcholin erős értágító hatását kezdik ujabban használni, különösen a fraciák, hypertonia, mindenféle érgörcs, chininvakság, sőt sklerosis multiplex kezelésére is. *Tonocholin* (Richter) néven 0.05 g-ot tartalmazó ampullákban rendelhető. Adagja 0.02—0.10 g, az erős szívgátló hatása miatt óvatosság ajánlatos, intravenásan veszélyes. *Lentin* (Merck) carbaminsavascholinester, a vérben nem bomlik olyan gyorsan, mint az előbbi, ezért sokkal erősebben és tartósabban hat, de veszélyesebb is. Főleg az állatgyógyászatban használják, bélhűdés ellen.

Poronowsky szerint a növényekben az alkaloidák aminosavak oxdalva van eredetileg s ezek az u. n. genalkaloidák szerinte jbbban hatnak és kevésbé mérgesek lennének, mint a közönségesen használtak. Így forgalomba került francia készítmények a *Genomorphin*, mely állítólag nem okoz megszakást és fájdalmat csillapít kábultság nélkül, de a morphinál nagyobb adagban adandó.

A *Genoscopolamint* paralysis agitans s különböző tremorok kezelésére ajánlják. Naponta háromszor 1—2 mg.-t. Hasonlóan a *Genatropin* s a *Geneserin*, az atropin, illetve a physostigmin pótlására szolgálnak.

Az értágítók és *simaizomzat* görcsét oldó gyógyszerek tekintetében igen nagy haladásról számolhatunk be, melyben éppen a magyar gyógyszer-synthesisnek van jelentékeny érdeme. Ez nemcsak az igen drága papaverint tudja synthesissal előállítani és gyártani, ami még a legnagyobb külföldi gyáraknak sem sikerült eddig, hanem a *Perparinban* (Chinoin) egy papaverinnél és az *Eupaverinnél* (Merck) háromszor, négyszer erősebb hatású származékhoz tudtunk a vegyész és pharmacologus együttes munkájával eljutni. Adagja 0.02—0.04 g tabl. vagy subcutan injectióban. Az a megfontolás hogy a

simaizomzat görcsét a legeredményesebben úgy szüntethetjük meg, hogy egyidejűleg hatunk az izmokra és a serkentő idegvégződésekre, továbbá az a két évtized előtti megállapításom, hogy ezen két helyre ható Papaverin és Novatropin hatása között synergismus van: adta az indokát és alapját a Troparin (Chinoin) forgalombahozatalának. Ennek az alapelvét követi bel- és külföldi gyógyszeresek hosszú sora. Ezek közül csak az utolsó két évben megjelenteket sorolom fel: *Midriverin* (Richter) 0.04 g papaverint és 1.0 mg. Eumydrint tartalmazó tabletták; *Luverin* (Wander) 0.02 g papaverint és 0.5 mg. atropin-methylbromidot és 0.01 g phenylaethylbarbitursavat tartalmaz. *Sepaten* (Chinoin) 0.04 g. perparin, 1.5 mg. novatropin, 0.02 g sevenal és 0.2 g theobromin tartalmú, az *Eupacon* (Merck) eupaverin és methylatropin kombinációt pyramidonnal egészíti ki. Új utat látszik nyitni az *Octin* (Knoll), egy egyszerű amino származék, mely állítólag jelentékeny spasmolyticus hatása.

Miután *Szentgyörgyi* és *Drury* a szívizomzat kivonatban egy adenin-nucleotidot találtak, mely a szív működést szabályozni és a koszorús ereket erősen kitágítani képes, igen kiterjedten kezdték az ilyen szív és vérkeringési hormonoknak nevezett kivonatokat a gyógyításban használni. Szívizomzat kivonat a *Haberlandt-féle Hormocardiol* és *Aurikulin*; harántcsíkolt izomzatból készül a *Lacarnol* (I. G.), *Myostol*, *Myotrat*, *Myosort* (Richter), *Myangin* (Egger); májkivonat az *Eutonon*, pankreas kivonat az *Angioxyl*, valamint az állítólag a hasnyálmirigy termelte, de a vizeletből előállítható *Padutin* (I. G.). Az izom és májkivonatok, mind adenosin-tryphosphorsavat, vagy adenylsavat tartalmaznak, ez azonban a *Padutin*-ban nincsen. Intravenásan adva, szédülést, a fej erős kiemelegedését, stb. okozzák, ezért inkább az intramuscularis injectio ajánlatos. Gyógyértékükre vonatkozólag a vélemények igen eltérőek. Legjobb hatásuk az angina pectorisban, ahol gyakran a rohamot megszüntetik. A környéki érgörcsökön, a Raynaud kóron, sőt kezdődő gangraenán is sokszor segítenek. Általános hypertoniában hatásuk túlrövid ideig tart, hasonlóképen kevés hasznuk van szívelégtelenség és rythmuszavarok kezelésében. A *Myosortból* 1 ccm lassan intravenásan, vagy per os 10–15 csepp adható; a *Padutinból* az első napokban 2×0.5 ccm, három nap múlva 2×1 ccm, majd 2 ccm intramuscularisan.

Megjegyzések

Téglássy Béla dr. „Népegészségügyünk reformtervezete” című cikkéhez. (O. H. 18. sz.)

Téglássy főorvos reformtervezetének X-ik, „A falu socialis egészségügye” című szakasza mellett nem haladhatunk el szó nélkül, mert az ebben foglalt reformtervek megvalósítása megszüntetné az egészségügyi közigazgatás egységét, kaoszt teremtené az egészségvédelem terén és tönkretenné a községi és körorvosi kar existenciáját.

Amint a háborúhoz pénz kell, éppen úgy a közegészségügyi alkotásokhoz is az kell. Propagandával, társadalmi segítséggel, felvilágosító munkával pénz nélkül nem lehet eredményt elérni sem a lakás és gazdasági udvar hygienéje, az ivóvíz- és élelmiszerkérdés rendezése, sem pedig a hevenyfertőző betegségek elleni küzdelem terén. A magyar községi és körorvosi kar, mely a falusi viszonyokat és a népet a legjobban ismeri, a múltban is megtett és a jelenben is megteszi mindazt, amit a reformtervezet mint újdonságot kíván és mégsem tudott eredményt elérni, mert hiányzott hozzá mindig a szükséges pénz. Ez az oka annak, hogy sok kiváló törvényünk mellett a közegészségügy egy jó része csak papíron, az aktákban van rendben, de nem a valóságban.

Nem bocsájtkozom vitába, hogy az általános védelem felel-e meg jobban a felúnak, vagy pedig a specialis védelem, erről már ugyanezen lap egyik utóbbi számában elmondtam a véleményemet, mely egyezik a községi és körorvos társaim nagy részének véleményével; de tagadom azt, hogy a hatósági orvosok, úgy a járási tisztiorvosok, mint a helyhatósági községi és körorvosok nem lennének alkalmasak az egészségvédelmi munka ellátására, hanem inkább az állásnélküli és az egyetemről most kikerült magánorvosok. Ma a körök már olyan kicsinyre vannak szabva és a vidék is annyira telítve van orvossal, hogy nem akad az országban egy községi vagy körorvos sem, kinek nem volna elég ideje az egészségvédelem teendőit is ellátni. Hogy pedig a népet, az egészségügyi közigazgatást és annak szabályait ismerő hatósági orvosok miért nem volnának alkalmasak ennek ellátására, arra feleletet nem ad a cikkíró. Az élet és a falusi viszonyok nem ismerése vagy félreismerése adhatja Téglássy főorvos tollába a következő mondatot: „Egyedül és kizárólag tervszerű orvostelepítés lehet alkalmas a végek orvoslétszámának szaporításával az egészségvédelmi feladatok megoldására”. Ez a szaporítás nem erre lenne alkalmas, hanem arra, hogy a vidéken működő községi, kör- és magánorvosok szájából kivennék még azt a falat kenyeret is, amit még a fizetések reductiója, az orvosi plethora, a betegsegélyző pénztárak és a gazdasági válság által előidézett praxishány még meghagyott; de nem javítaná az odatelepítettek helyzetét sem. Csak egy kis ízelítőt akarok adni a vidéki orvosi viszonyokról, amidőn közlöm, hogy például Fejérmegyében a háború előtt működött 36 községi és körorvos, ma van 47. Volt a megyében (Székesfehérvár törvényhatóságú jogú várost leszámítva) a háború előtt 6 magánorvos, ma pedig 56 practizál. A vármegyének van ezidőszerint 87 nagy- és 17 kis-községe, erre esik 103 orvos. Amíg tehát a háború óta az orvosok száma kb. 125%-kal szaporodott, a vármegye lakossága csak alig 9%-kal lett több. Kell-e ide, vagy hasonló „végekre” orvosokat telepíteni? A vidéken az orvosok elhelyezkedésének csak egy módja volna lehetséges, ha az állam vállalkozna a községi és körorvosok fizetésének és lakásának (de nem lakbérének) összes terheit, ha megnyitná a községi és körorvosok számára azokat a fizetési osztályokat, amiket más községi tisztviselők és a tanítószék már elérhet. Így talán egyes helyeken, még lehetne a körök és községek számát szaporítani, mert az orvosnak nem kellene megélhetését a magángyakorlatra fektetnie. Ezen állások aspiránsai azonban már ott vannak a helyszínen, nem kell azokat Budapestről és az egyetemi városokból odatelepíteni, ezek a vidéki magánorvosok, jobb sorsra érdemes collegák, kiknek nagy része csak alig-alig tud megélni. Ezt a tervezetet sem lehet községi, vagy társadalmi úton, vagy más módon megvalósítani, csak áldozattal és elsősorban pénzzel. Mivel pedig ezt a közeljövőben megvalósítani nem tudjuk, ne építsünk légvárakat sem az állásnélküli fiatal orvosok, sem pedig azok szülei elé.

Kerbolt László dr.,

a M. O. O. Sz. községi és körorvosi szakosztályának elnöke.

VEGYES HÍREK

Személyi hírek. A főpolgármester a Székesfőváros kórházaiban üresedésben levő főorvosi állásokra *Milkó Vilmos dr.*, egyet. magántanárt, *Raisz Dezső dr.* egyet. magántanárt és *Sipos Imre dr.* adjunctust kinevezte.

Halálozás. Ifj. dr. Kenyeres Balázné sz. *Sturm Josefín dr. f. hó 12-én* elhunyt. — *Horváth Ferenc dr.*, nyug. körorvos Fajszon elhunyt.

Budapesti Királyi Orvosegyesület május 26-i ülésének előzetes napirendje: Bemutatások: 1. *Csapó József*: Makacs

pyelocystitis okozta csecsemőkori atrophia gyógyult esete. 2. *Fényes István* és *Kiss Pál*: Neisser és Pollak-féle agypunctióval kórismézett nagyagyi cysta esete. 3. *Kiss Pál* és *Mészöly Pál*: Röntgen-besugárzás után javult gyermekkori izomsorvadás esete. (Film bemutatással.) — A tudományos ülés után évszázó közgyűlés.

A Közkórházi Orvostársulat május 24-i ülésének tárgysorozata: Bemutatás: 1. *Piltter Sándor*: Szívgyümbe. 2. *Fejér Endre*: Hydroa aestivale. 3. *Pásztyai Géza*: Lymphogranulomatosis. 4. *Pilau Gusztáv*: Keratoderma palmaris et plantaris. Előadás: 5. *Gaál Aurélie*: Fractionált és protraált röntgenbesugárzás utáni bőrelváltozások. 6. *Czunft Vilmos*: Rosszindulatú daganatok röntgenbesugárzásának újabb módszerei. 7. *Kamerlór Antal*: A csecsemő és gyermekkori hasmenésekről. 8. *Réffy Ferenc*: Egyes bőrbetegségek összefüggése az endokrin mirigyszavarokkal.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület orthopaediai szakosztálya május 23-án d. u. 6 órakor a II. Sebészeti klinika tantermében ülést tart. Tárgy: *Báron Sándor*: A brisement forcé megvitatása. Vitában részvételre jelentkeztek: *Farkas Aladár*, *Horváth Boldizsár*, *Horváth Mihály*, *Kopits Jenő*, *Niedererker Gáspár*, *Zinner Nándor*.

A Magyar Urológiai Társaság május 22-i ülésének tárgysorozata: Előadások: 1. *Mező Béla*: A cystitis albuminuricáról. (Mult ülésről elmaradt előadás.) 2. *Egyedi Dávid*: Az urethroszkopia diagnostikai értékelése. 3. *Faragó Zsigmond*: A prostatektomia után fellépő complicatiókról.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem díszgyűlése. A budapesti kir. Pázmány Péter Tudományegyetem f. hó 13-án ünnepelte alapításának 298. és újjáalakításának 153. évfordulóját. Az egyetem központi épületének dísztermében összegyűlt díszes és előkelő közönség sorában ott volt *Serédi Jusztinián dr.* bíboros hercegprímás, *Flandorfer Pál* min. tanácsos, a kultuszminiszter képviselőjében, *Berzeviczy Albert* az Akadémia elnöke, továbbá a budapesti egyetem négy facultásának professorai, a társegyetemek, a műegyetem és a közgazdasági egyetem képviselői. A Nemzeti Hírszkegy elnöklése után *Trikló József dr.* rector ünnepi beszédet mondott, amelyben a felsőbbrendű ember lelkét állította a hallgatósága elé. A nagy tetszéssel fogadott ünnepi beszéd után *Schütz Antal dr.* hittudományi dékán olvasta fel a szaktanárok bírálatait a most záruló tanév folyamán kitűzött pályadolgozatokról, melynek értelmében jutalomban részesültek az orvostudományi karon: *Schimert János*, *Pöschl Ferenc*, *Ehn Frigyes*, *Fekete Antal*, *Herman Vilma* és *Orbán Izabella* (közösen egy jutalmat), *Barla Szabó József*, *Fekete László* és *Garay Károly* (közösen), *Augusztin Vince* és *Kolonits Barna* (ketten egy jutalmat), *Vámos György*, *Magyar Imre*, ifj. *Verebély Tibor*, *Rodé István* és *Skarupinszky Nándor* (közösen egy jutalmat), *Réthly Endre* és *Oslay Ákos* (közösen), *Tarján György* és *Gelberger Péter* (ketten egy jutalmat), *Csilléry Ilona*, *Langsmann Pál*, *Sieber Ferenc*, *Burger Tibor*, *Zsigmond Zoltán*, *Radnay Béla*, *Nényei Etele*, *Páll Kálmán*, *Krammer Ágnes*, *Háry Margit*, *Klein László*, *Dulácska János* (két jutalmat), *Sipeki Balás Béla*, *Szemán Béla* szigorló-orvosok, illetve orvostanhallgatók.

A Magyar Országos Orvos Szövetség f. hó 14-én tartotta ezévi rendes congressusát a Zeneművészeti Főiskola nagyszobájában *Csilléry András dr.* elnöke alatt.

A congressuson a miniszterelnökséget *Traeger Ernő dr.* és *Antal István dr.* miniszteri tanácsosok, a pénzügyminiszteriumot *Karikás Mihály dr.* miniszteri tanácsos, Budapest Székesfőváros főpolgármesterét és polgármesterét *Salamon Géza dr.* tanácsnok képviselték. Sajnálattal állapította meg a congressus, hogy a belügyminiszter, mint legfelsőbb felügyeleti hatóság képviselőjében senki sem jelent meg.

A főtitkári, nyugdíjintézet, ügyészi és pénztárosi jelentést a congressus nagy helyesléssel vette tudomásul, valamint a számvizsgáló bizottság jelentését is.

Hülli Hümmérnek az ingyenrendelések tárgyában tett előterjesztését elfogadta a congressus. Ezzel kapcsolatban utasította a vezetőséget, hogy a védőnői kérdésben a jövő congressusra javaslatot dolgozzon ki.

Csilléry András elnök bejelentette azon megmáshíthatatlan elhatározását, hogy az elnökségről lemond, ennél fogva a legközelebbi congressuson az elnöki tisztség az alapszabályok értelmében országos titkos szavazással betöltendő lesz. Addig is azonban az ügyek továbbvitelét vállalja.

Klekner Károly ig. tanácsai tag a congressus tagjainak tomboló helyeslése közben fejtette ki, hogy *Csilléry Andrást* az orvostársadalom ezen posztójában nem nélkülözheti, ezért nem oszthatja az elnök által közölt elhatározást, mert hiszen éppen ő mutatta meg orvosközéleti tevékenységével, hogy ebbeli működését semmi irányban sem befolyásolta politikai meggyőződése.

Ez a congressus ejtette meg az első országos titkos szavazás eredményének összeszámlálását a kamarai törvényjavaslat-tervezet, valamint az elrendelt s az új alapszabályok

értelmében szükségessé vált részleges tisztújítás tárgyában. A szavazás eredményét *Csilléry András* a délután 5 órakor újból megnyitott congressusnak jelentette be, amely a következő: A részleges tisztújításra leadott 3298 szavazat, ezek közül érvényes 3058, érvénytelen 240. Az érvényes szavazatok közül budapesti alelnökké választották *Hülli Hümmér dr.-t* 3048, vidéki alelnökké *Petz Aladár dr.-t* 2963 szavazattal. Titkárrá *Korbuly Emil dr.-t* 2959 szavazattal, budapesti igazgató tanácsi taggá *Morelli Gusztáv dr.-t* 1604 szavazattal, vidéki igazgatótanácsi taggá *Dr. Bugyiné Weber Sefánia dr.-t* 2901, nyugdíjintézet másodtitkárrá *Fleischer Elemér dr.-t* 3013 szavazattal. A számvizsgáló bizottság tagjai lettek: *Halka Lajos*, *Hoffer József*, *Sági Lajos*.

A congressusi fegyelmi bíróság elnöke lett *Rihmer Béla dr.*, a bíróság budapesti rendes tagjai: *Blaskovits László*, *Szécsi Ernő*, *Ehn Kálmán*, budapesti póttagjai: *Winternitz Arnold*, *Szaszovszky László*, *Bencze Gyula*. A congressusi fegyelmi bíróság vidéki rendes tagjai: *Orsós Ferenc*, *Koch Béla*, *Henszelmann Aladár*, póttagjai: *Torday Béla*, *Ráisz Sándor*, *Leszler Lajos*.

Az Orvosi Rendtartásról szóló s a Magyar Országos Orvos Szövetség igazgató tanácsa által a congressus elé terjesztett törvényjavaslat-tervezetre leadott összesen 3350 szavazat, amelyből 95 szavazat volt érvénytelen. Az ekként érvényes 3255 szavazat közül 2196 szavazat elfogadja az igazgatótanács törvényjavaslat-tervezetét és pedig 1284 szavazat változatlan szöveggel, 912 pedig az egyes szakaszoknál módosításokkal, 1059 szavazat az igazgatótanács tervezetét nem fogadja el.

Az eredmény kihirdetése után a congressus az elnök életésével véget ért.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat közgyűlése pénteken, június 9-én este fél 8 órakor lesz a bórógyógyászati klinikán. Az elnöki megnyitót *Nékám Lajos*, az ünnepi előadást *báró Korányi Sándor* tartja.

A Weiss Fülöp-jutalomdíjat intéző bizottság 1933. március 18-án tartott ülésében az 1927-től 1932-ig megjelent orvostudományi munkák közül kimagasló értékűeknek ítélte a következőket:

1. *Marek József és Wellmann Oszkár*: A rachitis oktani, anyagforgalmi, kórfejlődéstani, kórbonctani és klinikai vonatkozásaiban; kísérletes és összehasonlító tanulmány.

2. *Schaffer Károly*: Hirnpathologische Beiträge.

3. *Magyar-Kossa Gyula*: Magyar orvosi emlékek.

A bizottság javaslata az, hogy az 1933-ban odaítélhető Weiss Fülöp-féle jutalomdíj osztassék ketté és egyik felével jutalmazassanak *Schaffer Károlynak* a Hirnpathologische Beiträge-ben 1927—1932-ig megjelent dolgozatai, másik felével pedig *Magyar-Kossa Gyulának* Magyar Orvosi Emlékei.

Kimutatás a m. kir. Ferenc József Tudományegyetemen az 1932—33. tanév II. felében beírt hallgatókról. A hallgatók száma karok és szakok szerint a következőképpen oszlik meg:

	rendes	rendkívüli	összesen
joghallgató	974	3	977
orvostanhallgató	330	1	372
orvoskari gyógyszerészhallgató	41		
bölcsészeti hallgató	184		184
matematikai kari hallgató	135	2	160
matematikai kari gyógyszer. hallg.	23		
Apponyi Kollégium bölcsész. hallg.	14		21
Apponyi Kollégium matemat. hallg.	7		
Polgári Iskolai Tanárk. bölcsész	187		263
Polgári Isk. Tanárk. matemat.	76		
Összesen:	1.971	6	1.977

Megoszlásuk nemzetiség szerint:

Magyarország	1.827	Palesztina	1
Románia	106	Franciaország	1
Szerbia	21	Lengyelország	1
Csehszlovákia	14	Ausztria	2
Amerika	3		
Törökország	1	Összesen	1.977

A hallgatóság ezen létszáma 51-gyel kevesebb, mint amennyi az 1931—32. tanév II. felében volt.

Összehasonlítva a múlt tanév II. felének létszámával, ki derül, hogy a joghallgatók száma 20-szal kevesebb, az orvostanhallgatók száma 4-gyel és az orvoskari gyógyszerészhallgatók száma 3-mal több, a matematikai hallgatók száma 8-cal több, a matematikai kari gyógyszerészhallgatók száma pedig 11-gyel kevesebb, az Apponyi Kollégisták száma 26-tal csökkent, míg a Polgári Iskolai Tanárképzősök száma 6-tal emelkedett.

Az újonnan iktatott hallgatók száma 111. Ez a létszám nem jelenti egyúttal az I. féléves hallgatók létszámát is, mert iktatás alá esik az is, ki az egyik karból a másik karba, vagy egyik egyetemről (főiskoláról) a másikra lép át, vagy aki

tanulmányait két féléven át megszakította. Mint első féléves rendes hallgató beiktatva csak 67-en lettek.

A tandíjmentességben vagy tandíjkedvezményben részesült hallgatók létszáma a következő:

- + 21 (a + 21 Apponyi Kollegista)
- 1.189 egész tandíjfizető hallgató (ezek közül 169 polg. isk. tanárképzős)
- 93 fél tandíjmentes hallgató
- 290 kedvezményes tandíjfizető hallgató (ezek közül 94 polg. isk. tanárképzős)
- 177 félmentes és kedvezményes tandíjfizető hallgató
- 9 negyedmentes tandíjfizető hallgató
- 12 háromnegyedmentes tandíjfizető hallgató
- 3 egy tárgyas rendkívüli hallgató
- 1 (10 órán felüli rendkívüli hallgató)
- 182 egész tandíjmentes hallgató
- 156 tandíjhátralékban levő hallgató

Az egész és féltandíjmentességben részesült hallgatók száma a hallgatóság 14%-át, a tandíjmentességben és tandíj-kedvezményben részesült hallgatók együttes száma pedig a hallgatóságnak 38,5%-át képviseli.

Előadás Livingstone-ról. Folyó hó 22-én este 7 órakor a II. sz. Sebészeti klinika tantermében vetített képes előadást tart *Kiss Ferenc dr.*, a szegedi egyetem ny. r. tanára, *Livingstone Dávid* a nagy földrajzi kutató, orvos és misszionárius életéről. Orvosokat és orvostanhallgatókat szívesen lát a rendezőség.

Orvoshumor. A fájós lábak. Beállt az agyonszanált pénztári orvos tömegrendelésére egy kérgestenyérű, szurtos, maszatos ember. „Na mi baja van barátom?” Kérde rosszkedvűen a sok ingyenrendeléstől, lépcsőoktatástól elcsigázott doktor. „Szaggatásom van kérem, mindkét lábamban, tessék megvizsgálni, hogy mitől lehet, aztán valami csillapítót adni”. „Hát mutassa meg, de sorjában, először az egyik azután a másik lábát.” A munkás nekiszedelőzködik, le- hűz a jobb lábáról nagy keservesen egy összevissza felduzzott bakancsot, azután valami kapcaféle rongyot, mire előkerül egy láb, melyről az első pillanatban megállapítható, hogy lábvizet és szappant emberemlékezet óta nem látott. A dok- tort elfutja a méreg. „Szörnyűség!” mondja dühösen, „nem szégyel magam ilyen piszkosan jönni a rendelésre, azt hiszem nincs az egész világon még egy ilyen mocskos láb.” „Ne tessék azt hinni kérem!” mondja erre szelíden a páciens, „hisz a másik lábamat még nem is látta doktor úr!”

Vérengzés és abnormitás. Gyárigazgató barátom meséli: mult héten az egyik, különben igen szorgalmas munkásunk 2 álló napig kimaradt a gyárból. Harmadnap reggel beállt és igazolását a következő ékes szavakkal adja elő: „Igazgató úrnak alázatosan jelentem, nem tudtam begyűnni a szolgál- tatba az asszony miatt, mert csütörtökre virradólag rágyűlt a kólika, 2 álló napig rettenetes hascsikarása volt s csak ma reggelre lett jobban, minekutána az éccaka nagy véreng- zés között abbanált.

Nem kell gondolkodni. J. professor egy ízben segédjének valami intézkedésével nem volt megelégedve. A segéd próbálta magát menteni:

„Igen, kérem tanár úr, de én azt gondoltam . . .” To- vább nem jutott, mert a „Mester” közbeavatott:

„Persze! Ha maga gondolkodik, akkor baj van! Ne gon- dolkozzék és mindjárt jobban fog menni minden.”

Egy kis változás. A köz-kórházi orvostársulat régebbi üléseinek alig volt szorgalmasabb látogatója és előadója, mint a nagytudományú, de örökké szórakozott ideggyógyász.

Előadásait mindig szívesen hallgatták, már csak azért is, mert bővelkedtek váratlan és mulatságos fordulatokban.

Egy alkalommal „cauda equina” sérülés gyógyult esetét mutatta be egy fiatal nő, aki szénakazalról esett le és így szerezte súlyos sérülését. Az érdekes bemutatás nagy tet- szést aratott. A következő ülésen N. már a napirend előtt szólalásra jelentkezik és a következőket mondja: Tiszteit Köz-kórházi Orvostársulat! Van szerencsém bejelenteni, hogy a mult alkalommal cauda equina sérüléssel bemutatott és gyógyultnak deklarált beteg sorsában azóta némi változás állott be. T. i. az asszony időközben egészséges leánygyer- meket szült, akit az ő egyenes kívánságára Piroska névre kereszteltek. Az anya a szülés után néhány órával meg- halt.

Apró állatkák. Ugyanez a professor egyszer hű alorvosá- val G dr-al együtt vizsgált egy idegbajos földmivest és vizs- gálat közben kérde tőle:

„Mondja kedves barátom, szokott maga éjjelenként apró állatkákat látni?”

„Szoktam biz én nagyságos főtanár úr, még elefánto- kat is!”

Akkor tessék beírni G. kolléga úr, a beteg panaszkol- ja hogy éjjel apró állatokat lát.

A szórakozottság netovábbja. Az is megtörtént, még- pedig elég gyakran — e szórakozott tudósunkkal, — hogy a kórházból távozása előtt gondosan magára zárta szobája ajtaját, a kulcsot betette a fehér orvosi kabátja zsebébe, a kabátot pedig felakasztotta a fogásra. Ezután pedig, mint aki a legjobban végezte dolgát távozni akart, de zárva talál- ván az ajtót kétségbeesetten dörömbölni kezd, hogy bocsássák ki. Összeszalad a személyzet, már-már lakatot hozatnak, amikor G. dr. a hű famulus, aki ismerte főnöke szokásait, nyugodtan beszél az ajtón: Tessék csak benyulni Tanár úr a fehér kabátja zsebébe ott lesz a kulcs. Amint, hogy ott is volt.

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

- Soós Aladár:** Étrendi előírások. III. bővített kiadás 5.— P helyett 4.— P
- Horváth Boldizsár:** A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra és 16 oldal műmelléklettel 5.— P
- Kunszt János:** A mai Magyarország ásványvizel, fürdői és üdülő- helyei, 215 oldal 6.50 P helyett 5.50 P
- Vászonba kötve (8 P h. 7.— P)
- Rigler Gusztáv:** Közegészségtan és a járványtan tankönyve 25.— P helyett 5.70 P
- Orsós Ferenc:** Kórboncolás vezérfo- nala 86 oldal 2.50 P helyett 2.— P
- Issekutz Béla:** Gyógyszerrendelés . . 8.— P helyett 6.— P
- A* orvosi tudomány magyar meste- rei.** Kiadja a Markuszovszky Tár- saság. 196 oldal 4.— P helyett 3.50 P
- Krepuska István:** A füleredetű agytá- lyogok kór- és gyógytana ára 4.— P

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

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

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Lapunk mai számához dr. Egger Leó és Egger I. ve- gyészeti gyár Rt. Sulfamyl-ról szóló prospektusát csatoljuk.

MAGYAR, NÉMET, FRANCIA, ANGOL

orvosi szakkönyvek és folyóiratok

legjobban ajánlható beszerzési forrása

NOVÁK RUDOLF ÉS TÁRSA

BUDAPEST, BAROSS-U. 21. :: TELEFON: 30-2-17

Vegyészeti gyár keres

irodalmilag képzett fővárosi

GYERMEK-PRAXISÚ ORVOST,

orvosi propaganda irányí-
tására és időközönkénti iro-
dalmi munkálatok elvégzésére

Ajánlatok: „Vegyészeti gyár” jeligére
Rudolf Mossehoz, Váci-utca 18. sz. küldendők.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GEZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSEK MIHALY, SZÉKELY AGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VAMOSSY ZOLTAN

ISSEKUTZ BÉLA
POÓR FERENC

GORKA SANDOR
REUTER KAMILLÓ

HÜTTL TIVADAR
ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: VAMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Blaskovics László: A glaukoma gyógyszeres orvoslása. (437—440. oldal.)
Neuber Ede: A debreceni I. oszt. elemi iskolás tanulók átvizsgálása egészségügyi szempontból az 1931—32. tanévben. (440—444. oldal.)
Paul Benő: A vér cholesterolitettsége allergiás betegségeken. (444—446. oldal.)
Vajda Lajos: Az intracutan tuberculin és az intracutan saját-vértuberculin reactio különbsége. (446—448. oldal.)
Lendvai József: Különös elhelyezkedésű Vater-papilla carcinoma esete. (448—450. oldal.)
Kiss Pál: Grippes csecsemők szív működési zavarai és azok kezelése. (450—451. oldal.)

Löwinger Simon: Lómáj kivonat hatása anaemia perniciosában. (451—452. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (81—84. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan, Sebészet, Szülészeti, Gyermekgyógyászat, Gégészeti, Bőrgyógyászat. (452—454. oldal.)
Könyvismertetés: (454. oldal.)
Egyesületek ülésgyűjteményei: (454—457. oldal.)
Kollarits Jenő: A tüdőbajos főiskolai hallgatók ügye és a tüdőbajos közterhekre történő elhelyezése. (458. oldal.)
Dalotti Béla: Megjegyzések Téglassy dr. népegészségügyi reformtervezetéhez. (458—459. oldal.)
Nyelvművelés. (459. oldal.)
Vegyes hírek: (460. oldal és a borítólapon III. és IV. oldalán.)

A glaukoma gyógyszeres orvoslása.

(Klinikai előadás.)

Irta: *Blaskovics László dr. ny. r. tanár.*

A glaukomát állandó cseppentéssel, belső orvosszerekkel és műtéttel iparkodunk ártalmatlanná tenni. A betegséget magát egyikkel sem lehet gyógyítani, ami nem csodálatos, hiszen a baj okát még ma sem ismerjük. Bizonyos, hogy a műtét a leghatásosabb eljárás, de mint-hogy kockázattal jár, akkor jön szóba, ha a baj gyógyszeres orvoslással nem tartható féken. Cseppentéssel is akárhányszor elérjük, hogy a szembeli nyomásfokozódás megszűnik. Ezzel a dioptrikus zavar, a szaru homálya elmúlik, a perceptiós hibák pedig olyan mértékig javulnak, amilyen mértékben nem végleges anatómiai változásokon alapulnak. A cseppentések a műtét előkészítéséhez is és a műtét után is szükségesek szoktak lenni. Idejében és helyesen megindított orvoslással majd mindig elérjük, hogy a beteg látóképessége élete végéig megmarad.

A nagynevű *Graefe* volt az első, aki glaukoma ellen ajánlott szivárványkimetszéssel a nyomásemelkedés leküzdésére hatékony fegyvert adott a kezünkbe. Csakhamar kiderült azonban, hogy a „glaukoma simplex” ártalmát ez a műtét nem képes megakadályozni. Mihelyt a pupillaszűkítőknél nyomáscsökkentő hatása ismeretes lett, a glaukoma ez alakja ellen mind többen fordultak a tisztán gyógyszeres orvosláshoz. Persze kellő vizsgálómódot hián a bajjal nem bolygultak. A glaukoma heveny és idült eseteiben*) azonban

*) A „glaukoma inflammatorium” elnevezés a „simplex”-szel szemben el kellene ejteni, hiszen napjainkban nem kétséges többé, hogy mindig pangásról és nem gyulladásról van szó. Amíg jobb kifejezésünk nincsen, elég „egyszerű”, „idült” és „heveny” glaukomáról szólni — a „gyulladásos” szó elhagyásával. A többi javaslat mind elfogadhatatlan, mert nem vág mindenben mai felfogásunkkal. A compensatio fogalma, amely *Elsching* óta bizonyos népszerűségnek örvend, nem esik egybe azzal, amit glaukomára vonatkoztatnak. Haladó glaukoma nem lehet „compensált”, ha simplexre értik is. Kiegyensúlyozott glaukoma inkább csak a prodromalis szak nyugalmi idején van meg. Orvosszerrel compensált glaukoma már érthető lenne.

mindenki a mihamarabb végzendő iridektomiát vélte egyedül célravezetőnek.

*Schulek Vilmos*¹⁾ e lap hasábjain már 1896-ban kimondta, hogy a lappangó²⁾ glaukoma jól ellenőrizhető eseteiben gondos pilocarpin-cseppentésekkel éveken át meg lehet akadályozni a baj kitörését. Ma persze, amikor vizsgáló módszereink tökéletesedésével a baj kezdete és orvoslásunk hatékonysága jóval inkább tudható ki, mint azelőtt, a gyógyszeres kezelés tudatosabb és biztosabb lett. Kellő ellenőrzés persze ma is elengedhetetlen, de az általános műveltség terjedésével inkább el is érhető.

Az eddig mondottakból is érthető már, hogy a *baj korai felismerése* mennyire értékes, hiszen ilyenkor végleges változások még nincsenek a szemben. Fontos tehát, hogy minél hamarabb fogjunk gyanút, vagyis mindig gondoljunk a glaukoma lehetőségére, ha arra a legkisebb okunk van. Ebben a gyakorló orvosnak felelősségteljes szerepe van. Neki kell megéreznie a bajt, ha a betegek főként a reggeli órákban jelentkező fájásról panaszkodnak. Ilyenkor meg kell kérdeznie a betegétől, hogy nincsen-e ugyanakkor ködös látása is, amely délfelé megszűnik, nem észlelt-e máskor is hasonlót, nem lát-e színes karikákat a lámpa körül, olyanokat, mint a hold udvara. Efféle panaszok lappangó, de időnként már megnyilatkozó glaukomára vallanak. Ha nagy főfájás, hányás, rosszullet támad, ne mulasszuk el glaukomás rohamra gondolni és hebehurgyán ne állapítsunk meg mindjárt gyomorrontást vagy migraine-t. A nagy rosszullet közepette a látás zavaráról elterelődik a beteg figyelme, kiválték, ha — miként rendszeren — az egyik szemén támad csak heveny roham. Minden hasonló tünet esetén meg kell kérdezni e beteget: jól lát-e mind a két szemével? Sok megvakulásnak lehet így elejét venni.

A felsorolt gyanújelek persze még nem bizonyítók. Szivárványlátás támadhat a kötőhártya váladékától is, ha a szarura kerül. Egy-két pislogás azt nyomban megszünteti. Támadhat ilyen jelenség öregkori lencsehomálytól is. A színes karikák ilyenkor kisebbek, mint a

¹⁾ O. H. Szemészet, 4—5. sz.

²⁾ Ez többetmondó kifejezés a „stadium prodromale”-nál.

glaukomás szivárványlátás és nem kisebbednek meg, ha szűk lyukon nézetjük át a beteget. A lencsétől származó „udvar” állandó, azaz bármikor felidézhető, ha sötét szobában lámpafényre nézetjük a vizsgáltat. Az objektív jelenségek közül kiemelendő, hogy glaukomára gyanus valamelyik látóhártyai verőér lüktetése és a látóidegfő minden nagyobb vájulata. Nem szabad ilyenkor elmulasztani a látótér vizsgálatát sem. A vakfoltból kiinduló, rostnyalábpusztulásra valló skotoma gyakori glaukomás jel, persze kezdődő esetben nincs mindig meg.

Tonometeres vizsgálat döntő szokott lenni. Kellő értékeléséhez tudnunk kell, hogy a szembeni nyomás élet-tani határát 21—27 Hgmm-nyire becsülik, de ép viszonyok között is 13—36 Hgmm-nyi lehet. A gyakorlatban 16 és 28 Hgmm a szélső értékek. A tensio biztos megállapítására azonban egy mérés nem elegendő, már azért sem, mert csak manométerrel kapunk abszolút értéket, de evégett a szem burkaát át kellene döfni. Annyi bizonyos, hogy a nyert értéknek a tonometerrel is egyenlőnek kell lennie a két szemben.

Rendes viszonyok között a szembeni nyomás *reggel a legnagyobb*, délelőtt néhány órán belül gyorsan le-száll, délben alacsony, de legkisebb a délutáni órákban (magánrendelések ideje!), éjjel újból magasabb lesz. Az ingadozás azonban normalis szemben 2—3 Hgmm-nél nem nagyobb. Ezért a tensio pontos megállapításához szűk-séges a vizsgálandót a klinikára felvenni és a látásgör-béhez hasonlatosan kora reggel, délben és lefekvéskor tonometeres mérés alapján „nyomás-görbét” szerkeszteni, ha a kóros kilengést meg akarjuk tudni. Nagy amplitudo glaukomára vall. Napi ötszörös mérés persze jobb lenne, de a szaru hámját kímélni kell.

Ha a baj még lappang, *vérnyomásemelő próbák* is végezhetők*). Egy deci erős feketekávé elfogyasztása, 1 liter víznek 2—3 percen belül megítatása ép szemben alig, glaukomáson nagymértékben emelheti a tensiót. Nyomásemelkedést a fejben is elérhetünk azzal, hogy egy ideig 20—30°-al fejjel lefelé fektetjük a vizsgálandót. Nyakkötővel is próbálkoztak, olyannal, amely a jugula-rist nem nyomja túlságosan és a betegnek nem okoz kellemetlenségeket. Ezek a vizsgálatok nagy vérnyomású, agyvérzésre hajlamos, érkeményedésszerű betegen nem ta-nácsosak. Baj nélkül végezhető azonban a „sötétpróba”, amely abban áll, hogy félóránig sötét szobában tartjuk a beteget, amitől a pupilla kitágul, a tensio emelkedik, de világosan mielőzt hamarosan megszűnik. A sötétpróba és a vérnyomásemelő próbák ép egyénen is fokozzák a tensiót, de csak kis mértékben. Glaukomásokon a kilengé-sek is nagyobbak, a tensio abszolút mértéke is megnő és vontatottan tér vissza eredeti nagyságára.

Az elkülönítő körmeghatározásról a glaukoma faj-táinak tárgyalásakor már szoltunk. Az orvoslás szemszö-géből újból kiemeljük, hogy kivált az „iritis obturans” és a látóidegfőnek bármilyen nagyobb területű vájulata hasonló lehet a pupilla glaukomás jelenségeihez.

Az *iritis obturans* („iritis serosa” autorum) gyakran okoz nyomásemelkedést. Praecipitatumokon kívül alig van más, szabad szemmel látható tünet és ezek is hiányozhatnak, még a pupilla is reagálhat. Lassankint széli szivárványletapadás keletkezik, de ilyen glaukomás sze-men is megvan. Ha a glaukomások első szemkamrája szűkebb is, pupillája tágabb is, az iritis obturans csalódá-sig hasonlíthat önálló glaukomához, kivált, ha vájulat támad a látóidegfőn. Az iritis obturans fiatal egyéneken észlelhető ugyan, de főbonyodalma, a nyomás emelkedése, későbbi években is jelentkezhetik. Mindezt fiatalabb korú egyén nyomásemelkedése gyanus másodlagos glaukomára.

*) Tudjuk, hogy a fokozott vérnyomást a szem kiegyen-líti, de glaukoma esetén a hirtelen keletkező megzavarja a nyomásszabályozó berendezést.

Ilyeneknek tulajdonítható diagnostikai tévedést többször észleltem.

Egyik javakorbéli férfibetegben egy jőnévű, néhai sze-mészünk tévedésbe esett. A beteg papillája a közepnél tágabb, sem fénybehatásra, sem összehúzóerőre nem húzódtott össze, mindkét látóidegfeje pedig halvány volt, vagyis a betegnek „abszolút” pupillamerevsége és látóidegsorvadása volt. „Pupilla-merevség” és „atrophia nervi optici”, együtt tabeszes látóideg-sorvadásra vall. Amde a betegnek lüese nem volt és pontosan-ban megnézve a látóhártya erei kissé meghajoltak a látóide-gő szélén, amit „excavatio atrophica”-nak is lehetett minosi-teni. Behatóbb tudakozódás kiderítette, hogy serdülő korában szemgyulladása volt, s emiatt sötét szobában tartották, sze-mét roró borogatással és cseppentéssel orvosolták, álta-lános kezelésül pedig kénésbodorzsolást végeztek vele, (az iridocyclitis chronica akkori szokásos gyógy módja). A collega többször csináltatott Wassermann-probat, mindig nemleges eredménnyel. Ez indított arra, hogy kétkedjem a baj meghatározásában. Tonometeres vizsgálat az egyik sze-men 46, a másikon 28 Hgmm-es nyomást derített ki. Ezzel meg volt a helyes diagnosis, a beteg kétségbeesése megszűnt, glaukomája ellen végzett műtét a baj haladását megállí-totta.

Megemlítem még azt is, hogy az uveitisben szenvedők belső szemnyomása toobnyire alacsonyabb a rendesnél: ilyen a szemük egyensúlyi állapota. Jó példa erre egy másik esze-letem, amikor egy fiatalabb nőbetegem egyik szemén „iris bombans” volt, 26 Hgmm-es nyomással, míg a másikon 12 Hgmm. nyomást mértem. Ezen a szemén is megvoltak az idült szivárvány-érhártyagyulladás tünetei. A előbbi szemén hiányos tenyerzés volt és arra vettem, hogy ez a szem már régen megvakult glaukomában, mert hiszen ilyen kis nyo-másemelkedésről nem hittem, hogy közvetlenül ekkora bajt csináljon. Az iridektomia utáni napon nagy meglepődéssel hallottam, hogy a beteg az operált szemével visszanyerte a látását, amit nem is igertem volt neki, hanem csak a szem megbékülése kedvéért operáltam meg. A látóélesség végül is 20%-nyi ($V=5/15$) lett, jó látóterrel és ugyancsak 12 Hgmm-nyomással, ami igazolja, hogy mindkét szemnek ez volt bajt nem okozó egyensúlyi állapota. Az egyebként mérsékelt es-elettani határokon belül, 26 Hgmm-nyi nyomás itt mar vesz-nöző volt.

A *glaukomás excavatio* — miként láttuk — sorvadá-sos vájulat képét tüntetheti fel. A gödörképződés ezen felül olykép is megindulhat, hogy egy meglevő élettani vájulat mind szélesebb és mélyebb gödörre tágul. Mäskor ez a folyamat a látóidegfő külső szélén indul meg és az erek némi megtöretése teszi csak gyanussá nyomásemelke-déstől származását, ezért minden, némiképp is gyanus esetben tanácsos a tensiót behatóan megvizsgálni.

Nyomásgörbe készítése részben azért fontos, mert korábban teszi felismerhetővé a bajt, részben azért is, mert így megállapíthatjuk a szándékolt becseppentésnek ama legkisebb szaporaságát, amely a nyomást féken tar-tani képes. Ezek után tartunk szemlét használható sze-reinken:

Az *eserint* az elzászi Laqueur ajánlotta 1876-ban, míg a kiméletesebb pilocarpin nyomáscsökkentő hatását egy évvel későbbben a nemet weber ismerte fel. Mind a kettő izgatja a szemmozgató agyideg végkészülékét, a pupilla szűkítőjében görcsöt okoz, sőt ciliaris görcs is támad tőlük, ami egy-ideig közelítővé teheti a szemet. A sugarastest nyujtvá-nyai a szemlencse egyenlítője elé kerülnek, amitől a lencse lotyogós lesz. Seidel e szerek behatására a sugarastestnek fokozott elválasztóképeséget tulajdonít, ami a folyadékterlő-dás szempontjából persze kedvezőtlen. Mindkét szer hatása-ként észlelték a látóhártya ereinek caliberingadozását és né-ha értágulatot is. A két mioticum hatása tehát nincsen még teljesen tisztázva.

A gyakorlat szemszögéből fontosabb a két szer befo-lyása a szembeni nyomásra és e hatás időbeli lefolyása — ép és glaukomás szemben. Az előbbin eleinte némi kis nyomásemelkedés támad, de 5—10 perc múltán a szem számbavehetően puhább lesz ami 10—12 óra hosszat is el-tarthat. Glaukomás szemben a nyomás csökkenése jóval na-gyobb, az eredeti szemnyomás kb. $\frac{1}{4}$ részével megkiseb-bedik, a napi ingadozás mértéke is enyhül. Ez a hatás rész-ben a pupilla szűkítésével függ össze, amitől a csarnokvíz a csarnokzúgon át (Seidel), vagy a kiszélesedett iris-felü-leten keresztül (Hamburger) tökéletesebben folyik le. De — amiként mondtuk — a mioticum a sugarastestben is tá-maszthat összehúzódat, amitől a Fontana-féle ür nagyobb,

a Schlemm-csatorna szabaddá lesz. Összenyomatása folytán a verőeres vérellátás csökken, viszont az érhártya erei tágulnak. A hatásmód még nincs kétségtelenül eldöntve; valószínű, hogy több hatás együttesen szerepel.

Megemlíthetjük még, hogy a pupillaszűkítőktől okozott alkalmazkodási görcs következtében támadó időleges myopiára a beteget figyelmeztetni kell. Ha homorú üveggel régi látása fennmaradását kimutatjuk, nem fog nyugtalanodni miatta. A sugarastesti görcs fájdalmat is, főfájást is okozhat. Ebben a pilocarpin kedvezőbb az eserinnél, mert a betegek, sok éven át is, jobban viselik el.

A tonogen, vagy adrenalin, suprarenin, epirenin és egyéb elnevezésű szerek, amelyek hatásmódjukban mind azonosak*) a glaukoma gyógyszeres orvoslásában másodsorban kerülnek csak szóba, mert a pupillát tágítják, kivált sympathicotoniás betegen. Hatásuk egyébként sem annyira megbízható, legfeljebb a glaukosan jöhet — okkal-móddal használva — szóba. Ezek a mellékvesekészítmények tudvalevően érszűkítők. A vérnyomást ugyan emelik, de a szembehelyi csökkentik. Ez az ellentét onnan van, mert a szemgolyó zárt terület, amelynek folyadékmennyisége csökken, ha kevesebb vér juthat beléje. E szerek ebből az okból is, pupillatágító hatásuknál fogva is kényesebbek, kivált a parasympathicus bénulása: Basedow, diabetes esetén nem tanácsos élni velük.

A mellékvesekészítmények hatását állatokon Wessely tanulmányozta és megállapította, hogy 3—4 Hgmm-re csökkentik a szembehelyi nyomást. Előbb a szem vérellátás-függése fog meg, majd az erek bénulása következtében a szembehelyi nedvnek kifolyása válik tökéletesebbé. A hatás egyébként még korántsem ismert.

A suprarenin 1:1000 oldatában szemcseppként adva nem eléggé hatásos, ezért Erdman a kötőhártya alá fecskendezte. Erre a célra a szintetikus suprarenin jobb a kivonatnál, mert a beadott mennyiség pontosan kiszámítható. Nagy hibája az elárasztásnak, hogy kedvezőtlen szervi hatása van. Szédülést fejfájást, vérnyomásemelkedést okoz. Öregeknek nem szívesen adjuk. Egyébként a befecskendezés a vérpálya útján a másik szemre is nyomáscsökkentően hat.

A Hamburger-afájlotta glaukosan hasonló hatású, de még veszedelmesebb. Cseppentés alakjában azonban kellő óvatossággal használva nem igen csinál bajt. Becsapentése előtt a szemet diocainnal, vagy pantocainnal érzéketlenítjük. A cocain nem jó, mert a pupillát tágítja és, ha különben nyomáscsökkentő hatása is van, a tágulat nedvtorlódást okozhat a szemben. A pontocainozás után két perccel a szem már fájdalom nélkül állja a glaukosant, amelyből 2 cseppet adunk az alsó hártyába. Eközben a szemrést szétvárujuk, a beteget ide-oda nézetjük, hogy a folyadék jól elterüljön a szem felületén. Egy perc múltán minden felesleges folyadékot gondosan letöröljük. A pupillatágító hatást azzal csökkenthetjük, hogy eserinnel már előbb jól megszükitjük a pupillát és a glaukosanozás után is többször cseppentünk belőle a szembe. Ezzel pupillatágulás csak kismértékben támad, nem kell félni glaukomás rohamtól és az általános hatás sem számottevő.

A szer még pupillát tágító tulajdonsága ellenére is hatásosabb az eserinnél és olyankor használjuk, amikor a pupillaszűkítés már nem csökkenti eléggé a tensiót. A glaukosanozás már csak azért is kívánatos, mert utána a pupillaszűkítők újból hatnak — gyérebben cseppentve is. Ez az eljárás időnként szükséges csak; a szer nem bízható a betegre. Pupillatágító hatásuk miatt az adrenalin egyik fajtáját sem szabad hevenyész glaukoma ellen adni!

Megemlíthető még a *histamin* is, amely hatása tekintetében megtévesztő „amingleukosan” néven 2, 7 és 10%-os oldatban kapható. Ez a szer a leghatalmasabb miotikum, még atropinnal kitágított pupillát is meg tud szűkíteni. Sajnos azonban, hogy használata öreg emberekben kissé veszedelmes ezért lehetőleg mellőzzük. Teljesen mégsem kell lemondani róla, mert 2%-os oldatából baj nélkül adhatunk két cseppet és néhány óra múltán újból kettőt. Ugyanígy járunk el vele, mint a glaukosannal, vagyis előbb érzéketlenítjük a szemet és a nézetéssel elkent szer feleslegét gondosan letöröljük. A pupillaszűkítő hatáson kívül a szemet meglehetősen kivörösíti, ami kellemetlen ugyan, de nem éppen nagy baj. Hevenyész glaukomás roham feltartóztatására és megszüntetésére alkalmas lehet. Netán tévedésből adott pupillatágító káros hatását is leküzdhetjük vele.

*) Bosszantó, hogy a gyárak szabadalma kedvéért ugyanazon szerre számos latin-görög korszót kell megtanulnunk, noha értékük sem tisztázódik meg, mire már új szót kell bemagolnunk. Ezért sokan megmaradnak régi gyógyszerük mellett, amelynek neve közismert és változatlan. Ez gátolja a haladást!

Az elmondottak után szólni kell még a gyógyszeres orvoslás módjáról a glaukoma különféle alakja ellen és lefolyásuk egyes szakában.

Az egyszerű glaukoma a gyógyszeres orvoslás főterrének. Olyképp kell hozzáfogni, hogy mindenekelőtt nyomásgörbét készítünk. Azután kipróbáljuk, hogy a pilocarpinnak mennyi az a legkisebb dosisa, amellyel a nyomás kellő korlátok közé szorítható. Szükséges ugyanis megtapasztalnunk azt, hogy a cseppentésekben megbízhatunk-e? A minimum fölé sokkal azért nem szeretünk menni, hogy a cseppentés napi számát szükség esetén szaporíthassuk. Ebben is folytonos ellenőrzés szükséges.

Eleinte havonként győződünk meg arról, vajon helyes-e a megállapított mennyiség. Ha ebben már bizonyosak vagyunk, $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ évenként járjuk be a beteget. Ha esetleg naponként egy csepp pilocarpin elég lenne, lefekvéskor adjuk, ha kettő szükséges, a másodikat a felébredés idejére rendeljük. A harmadik csepp délben, a 4-ik, 5-ik délelőtt és délután jöhet sorra. Mihelyt nem látszik elégnek a cseppentés száma, szaporítsuk azt. Napi ötszörös pilocarpinbecseppentésen túl alig érdemes menni. De lehet ezek közé 1 vagy 2 csepp eserint iktatni, helyesebben reggelre és estére rendelni és az 5-szöri pilocarpinozást a nap folyamára egyenletesen szétosztani. Ez azonban hosszabb ideig akkor lehetséges csak, ha az eserin nem okoz a betegnek kellemetlenséget.

Ha mindez csődöt mond, szóba jön a műtét, kivált olyanokon, akik nem járhatnak annyiszor orvoshoz. Jól ellenőrizhető esetben próbát tehetünk még glaukosan becseppentésével. Ha ez beválik, mégpedig abban is, hogy a cseppentéseket gyéríteni lehet, ezeket továbbfolytatjuk. Egyszer-mászor hypertóniás konyhasó-befecskendezést adhatunk a könyökhajlat vénájába. Ha újból eljutottunk a szaporítás maximumáig, újabb glaukosanozás végezhető. Nyilvánvaló, hogy ilyenkor az ellenőrzést fokoznunk kell és nyomásgörbe készítését gyakrabban igénybe vennünk. Ha így vagyunk már, a műtét szüksége mindjobban közeledik. Ezzel semmi esetre sem szabad elkésznünk, mert napjainkban a „cyclodialysis”-ben az egyszerű glaukoma ellen hatékony eljárásunk van. A sugarastest eme részleges leválasztását meg lehet ismételni, akár négyszer is. Műtét után az elbánás ugyanaz, mint előtte. Ha állandó nyomáscsökkenés jött létre, a pilocarpinozás fölösleges; ha a nyomás már a rendes mértékig emelkedett, újból adhatunk esténként egyszer a szerből. Ha szükséges, többször is — és így tovább. Mindeme rendszabállyal majd mindig boldogulunk, ha ugyan a beteg idejében kerül hozzánk.

Gyanújelek alapján is meg kell tennünk minden vizsgálatot a baj megállapítására. Amikor az egyik szem glaukomás lett, a másikat mindig gyanuba foghatjuk, mert ez a betegség mindig kétoldali. Egyszeri becseppentés naponként mindig elrendelhető, mert teljesen ártalmatlan. Ezt az egész életre ajánljuk.

Lappangó glaukoma ellen az eljárásunk ugyanaz. Nem tartjuk ma már szükségesnek, hogy a roham elhárítása végett mindenképpen operáljunk. Ezt már Schulek is tudta, noha csak ritkán vélte helyénvalónak. Mégis — nem is nagyon régen — szükségesnek mondták, hogy lappangó glaukoma ellen iridektomiát végezzünk. Pedig ez a műtét rontja a látást is és nem is képes a bajt, legalább is elhúzódo alakjában, meggátolni. Nem ellenőrizhető esetben jobbnak látszik operálni, de cseppentéssel vagy anélkül teljesen compensált időszakban.

Az idült glaukoma már ritkán kerül el a kést, kivált, ha a szivárvány sorvadásának jelei észlelhetők. Az idült esetek között sokkal több a másodlagos, semmint vélni szokták. Szivárványkimetszés, netán Elliot-féle kötőhártya-alatti trepanálással egybekötve, az a módszer,

amely az ilyen esetekben a legtöbb sikert igéri. Kellő eredmény híján itt is végezhető cyclodialysis. A széli iridektomia akkor lehetséges csak, ha a szivárvány nem sorvadt nagyobb mértékben. Haszna a széli kimetszésnek abban van, hogy a pupillaszűkítő izom megmarad és a pilocarpin nem veszít hatásából.

Hevenyész glaukoma ellen nem érhetjük be a gyógyszeres orvoslással. Műtét előtt azonban lehetőleg le kell küzdenünk a rohamot. Erélyes cseppentés — akár histaminál is — legtöbbször célhoz vezet, legalább is megkönnyíti a műtét végrehajtását. Ha azonban egy-két napon belül nem sikerül a tensiót lenyomunk, kénytelenek vagyunk néha nagy szembebeli nyomású esetben operálni, mert a látás ilyenkor veszendő és hosszabb ideig várni nem tanácsos. A főműtét még ma is a klasszikussá vált Graefe-féle iridektomia. De néha lehet csökkentett nyomású hevenyész esetben is széli kimetszést végezni, ha ugyan a szivárvány keskenyvé válása nem hiusítja azt meg. Az iridektomiáról igazolták, hogy jóval többször okoz kisebb lencsesérülést, miként hittük. Erről vizsgálás a réses lámpával győz meg bennünket. *Uthoff* óta tudjuk azt is, hogy iridektomia után időült formájában a glaukoma fenn szokott maradni. Ezért a műtét után sem hanyagolható el az ellenőrzés, de cseppek sem mellőzhetők. A baj további fennmaradása ellen legjobb a coloboma helyén részleges sugarastestleválasztást végezni.

Az öregkori önálló glaukoma nyilván szerkezeti okból származik, mert hiszen mindig mind a két szem baja. Ez okból általános orvoslás is helyénvaló. A csöppentés hatása belső orvossággal támogatható. Sokféle szert ajánlottak. Sok orvosság — csekély haszon! De azért mégsem hanyagolandó el a segítségnek ez a módja sem.

A szerkezeti orvoslás részben a vérnyomás csökkentésére irányulhat. Evégből többízben 300–400 gr.-nyi vérvételt ajánlottak. Érkeményedésben szenvedőknek nitrosklerin adható, vagy jó-d-calcium-theobromin-összetételt írunk fel. Ezt az orvoslást lehetőleg belorvosra kell bízni. A vasomotoros labilitás ellen, ami glaukomásokon gyakori — talán oka is lehet a bajnak — nyugtatót rendelünk. Valeriana-készítmények jönnek erre a célra leginkább szóba. A bromural kitérően beválik és nem ártalmas. Másféle bróm-készítmény is adható. A nők változása idején támadó glaukoma ellen organextractumok jó hatásuk lehetnek. A vér osmotikus koncentrációjának emelésére, mert vizet von el a szemből, *Hertel* 2–3 g. konyhasó szedését ajánlotta. Nem veszedelmes konyhasóoldat befecskendezése vénába sem, de inkább egy-egy alkalomra való.

Organo-vegetatív rendszerre ható szerek használatosak, amióta *Hertel* kimutatta, hogy a thyreoidinnek a sympathicust izgató hatása nyomáscsökkentően hat. Ez a szer azonban nem épen közömbös, ezért ifj. *Imre* kevésbé veszedelmes hormonokat, a hypophysis- és ivarmirigy-kivonatokat ajánlja, persze a hatásuk kisebb amennyire. A különféle hormon hatása a szembebeli nyomásra még nem eléggé ismert, de bizonyosnak látszik, hogy inkább múló hatás észlelhető csak. Calcium adásával lehet az érfalat süríteni és ezzel áteresztőképességét csökkenteni. A szervi készítmények Ca adásával is támogatathatók.

Thiel hasonló okból ergotamintartartatot ajánlott. A sympathicust is izgatja, az érfal áteresztőképességét is csökkenti, de nem veszélytelen szer. Mioticumon kívül adott *Pacyl* nevű cholin-derivatumot dicsérik, fokozódó módon per os leginkább javálható. *Weekers* 3 gr.-os adagokban chlorcalciumot szed.

Bármelyike ezeknek a szereknek azonban nem teszi főlegessé a helybeli orvoslást. Mindenki csak támogató-

ként használja azokat, legalább is eléggé aligha próbálták ki hatásukat pilocarpin cseppentése nélkül.

A glaukoma, amely egyik legsúlyosabb és gyakori baja a szemnek, noha valódi okát nem tudjuk, korlátok közé szorítható. Miként kifejtettük, idejében és kellő tapasztalattal annyira baldogulunk vele, hogy a szem veszélyeztetett látását a beteg élete végéig fenntarthatjuk.

A debreceni I. oszt. elemi iskolás tanulók átvizsgálása egészségügyi szempontból az 1931/32. tanévben.

E vizsgálatokat szervezte és vezette:

Neuber Ede dr.,

egyet. ny. r. tanár, az Országos Antivenereás Küzdelem miniszteri biztosa.

(Folytatás.)

Anthropometriai mérések.

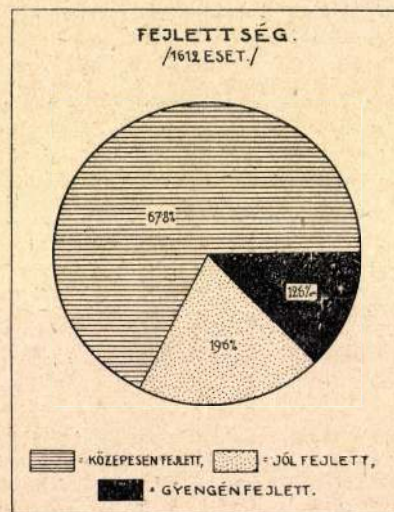
(1612 tanuló.)

Az 1931–32. tanévben majdnem az összes (1602) tanulókon végeztünk anthropometriai méréseket. E vizsgálatokban már csak azért is ragaszkodtunk szigorúan a tavalyi irányelveinkhez, nem kevésbé vizsgálati sémáinkhoz, hogy e két év eredményeit (1930–31 és 1931–32) egymással könnyebben és jobban szembeállíthassuk, illetve összehasonlíthassuk. Az utóbbi tanévben mindenesetre igyekeztünk vizsgálatainkat még mindazokkal az anthropometriai méretekkel kiegészíteni, amelyek az ismertebb és fontosabb indexek kiszámításához szükségesek.

Az 1931–32. tanévben felvett anthropometriai méretek: testsúly (s), állótesthossz-magasság (m), mellkerület (m. k. ny.), vízszintes koponyakerület (v. f. k.), érlökésszám (p) kívül szerepeltek még: ülőtesthossz (ü. h.), legnagyobb koponyahosszúság (k. h.), legnagyobb koponyaszélesség (k. sz.) koponyamagasság (k. m.), morphologiai arcmagasság (m. a) járomszélesség (j. sz.) hajszín (h. sz.), szemszín (sz. sz.), oculocardialis reflex (ocr.), dermatographismus (d.).

Az utóbbi tanévben (1931–32) ezeken kívül a gyermek „általános állapotát” *klínikailag* is vizsgálat tárgyává tettük, igyekeztünk klínikailag is valamennyi gyermekben a fejlettségi és tápláltsági fokokat (jól, közepesen, gyöngén fejlett, illetve táplált) megállapítani. Ezek az adatok a felvett anthropometriai méretekkel természetesen még sokkal pontosabban határozhatók meg.

Klínikai vizsgálat általános állapotra, fejlettségre és tápláltságra az összes (1612) tanulón történt.



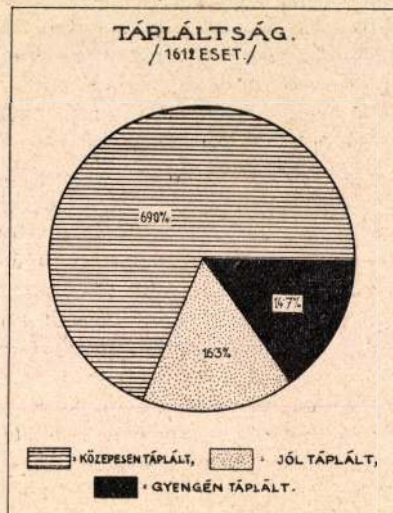
29. ábra.

Fejlettség: 1612 tanuló közül:

jól fejlett	316	19.6%
közepesen fejlett	1093	67.8%
gyöngén fejlett	203	12.6%
	1612	100.0%

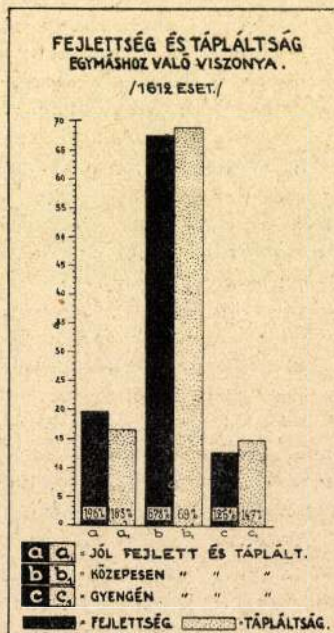
Tápláltság: 1612 tanuló közül:

jól táplált	263	16.3%
közepesen táplált	1114	69.0%
gyöngén táplált	235	14.7%
	1612	100.0%



30. ábra.

Klinikai vizsgálattal az 1470 normalis (91.0%) alkatú gyermekekkel szemben 142 (9.0%) astheniásat találtunk. A fenti arányszámok tehát azt mutatják, hogy az I. oszt. elemi iskolás tanulókon a fejlettség és tápláltság fokai között kifejezett parallelismus észlelhető.



31. ábra.

Az anthropometriai mértékre vonatkozó alábbi adataink és statistikánk ebben a tanévben éppen úgy, mint a tavalyiban tartalmazza kor szerinti összeállításban a pozitív és negatív irányú legszélsőségebb értékeket: a maximumokat és minimumokat, valamint az összes felvételek arithmetikai átlagát.

Általános törvényszerűségek levonására az 1930—31. évben csak a 6½ és 7 évesektől nyert arithmetikai átlagok szolgáltak alapul, az 1931—32 tanévben ezeket le- és felfelé ½ évvel kibővítettük olyan módon, hogy ebben a tanévben (1931—32-ben) a 6—7½ évesektől nyert arithmetikai átlagokat használtuk fel azzal az elgondolással, hogy az idén az I. osztályban elég magas arányszámban szerepeltek 7 éves és annál idősebb tanulók.

A gyermekek ebben a tanévben az anthropometriai vizsgálatokhoz teljesen levetkőztek, lábbelijüket is teljesen levetették (ez utóbbi tavaly nem történt meg, hanem a lábbeli súlyát és magasságát — cipő talpa és sarka — leszámítottuk.)

Az anthropometriai vizsgálatokat a debreceni közegészségtani intézet (Belák Sándor prof.) végezte, pontosabb és részletesebb feldolgozásuk most van folyamatban a debreceni közegészségtani intézetben (Gärtner István).

Darányi Gyula prof. volt szíves elküldeni nekem egy általa szerkesztett mintalapot, amely alapján ezidáig kb. 4000 tanulót részesített egészségügyi vizsgálatokba; vizsgálati methodusa nemcsak igen érdekes, hanem rendkívül széles alapra is helyezkedik. E felvételek főleg a tanuló, illetve a család socialis viszonyait kutatják igen behatóan, az anthropometriai mérésekben pedig a dynamo-, spirometer- s egyéb vizsgálatokat is felölelik, amelyek kétségkívül igen érdekes új és fontos részei az anthropometriai felvételeknek. Ez a munka nagyon is megérdemelné, hogy részletesebben foglalkozzam vele, sajnos csak a correctura alatt kaptam meg ennek az igen érdekes egészségügyi felvételnek mintalapját.

Az anthropometriai adatok a klinikus szempontjából különösen fontosaknak bizonyultak, mert súlyosabb fertőző (syphilis, tuberculosis stb.), alkati és egyéb súlyosabb természetű betegségekben szenvedő gyermek anthropometriai méretei elsősorban jelezték azt, hogy a megállapított betegségek milyen rombolást okoztak a szervezetben.

Vizsgált gyermekek megoszlása nem és kor szerint.

Kor (év, hó)	Füvek	Leányok	Összes
5.1—5.6	—	1	1
5.7—6.0	15	10	25
6.1—6.6	167	140	307
6.7—7.0	272	279	551
7.1—7.6	219	208	427
7.7—8.0	76	74	150
8.1—8.6	47	27	74
8.7—9.0	12	14	26
9.1—9.6	6	6	12
9.7—10.0	4	4	8
10.1—10.6	4	4	8
10.7—11.0	2	1	3
11.1—11.6	1	3	4
11.7—12.0	—	1	1
12.1—12.6	2	3	5
Összesen	827	775	1602
Tavaly	497	530	1027
Kor nem volt megállapítható	9	1	10
	836	776	1612

A vizsgált gyermekek anthropometriai méretei.
(kilogrammban és méterekben.)

Fiúk:	Kor (év, hó)	Arithmetikai közép		
		minimum	arányos	maximum
Testsúly	6.1—6.6	12.0	19.13	26.0
	6.7—7.0	14.5	20.20	27.0
	7.1—7.6	15.0	20.32	28.0
Magasság	6.1—6.6	90.0	112.03	129.0
	6.7—7.0	99.0	114.52	127.0
	7.1—7.6	102.5	115.65	128.0
Ülőmagasság	6.1—6.6	54.0	62.41	68.0
	6.7—7.0	57.0	63.46	70.0
	7.1—7.6	56.5	63.75	71.5

Fiúk:	Kor (év, hó)	Arithmetikai közép		
		minimum	arányos	maximum
Mellkaskerület	6.1—6.6	49.0	55.46	65.0
	6.7—7.0	50.0	56.43	64.0
	7.1—7.6	50.5	56.87	65.0
Vízszintes fejkerület	6.1—6.6	46.0	50.00	54.5
	6.7—7.0	47.0	50.77	54.5
	7.1—7.6	46.5	50.92	54.0
Koponya-szélesség	6.1—6.6	13.4	14.71	15.6
	6.7—7.0	13.4	14.71	16.2
	7.1—7.6	13.3	14.65	16.0
Koponyahosszúság	6.1—6.6	15.8	17.08	19.1
	6.7—7.0	15.6	17.03	18.5
	7.1—7.6	15.6	17.06	18.4
Koponyamagasság	6.1—6.6	10.1	11.27	12.1
	6.7—7.0	10.3	11.38	12.3
	7.1—7.6	10.2	11.28	12.1
Morphologiai arcmagasság	6.1—6.6	8.4	9.35	10.5
	6.7—7.0	8.2	9.39	11.0
	7.1—7.6	8.1	9.39	10.7
Járomcsont-szélesség	6.1—6.6	10.7	11.86	12.7
	6.7—7.0	10.8	11.76	12.9
	7.1—7.6	10.7	11.98	13.1
Érlökés-szám	6.1—6.6	72.0	102.16	138.0
	6.7—7.0	66.0	104.54	144.0
	7.1—7.6	76.0	103.92	138.0

Leányok:	Kor (év, hó)	Arithmetikai közép		
		minimum	arányos	maximum
Testsúly	6.1—6.6	13.0	18.39	27.5
	6.7—7.0	13.0	19.32	29.0
	7.1—7.6	13.5	19.57	28.5
Magasság	6.1—6.6	98.0	110.35	125.5
	6.7—7.0	97.0	113.46	130.0
	7.1—7.6	102.0	114.67	134.0
Ülőmagasság	6.1—6.6	56.0	61.35	69.0
	6.7—7.0	54.0	62.83	72.0
	7.1—7.6	56.0	63.26	70.5
Mellkaskerület	6.1—6.6	48.5	53.87	72.0
	6.7—7.0	47.5	54.58	62.5
	7.1—7.6	48.0	55.35	67.5
Vízszintes fejkerület	6.1—6.6	45.5	49.31	54.5
	6.7—7.0	46.0	49.70	54.5
	7.1—7.6	45.5	49.80	53.0
Koponya-szélesség	6.1—6.6	13.5	14.35	15.3
	6.7—7.0	13.1	14.35	15.7
	7.1—7.6	13.2	14.27	15.2
Koponyahosszúság	6.1—6.6	15.5	16.54	17.6
	6.7—7.0	15.3	16.56	18.2
	7.1—7.6	15.2	16.57	18.0
Koponyamagasság	6.1—6.6	9.8	10.92	12.1
	6.7—7.0	9.6	11.03	12.1
	7.1—7.6	9.9	10.99	11.8
Morphologiai arcmagasság	6.1—6.6	8.2	9.04	9.8
	6.7—7.0	8.2	9.12	10.8
	7.1—7.6	8.1	9.17	10.4
Járomcsont-szélesség	6.1—6.6	10.8	11.65	12.6
	6.7—7.0	10.7	11.67	13.1
	7.1—7.6	10.8	11.69	12.5
Érlökés-szám	6.1—6.6	78.0	106.72	146.0
	6.7—7.0	72.0	104.45	138.0
	7.1—7.6	72.0	104.80	132.0

Vizsgálatainkban mindenütt a praeventiv irányt, a megelőzését kívántam szolgálni és kidomborítani; a súlyt mindenütt erre helyeztem.

Mihelyt az I. oszt. elemi iskolás tanulókat megfelelő egészségügyi vizsgálat — „egészségügyi sorozás“ — nélkül beengedtük a tanterembe, akkor a fertőzés elleni védekezés lehetőségeiből már sokat veszítettünk, sőt azok nagy részéről már le is mondottunk, mert nemcsak 1—2 nap, hanem percek, sőt egy pillanat alatt is fertőzheti a beteg gyermek az egészségest. E betegségekből gyógyulás nem ritkán hónapok, esetleg csak évek múlva következik be, sőt a fertőzött gyermekek egy része teljesen ki sem gyógyítható, vagy pedig olyan súlyos, helyrehozhatatlan ártalmakat szenvedhetnek el, amelyek következtében egész életükre testileg és szellemileg rokkantakká válnak, végül pedig családjuk, vagy az állam számára súlyos teherként jelentenek.

Már az előző közleményeimben megemlítettem, hogy az ilyen praeventív vizsgálatok a katonaság, továbbá biztosító társaságok stb. kötelekébe felvétel előtt „sorozás“ alakjában történnek s ezek ott ma is a felvétel „sine qua non“-ját képezik. Mert vitán felül áll, hogy ilyen széles alapon, úgyszólván egyetemlegesen — tekintve néhány magántanulótól — végezhető egészségügyi vizsgálatok a gyermek életében, főleg pedig az iskola padjaiba lépés előtt más alkalommal nem kínálkoznak. E vizsgálatokat elsősorban fertőző betegségekre, csak másodsorban egyéb természetű betegségekre állítottuk be, mert szemünk előtt mindenkor a fertőző betegségek elleni védekezés lebegett, vagyis az egészséges gyermek épségének megvédése. A hatósági és az iskolaorvosok az iskolaév folyamán az egyéb, nem fertőző betegségeket — az iskolaév alatt szerzett fertőző betegségeket is — úgyszólván megállapítják s gondoskodnak azok gyógyításáról.

E vizsgálatokból az országnak tulajdonképpen csak akkor volna haszna, célokat pedig csak akkor érném el, ha ezek az egész országban kötelezővé válnának és az 5—6 éves korosztályban „egészségügyi sorozás“ alakjában történnének; a súlyosabb természetű, fertőző betegségeken (syphilis, tuberculosis, gonorrhoea, tarchoma) szenvedő gyermekeket nem engednék be az iskola padjaiba, amíg e betegségekből ki nem gyógyultak, de legalább is addig, amíg a fertőző képességüket el nem veszítették s ha mégis bejutottak volna, akkor haladéknélkül eltávolítandók s csak akkor bocsájthatók be újból az iskola termébe, amikor tanuló társaikat már nem veszélyeztetik. Szegénysorsú gyermekek kórházakban, klinikákon nyerjenek elhelyezést, a jobbmódúak kezelését pedig a magánorvosok vegyék át. Nagyobb gondot csakis a gümőkóros — activ tuberculotikus — tanulók okoznak, mert gyógyításuk hosszabb időt igényel, férőhely pedig csak korlátozott számban áll rendelkezésre. Nagyobb városokban feltétlenül szükséges volna gümőkóros tanulók számára elemi iskolákat beállítani, amelyekben a gümőkóros tanulókat gümőkóros tanítók oktatnák, ennél fogva nem fertőznék egymást.

Meg kell említenem e helyen azt a nagyarányú megmozdulást, amely tavaly vizsgálataink hatása alatt gróf Zichy János ny. kultuszminiszter elnöke alatt a Magyar Iskola — Szanatorium Egyesület közgyűlésén az 1930—31 tanévben történt, amikor Herczeg Ferenc lelkesítő szavaira a háztulajdonosok szövetségének elnöke bejelentette, hogy a háztulajdonosok gyermekszanatóriumot építenek, gümőkórban szenvedő gyermekek számára. A mai súlyos gazdasági viszonyok a nemes és hazafias tervet nem befolyásolhatják kedvezően, a mag azonban el van vetve s ez ki is fog kelni.

Van egy paragrafusunk, amely előírja, hogy a gyermek 6 éves korában iskolaköteles, ez a § azonban már

nem tudja előírni azt, hogy a 6 éves gyermek iskolaképes is legyen. Ez a § rögtön módosítást szenvedne, ha minden esztendőben pl. csak a súlyosabb vérbaajos és activ gümőkóros I. osztályú elemi iskolás gyermekeket azok látnák, akik ehhez a §-hoz még ma is ragaszkodnak; ezek a tanulók súlyos betegségük, főleg pedig fertőzőképességük következtében nem iskolaképesek, ennél fogva nem is lehetnek iskolakötelesek. Jól tudom, hogy felfogásomnak vannak ellenzői, akik a kötelező vizsgálatokban az „ember” önrendelkezési jogát látják súlyosan megsértve. Teljesen érthetetlen azonban előttem, miért ragaszkodnánk éppen a közegészségügy terén annyira az önrendelkezési joghoz, amikor ezt ma minden egyéb téren annyira leépítették, annyira megnyirbálták, s amikor a közegészségügy terén az önrendelkezési jog észszerű korlátozása az egyed, a társadalom és a nemzet javát szolgálná. Ki kérdezi meg ma már a szülőket, vajjon kaphat-e a gonorrhoea ellen az újszülött Crédé-becsöppentést, vagy később himlőoltást. Az aggodalmaskodók annak idején is mindent elkövettek, hogy ezek a prophylaktikus intézkedések — melyek szerintünk szintén merényletet jelentettek az emberi önrendelkezés ellen — meg-hiusuljanak, illetve törvényerőre ne emelkedjenek, pedig ma milyen áldást jelentenek az emberiség számára.

Hazánk legnagyobb élő írója *Herczeg Ferenc* is sanctionálja felfogásunkat, mondván: „semmitől sem szabad visszariadnunk, még a drákói szigortól sem, ha célhoz vezet, így a tanköteles gyermekek sorozásától sem, hogy a betegek elkülöníthetők legyenek.” Hiszen éppen az 1930—31. és 31—32. évben végzett gyermekvizsgálataink győzték meg minket arról, hogy az intellectualis osztályhoz tartozó szülők egyrésze — mindenestre elenyészően kicsiny része — kivonta gyermekét e vizsgálatok alól, amelyeket pedig az egész iskola, ennél fogva az ő gyermekük egészségének védelmére is állítottunk be. Már több ízben kifejtetem, hogy amíg ezt a rövidlátó, egocentrikus felfogást nem lehet meg- és legyőzni s amíg a közegészségügyi problémák iránt több megértés nem mutatkozik, addig e téren sem lehet s ne is legyen önrendelkezés, mert a fertőző betegségek nemcsak a gyermek egészségét rontják — eddig talán még volna létjogosultsága az önrendelkezésnek, — hanem állandó veszedelmet jelentenek a környezet számára is — amikor az önrendelkezés joga már teljesen megszűnt. Nemcsak nálunk Magyarországon, hanem a külföldön is az egészségügyi törvények, rendeletek túlságosan enyhék az iskolafertőzések elterjedésének meg-gátlása szempontjából, főleg pedig az I. elemi osztály tantermébe lépő gyermekeket hagyják cserben, ezeket az iskola küszöbének átlépése előtt nem veszik megfelelő szakorvosi vizsgálatok alá s ezzel a fertőző betegségek elhárításának lehetőségeiről eleve lemondanak.

Egyik előadásomban rámutattam arra, hogy nemcsak nálunk Magyarországon, hanem a jóval tehetősebb külföldi államok nagyrésztében is az *állatvédelem mai nap némely tekintetben jóval előbbre van*. Rámutattam ugyanis arra, hogy melyik józaneszű földesúr, vagy gazda tené meg, illetve engedné meg azt, hogy újonnan vásárolt, egészségügyileg még át nem vizsgált állatait olyan karámba tereljék, amelyben régebben vásárolt egészséges állatállományát tartja. Ez ellen bizonyára tiltakoznék, mert félne attól, hogy a régebbi, egészségesnek talált állatait az újabbak megfertőzhetnék. Az I. oszt. elemi iskolás tanulókat pedig lelkiismeret, szeretet és előzetes vizsgálat nélkül terelik be a karámba, az I. elemi osztályú tanterembe, ahol igazán csak a Gondviselés védheti meg őket a syphilistól, tuberculosistól, vagy egyéb fertőző betegségektől. Az újonnan felvett, meg nem vizsgált beteg tanulókat fertőztetik még a magasabb osztályú iskolás gyermekeket is, akik

közül az iskolaorvosok az előző évben bizonyára már kiválasztották és gyógyították a beteg tanulókat.

Az *állatvédelem* még abban is nyer kifejezést, hogy vételkor és eladáskor — mielőtt az állat új környezetébe jut — az eladónak állatpassussal kell igazolni, hogy a vételre kínált állat egészséges, főleg pedig azt, hogy fertőző betegségektől mentes. A magyar törvénykönyv 1928:XIX. t.-c. 5. §-a szerint lovat, szamarat, szarvasmarhát, bivalyt, juhot kecskét és sertést a tulajdonos marhalevéllel köteles ellátni, átruházás és szállítás stb. esetében, különben kihágást követ el s pénzbüntetéssel sújtják. A marhalevek kiállítása előtt pedig ezek az állatok egészségügyi vizsgálat alá vétetnek.

Miért nem kapnak ehhez hasonló igazolványt az iskolás gyermekek — mindenestre komoly, szakorvosok által kiállított bizonyítványra gondolok — mielőtt az iskola küszöbét átlépik?! Alig hihető, hogy a Gondviselés az ember, illetve gyermek egészségét az állattal szemben megkülönböztetettebb és kiváltságosabb elbánásban részesítené s jobban védené a fertőző betegségektől.

Budapesten az iskolaorvosi egészségügyi intézmények beállítása és működése ma már igen szigorú kritikát is kiállhat, annál kevésbbé mondható ez a vidékről, noha a hatósági- és az iskolaorvosok ott is rendkívül nagy munkát végeznek, azonban a vidéken még nincsenek meg a kellő feltételek a szakorvosi és a laboratoriumi vizsgálatokhoz. *Mert nem az fontos, hogy egyáltalában vizsgálatokat végezzenek, hanem elsősorban az, hogy ezekből a gyermekeknek, szülőknek és az országnak haszna legyen, mert különben a nem szakorvosok által nyert tömeges hibás negatív eredmények csak indokolatlan megnyugvást, bizakodást váltanak ki a szülőkben, tanítókbán és hatóságokban egyaránt, a fertőzés pedig a hibásan felállított negatív leletek következtében annál könnyebben következhetik be, mert minden óvintézkedés kikapcsolódik azáltal, hogy a fertőzött gyermekeket egészségeseknek minősíteték.*

A vidéken is megtörtént már az első lépés a már szépen működő „mintajárás”-ok alakjában. Különösen a vidék szorul arra, hogy az iskolás gyermekek egészségügyét amely eddig elég mostoha elbánásban részesült felkarolják. A vidéknek a fővárossal nemcsak a kultúra, a civilisatio és a tudomány, hanem a közegészségügy terén is lépést kell tartania, mert különben a főváros és a vidék nem alkothatnak egy kerek egységet, nem is tudják egymást megérteni s végül nem egymásért és nem egy közös nagy célért küzdenek, hanem külön-külön elfogácsolják erejüket.

Már régebbi munkáimban is kifejtettem, hogy e praeventiv irányú gyermekvizsgálatok az iskolaorvosi intézményekkel nem fognak versengést folytatni, ellenkezőleg e kettőnek a jövőben ki kell egészítenie egymást, vagyis a praeventiv vizsgálatok az iskolába felvétel előtt történjenek, az iskolaorvosi intézmény pedig az iskolás gyermekek egészsége felett őrkdjék. A közegészségügyi tevékenységnek e téren ugyanis nem szabad abban kimerülnie, hogy csak gyógyítson, csak a beteg gyermekeket vegye kezelésbe, embervédelmi szempontból ennél sokkal fontosabb, hogy megvédje a gyermekeket a betegségektől, elsősorban pedig a fertőzésektől, mert csupán a sikeresen megvédett tanulókból fejlődhetnek testileg-lelkileg intaet emberek, akikre az ország és nemzet minden körülmény között számíthat. Igenis, testileg-szellemileg intaet fajokra van szükségünk, ezeknek kitermeléséről kell gondoskodnunk, mert egy leszegényedett, legyőzött ország nem folytathatja békebeli népesedési politikáját. Ilyen országban a megélhetési viszonyok annyira megrosszabbodtak, hogy ma már nem kívánatos, talán már

nem is lehetséges a selectio nélküli szaporodás, mert a testileg és szellemileg fogyatékosak az államháztartás részére súlyos teherterítelt jelentenek s azokat végeredményben az adófizető polgároknak kell eltartaniuk.

Amint már fentebb említettem, az I. elemi osztályba felvételből elsősorban a súlyosabb természetű fertőző betegségekben: syphilisben, tuberculosisban, gonorrhoeában, trachomában szenvedő gyermekeket kell kizárnunk, mindenesetre a könnyebb természetű fertőző betegségekre (bélférgesek, bőrpaszták stb.) is figyelemmel kell lennünk.

Az iskola előtti „egészségügyi sorozás”-ra, amint azt már egy előbbi közleményemben kifejtettem, több lehetőség kínálkozik:

1. A „mintajárások” kiépítése, hogy azok számszerint és felszerelés tekintetében alkalmasak legyenek a vizsgálatokra. 2. Vándorszakorvosi bizottságok megszervezése, amelyek az iskola színhelyén kiszállnának; 3. helyi-, hatósági-, iskolaorvosok által történő vizsgálatok, 4. végül az országban 10—15—20 vizsgáló központ felállítása. Mind e négy elgondolásban e vizsgálatok „egészségügyi sorozás” alakjában történének. Az elmúlt két év alatt szerzett tapasztalataim alapján e célra az utóbbit különösen alkalmasnak tartanám, mert nem volna nehéz országunkban 10—15, esetleg 20 ilyen centrumot felállítani olyan helyeken, ahol klinikák (Budapesten az iskolaorvosi intézmény is), vagy jól berendezett közkórházak állanak rendelkezésre s ahova a tanulókat az iskolába lépés előtt az 5—6 éves korosztályban berendelnék.

Nem hiszem, hogy ez a berendezés az államköltségvetés számára nagyobb megterhelést jelentene. A 117.000 lakosságú Debrecen I. oszt. gyermekeinek szakszerű átvizsgálására elegendő 8—10 orvos (tudományos kérdések vizsgálására nálunk 10—15 orvossal többet állítottunk be), akkor a 8 és 1/2 millió lakosságú Magyarországon 6—800 orvos a vizsgálatokat el tudná végezni, ami gazdaságilag jobb időkben az államkincstárt alig terhelné meg különösebben, főleg, ha azt vesszük, hogy e vizsgálatok következtében az ország már a közeljövőben jóval több egészséges, munkabíró, főleg pedig adófizető polgárt nyerne s nem kellene, súlyos betegeket, rokkantakat, bénákat klinikákon, kórházakban, szegényházakban stb.) eltartania. A fiatal orvosnemzedék helyzetén is segítenék ezzel az actióval.

Ez a munka elsősorban arra akarja felhívni a figyelmet, hogy a legifjabb nemzedékünk egészségügyének ápolása a legszentebb feladataink közé tartozik, mert ennek elhanyagolása a nemzet életeterejében helyrehozhatatlan kárt okozhat. Egy országnak és egy nemzetnek léte, boldogulása és jövője nemcsak pénzügyi erejétől, valutájának stabilitásától stb. függ, ennél sokkal fontosabb az „ember”, az ember megmentése, megvédése, ehhez képest a többi csak epizód, mert az ember, illetve ennek testi és lelki épsége szabja meg egy országnak és nemzetnek a jövőjét.

(Vége.)

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

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

A vér cholesterolinteltettsége allergiás betegségekben.

Irta: Paul Benő dr.

Allergiás állapotban a szervezet cholesterolin anyagcseréje kétségtelenül zavart. Bármennyire ismeretlen is még a cholesterolin körforgása, bármennyire vita tárgya is még a szervezeten belüli cholesterolinsynthesis, már több oly adatot ismerünk, amely azt bizonyítja, hogy allergiás állapotban, vagy anaphylaxiás sokban a vér cholesterolintükre megváltozik.

Zunz és La Barré kísérleteikben kimutatták, hogy míg a sensibilizáló seruminjectiók után a cholesterolin mennyisége csak alig emelkedik, addig a reinjectio után, a sokban, erősen megszorodik, tengeri malacban átlag 35%-kal, Breinl, Besredka, Lumiere a sokbani vérelváltozásokat tárgyalva mind megemlítik a cholesterolin szaporodását.

Emberekben Fernet—Paul—Dzsiniich végeztek vizsgálatokat. 20 asthma bronchialeban szenvedő betegen végeztek vércholesterin meghatározásokat és azt találták, hogy míg nyugalmi szakban az valamivel a normalis érték alatt áll, átlagban 130 mg%, addig roham alatt a vérsavó cholesterolintükre tekintélyesen megnő és ez emelkedés átlagban 30%-nyi. Feltétlenül gondolni kell arra, hogy a cholesterolinszorulatot nem a vegetatív idegrendszer megváltozott tonusa okozza-e. Az anaphylaxiás tünetek alatt a parasympathikus idegrendszer dominál Hajós vizsgálatai szerint. Ismeretes tény, hogy pl. asthma bronchiale, colica mucosa stb. vagotoniával jár. Amint hogy pl. az allergiás roham leküzdésére egyik legjobb szerünk a sympathicus idegrendszer tonusát fokozó adrenalin. A parasympathicus izgmát pedig a vér cholesterolintükrének emelkedése követi, mint azt Dresel—Sternheimer, Paul, Papilian bebizonyították. Az anaphylaxiás sok alatt fellépő asphyxia azonban nem lehet a cholesterolinszorulat oka, bár az acidosis ugyancsak hypercholesterinaemiával jár (Paul), mert egyrészt Zunz és La Barré vizsgálatai szerint maga az asphyxia még egyedül nem emeli a vércholesterint, másrészt pedig olyan allergiás rohamok alatt is emelkedett a vércholesterin, amelyekben nincsen asphyxia, így pl. migrain, urticaria stb. esetén.

A hypercholesterinaemia tehát az anaphylaxiás soknak egyik kísérő tünete, amely nem az asphyxia következménye, esetleg a vegetatív idegrendszer tonusváltozásával bekövetkező physikalis-chemiai változások egyike. Ellenére azonban annak, hogy sok alatt a vér cholesterolinje megszorodik, cholesterolin adásával a sok kitörését meg lehet gátolni, vagy legalább is erősen csökkenteni. Így Dold és Rhein elkerülhették a sok kitörését, ha másodszori befecskendezésül az antigenül használt bakteriumsuspensiót cholesterolinezett savóban adták. Surányi és Jarnó lósavóval előidézett sok kifejlődését akadályozták meg, illetve kisfokú görcs és dyspnoe ellenére életben tarthatták kísérleti állataikat, ha reinjectióhoz cholesterolinezett lósavót használtak. Lumiere először anaphylactoid sokot tudott meggátolni (pl. bariumsulfat, tuss), ha kísérleti állatainak előzőleg cholesterolint adott, későbbi kísérlet folyamán pedig classikus, savókozta anaphylaxiás sokot gátolt meg.

Itt említendő Surányi kísérletei is, kinek cholesterolinetéssel sikerült az antitestképzést fokoznia. Fernet—Paul—Dzsiniich asthma bronchiale kezelésére ajánlották a cholesterolin medicatiót, mint olyan szert, amely a ro-

hamot, vagy rohamkészséget szünteti, vagy legalább is mérsékeli. Kétségtelen tehát, hogy allergiás állapotokban a cholesterinnek védő szerepe van. Ismerte azonban a cholesterin biológiai tulajdonságait, feltételezhető, hogy a hypercholesterinaemia nemcsak a parasympathicus izgalom egyik kísérő tünete, hanem a depot-kból mobilizálva, valamilyen szükséglet fedezésére szolgál, esetleg az anaphylaxiás sokk leküzdésében van valamilyen szerepe, mint az *Lumiere* is valószínűnek tartja.

Anaphylaxiás sokkban a vérnek mind physikalischemai, mind colloid-chemiai structurája erősen megváltozik. Eltolódik a vér Ph-ja, megváltozik a calciumkalium quotiens, emelkedik a vércukor, megsaporodik a fehérje stb., mind bizonyítékai annak, hogy a haemoklasiás krízis tényleg bekövetkezik.

A cholesterin a plasmacolloidoknak egyik lényeges alkotórésze. Mint kimondottan hydrophob colloid az elég magas sóconcentrációjú plasmában csak úgy maradhat oldatban, ha a plasmacolloidok hydrophyl része, mint pl. a lecithin és a fehérjék egy fractiója, védik a kicsapódás ellen. *Neuschlosz* vizsgálatai szerint tisztán a kísérő fehérje és lecithin mennyiségétől függ, hogy mennyi cholesterint lehet vizes oldatba vinni. Ha fehérje és lecithin vizes oldatához cholesterint adunk, akkor annak egy része a hydrophyl colloidok védelme alatt ténylegesen oldódik, míg a megmaradt oldatlan részt centrifugálással, vagy szűréssel lehet eltávolítani. Az oldási képességnek van egy bizonyos felső határa, amelynél több hydrophob colloidot az adott colloidális structura mellett felvenni már nem tud. Ezen túl már hiába adunk hozzá még cholesterint, az egész mennyiség oldatlanul marad vissza. Az ilyen oldatot *Neuschlosz* telítettnek nevezi. Erre a teoriára alapozta cholesterintelítési kísérleteit, amelyeket hypertoniás betegek vérsavójával végzett. Kísérleti berendezésének elve az volt, hogy kis szűrőpapír-darabkát helyezett a vérsavóba, amelyen igen finoman elosztott állapotban cholesterin volt és 24 órai állás után meghatározta a savó cholesterintükrét, ami a kiindulási értékkel összehasonlítva megadta a telítettség fokát. Mert míg a nem teljesen telített savók cholesterinértéke a kezelés után emelkedett, addig a telített savóké a behelyezett cholesterin dacára is azonos maradt.

Ezt a módszert gondoltuk mi is célravezetőnek, hogy allergiás betegeink magasabb vércholesterintükrének magyarázatához közelebb férközzünk. A módszer pontos leírása *Alvarez* és *Neuschlosz* fentemlített cikkében megtalálható, úgy hogy bővebb tárgyalását nem gondoljuk szükségesnek. A cholesterin meghatározásokat *Bloor* módszerével végezzük. Elegendőnek tartottuk csak a savócholesterin meghatározását, mert *Bürger* és *Beumer* vizsgálatai szerint a vörösvérsejtek cholesterintartalma nagyjában állandó és független a savó cholesterintükrének ingadozásaitól.

Mielőtt a tényleges kísérletekbe belefogtunk volna, szükségesnek tartottuk előbb tisztázni azt, hogy vajon egyéb körülmények, mint pl. a táplálkozás, vagy láz nem változtatják-e meg a savó cholesterinfelvő képességét? Ennek a kérdésnek tisztázását célozzák a következő előkísérletek, melyeknek eredményeit a táblázatokban foglaltuk össze.

Vércholesterinérték mgr. %/o-ban

	lázás állapotban		lázatlan állapotban	
	előtt	után	előtt	után
Influenza ...	135	174	120	152
Pneumonia ...	156	192	142	176
Polyarthrititis ...	160	196	182	208
Pyelitis ...	154	176	146	180
Cholecystitis ...	186	214	170	194

Mint az összeállításból látjuk, a láznak semmi féle befolyása a vérsavó cholesterintelítettségére nincsen. A láz tehát nem változtatja meg oly módon a savó colloidális állapotát, hogy annak hydrophob colloidot védő képessége szenvedne. Következnek azon vizsgálati eredményeink, amelyek a táplálkozás befolyását tisztázzák.

Vércholesterinérték mgr. %/o-ban.

éhsyomorra		étkezés után	
előtt	után	előtt	után
196	238	212	246
185	222	190	220
172	196	196	238
144	172	130	154
123	144	138	151
196	218	208	226
164	188	172	100
114	146	122	150
154	186	152	180
144	168	152	176

Az étkezés tehát szintén nem befolyásolja lényegesen a savó cholesterint felvő képességét, bár valószínű, hogy a táplálék mineműségétől függően, egyes esetekben a különbség igen kicsiny, sőt egy esetben már majdnem el is érte a teljes telítettség határát. Semmit sem tér el azonban attól a statistikától, amit *Alvarez* és *Neuschlosz* adnak a normalis egyének vércholesterin-jét illetően. Normalis egyéneken végzett saját vizsgálataink is azt mutatják, hogy az esetek kis százalékában fordul elő, hogy a cholesterin a telítettség határán van. Végeredményképen azonban azt mondhatjuk, hogy az étkezés nem befolyásolja lényegesen a vérsavó cholesterin telítettségét és normalis egyének vérsavója, akár éhsyomorra, akár étkezés után vettük is, mindig több cholesterint tud oldatban tartani, mint amennyi eredetileg volt benne, más szóval: a savójuk nem telített.

Ezek után rátérünk a tulajdonképeni kísérleteink kivitelére, amelyek a következőképen történtek. Allergiás betegségben szenvedő betegektől vettünk vért, még pedig egyrészt a betegség explosziószerű megnyilvánulásakor, roham alatt, másrészt pedig nyugalmi periódusban. Mindkét alkalommal vett vér savójában meghatároztuk a telítettség fokát. Ezen a helyen mondunk köszönetet *Polacsek Erzsébet* kisasszonynak, ki a cholesterinmeghatározások elvégzésével lehetővé tette a kísérletek elvégzését.

Vércholesterinérték mgr. %/o-ban.

	Roham alatt			Nyugalmi szakban		
	előtt	után	különbség %/o-ban	előtt	után	különbség %/o-ban
Asthma br. ...	295	298	+ 1	275	333	+ 20
Asthma br. ...	260	256	- 1	220	266	+ 21
Serumbetegség ...	166	160	- 4	119	150	+ 28
Rhinitis vasom. ...	155	155	- 0	128	152	+ 20
Oedema fugax ...	186	186	- 0	156	164	+ 5
Asthma br. ...	128	120	- 6	117	132	+ 14
Serumbetegség ...	142	152	+ 7	128	152	+ 11
Asthma br. ...	188	186	- 0	156	192	+ 23
Urticaria ...	126	122	- 3	128	142	+ 12
Asthma br. ...	224	218	- 3	196	232	+ 18
Asthma br. ...	186	198	+ 7	164	192	+ 15
Asthma br. ...	156	186	+ 13	124	161	+ 30
Urticaria ...	166	160	- 4	142	160	+ 13
Asthma br. ...	188	210	+ 12	160	196	+ 22
Asthma br. ...	144	140	- 3	140	156	+ 11
Oedema fugax ...	160	162	+ 1	128	158	+ 25
Rhinitis vasom. ...	134	138	+ 3	116	140	+ 21
Asthma br. ...	184	188	+ 3	156	198	+ 28
Migrain ...	146	152	+ 4	—	—	—
Asthma br. ...	196	190	- 3	172	206	+ 20

Mint a táblázatból kitűnik, allergiás betegségekben szenvedő egyének vérsavójának cholesterolin telítettsége egészen más, aszerint, hogy roham alatt, vagy pedig nyugalmi szakban vett vérben határozzuk-e meg. A nyugalmi szakban vett vérben a telítettség foka semmiben sem különbözik normalis egyének értékeitől, amennyiben sohasem telített 100%-nyira és éppen ezért cholesterolin hozzáadására a cholesterolintűköt 5–30%-al még emelhető. Ezzel szemben a roham alatt vett vérben a cholesterolin szintje 20 esetünk közül 9 esetben emelhető ugyan, de két esettől eltekintve a különbség maximumisan 7%, 3 esetben a cholesterolin telítés után sem változik és 8 esetben telítésre még csökkent is, bizonyoságul annak, hogy a savó túltelített volt. Ezt a jelenséget *Alvarez és Neuschlosz* is észlelték hypertoniás betegek vérsavójával végzett kísérleteikben, eredményeiket azonban *Medvei* nem tudta megerősíteni.

Eseteinkben tehát a nyugalmi szakban vett vérben a cholesterolin telítettség foka 70–95% volt, míg a roham alatt ez 87–106%-ra emelkedett.

Kétségtelen tehát, hogy allergiás roham alatt a vér colloidalis structurája megváltozik úgy, hogy több cholesterolint már nem tud oldatban tartani, mert cholesterolinnal 100%-nyira telített, sőt egyes esetekben még túltelített is. Ezeket az eredményeket összevetve a már fentemlített közleményekkel, amelyek azt bizonyítják, hogy shock alatt a vér cholesterolintartalma a normalishoz képest emelkedett is, e jelenség magyarázatára két elképzelés látszik valószínűnek.

Ahhoz, hogy egy oldat telített legyen, két út vezet. Vagy az szükséges, hogy feles mennyiségben kapjon oldódó anyagot, amiből azután oldó képességének felső határáig viszi oldatba a maximumot, vagy pedig az oldószer oldóképességének kell csökkennie ahhoz, hogy a már eredetileg is benne oldott anyag telítőképességét teljesen kimerítse. Az első esetben az oldószer structurája nem változnék és normalis oldóképességének felső határáig telítődne, a második esetben azonban a megváltozott sturctura folytán csökkenne az oldóképessége is. Másszóval, vagy annyi cholesterolin mobilizálódott, hogy a vér kénytelen telítettségének legfelső határáig azt oldatba vinni, sőt esetleg még túl is telítődik, vagy pedig a vér oldóképessége csökken annyira, hogy a normalis körülmények közötti cholesterolintűkörről már teljesen telítetté válik. Kísérleti bizonyítékunk annak eldöntésére, hogy melyik magyarázat a megfelelő, sajnos nincsen. Csak theoretikus megfontolások azok, amelyek egyik vagy másik feltevést igazolnák.

Az a tény, hogy anaphylaxiás shock alatt, vagy allergiás betegségek shockaequivalense a roham alatt, a vér cholesterolin tartalma absolut értékében is megnövekszik, inkább amellet látszik szólni, hogy nagy cholesterolin áramlás indul meg a vérpálya felé, valószínűleg a szövetekben lejátszódó folyamat következményeképpen. A vér oldóképessége felső határáig igyekszik az egész cholesterolinmennyiséget felvenni és azt a shock egész tartama alatt oldatban tartja. Hogy azért tartja-e oldatban, mert megváltozott colloidalis structurája hydrophil irányban tolódott el, vagy pedig azért mert a szövetek ugyancsak megváltozott colloidalis szerkezetük miatt nem tudják átvenni, nem tudjuk. Döntő bizonyíték lenne, ha ki lehetne azt mutatni, hogy shock alatt ugyanakkor, amikor a vér cholesterolintartalma a telítettség felső határáig emelkedik, a szövetek cholesterolintartalma csökken, mert ez azt a felfogást igazolná, amire *Fornet-Paul-Dzsinnich* utalnak, hogy a shock alatt nem a depotokból származik a vér cholesterolintöbblete, hanem a szövetekből. Másszóval nem transporthypercholesterinaemia, hanem a szövetekben lényeges cholesterolinszegénység van. Ezt a feltevést

valószínűvé teszik még azok a therapiás kísérletek is, melyek azt bizonyítják, hogy asthmás roham cholesterolin injectióra megszűnik, vagy legalább is csökken. Ez a feltevés végeredményben tehát azt mondaná, hogy shockban a megszorodott vércholesterin a cellularis colloidalitás egyik megnyilvánulása.

A másik feltevést viszont úgy lehetne elképzelni, hogy a shock következményeképpen a vér colloidalis szerkezete változik meg. Emellett látszanak szólni azok a régebbi vizsgálatok, amelyek a vérelváltozásokkal foglalkoznak. Az alvadási idő elhúzódása, a complement megfogyása stb. A vér cholesterolinoldóképessége csak egy részletjelensége lenne az általános haemoklasiás krízisnek. Ellentétben az előbbivel, humoralis colloidalitás. A vérnek talán szüksége van a nagyobb cholesterolinmennyiségre. Hogy bizonyos állapotokban a vérben oldott cholesterolin stabilitása megváltozhat, arra bizonyítóak *Handovszky* kísérletei, ki azt találta, hogy genuin hypertoniában szenvedő betegek vérsavójában a cholesterolin feltűnően labilis kötésben van.

Mindkét feltevés tehát az anaphylaxiás shock lényegével összeegyeztethető és azt, hogy melyik fedi tényleg a szervezetben lejátszódó folyamatot, további kísérletek hivatottak eldönteni.

Összefoglalás: Allergiás betegek vérsavója nyugalmi szakban éppúgy telíthető cholesterolinnal, mint bármely más egészséges egyéné.

Roham alatt cholesterolinnal nem telíthető, mert vére már teljesen telített, sőt esetleg túltelített is.

Irodalom: *Alvarez-Neuschlosz*: Klin. Wschr. 1931. 6. sz. 244. — *Besredka*: Masson. Paris. 1930. — *Breinl*: Med. Klin. 1930. 30. sz. 1106. — *Bürger-Beumer*: Arch. f. Exp. Path. u. Pharm. 1913. 71. — *Dold-Rhein*: Zschr. f. Immunitätsforschung. 20. k. — *Dresel-Sterheimer*: Klin. Wschr. 1926. — *Fornet-Paul-Dzsinnich*: O. H. 1929. — *Handovszky*: Klin. Wschr. 1931. 25. sz. 1150. — *Lumiere*: Paris. 1924. — *Lumiere*: C. r. Acad. Sci. Paris. 191. K. 423. C. r. Soc. Biol. Paris 1931. 107. — *Medvei*: Klin. Wschr. 1932. 10. sz. — *Neuschlosz*: Biochem. Zschr. 1930. 225. u. — *Papilian*: Cpt. rend. des. seances de la soc. de biol. 98. k. 1. sz. 1928. — *Paul*: O. H. 1929. 5. sz. M. O. A. 1929. 4. sz. — *Surányi-Jarno*: Zschr. f. Immunitätsforschung. 56. k. — *Zunz-La Barré*: Cpt. rend. des seances de la soc. de biol. 1925. 30. sz.

Az O. T. I. debreceni tudóosztályának közleménye

Az intracutan tuberkulin és intracutan sajátvértuberkulin reactio különbsége.

Irta: *Vajda Lajos dr.*

A szervezet a benne létrejött gümösgóc befolyása alatt a gümöbacillusokkal szemben megváltoztatja viselkedését. Ujabban ismét mindgyakrabban emlegetik a szervezetnek azon tulajdonságát, hogy bizonyos anyagokkal szemben megváltozott reactiót mutat, mely túlérzékenységben nyilvánul. Vajjon anaphylaxiás vagy idiosyncrasiás, vagy más természetű jelenség-e a tuberkulinérzékenység — nem tudjuk. Bizonyos, hogy az allergiás és anaphylaxiás reactio között vannak hasonlóságok, de vannak különbségek is. Egészséges állatot a tuberkulin-befecskendezés nem tesz tuberkulinérzékennyé. A tuberkulinérzékenység a szervezetben élő tuberkulosis bacillus — tuberculoitikus szövet — jelenlétéhez van kötve. Régen az allergiát szoros összefüggésbe hozták az immunitással. Ma már tudjuk, hogy az allergia immunitas nélkül és fordítva is előjön. Nem tudjuk megmondani, hogy hol végződik a természetes és hol kezdődik a szerzett immunitas. Biztos eszközünk az immunitas mérésére

nincs. Nem tudjuk, hogy az immunitas ellenanyagokhoz, vagy sejtekhez van-e kötve, hogy a test véderői humoralisak, vagy cellularisak, vagy humoralisak és cellularisak-e.

Nem sikerültek azok a kísérletek, amelyek egy tuberculotikus szervezet nedveivel — vér, serum, exsudatum, vizelet — más állatokat immunisálni akartak. Ebből azonban nem lehet még arra következtetni, hogy a tuberculosus immunitás nincs a test nedveivel kötve. Egyrészt az így bevitt aránylag elenyésző mennyiségű anyagoktól nem lehet várni más individuumban immunisálását, másrésztől nemcsak a kórokozónak kell a szervezetben biológiai sajátosságokban nyilvánuló alkalmazkodást szerezniök, hanem a szervezet védekezésekor is kell, hogy egy individualis fajlagosság szerepeljen, amelynek sajátosságát, vagy különlegességét a sejtműködés szabja meg és a véderők hordják, tehát ezek hatékonyságában nyilvánul. Egy tuberculotikus szervezet sejtnedveinek átvitelével nem tudhatjuk létrehozni az immunisálást, mert ezzel nem tudjuk megadni azokat a sajátosságokat, amelyek szükségese az individuumban védekezéséhez, illetve a sejtnedvek megfelelő átformálásához. Az egyes kórokozók szemből a különböző egyénekben keletkező antitestek nem lehetnek teljesen azonos képletek. Ezeknek is megvan az individualis fajlagossága, mint ahogy a kórokozók biológiai alkalmazkodásának. A küzdelem tehát minden esetben a fajlagosan alkalmazkodott kórokozók és a testnedveknek individualisan fajlagos sejtműködést igénylő védtestei között áll fenn.

Löwenstein és Pickert évekkkel ezelőtt közölték neutralisációs tünetüket, melynek lényege, hogy nagyobb mennyiségű altuberkulinallal kezelt egyén serumát 1:20 arányban tuberkulinallal keverve 24 óráig thermostaban tartották és ezzel tuberkulinallal szemben érzékenyeként Pirquet-reactiót kíséreltek meg. Szerintük azoknak a véreben, akiknek tüdőmegbetegedésük jóindulatú, valamint akiket tuberkulinallal kezelték, olyan antitest van, amely gyengíti, vagy megsemmisíti a tuberkulin reactiót. Többen végeztek hasonló vizsgálatokat, amelyeknek alapján részint az aktivitás, illetve inaktivitás, az immunitás fokának, vagy a prognosistnak (Sebők) kérdését vélték eldönthetőnek.

Mivel az eljárás kissé körülményes és hosszadalmas volt, vizsgálataimat tuberkulinhoz közvetlenül a vénából vett vérek azonnali intracutan befecskendezése segítségével végeztem. Ily módon egyrészt a lehetőség szerint a változatlan teljes saját vér hatását vizsgálhattam, másrésztől kizárhattam olyan körülményeket, melyek valamely irányban a reactiót befolyásolhatják. Száz esetben végeztem a vizsgálatot saját vérrel. Minden egyes esetben a sajátvértuberkulin keveréken kívül, tuberkulinallal, tisztán saját vérrel és physiologiás konyhasóoldattal is végeztem intracutan oltást. Erre a célra 100 részre beosztott (tuberkulin) 1 ccm-es fecskendőt használtam.

Néhány esetben a vértuberkulinon kívül még serumtuberkulinallal vagy versejtsülyledéshez használatos natriumcitrattal vett vér ülepítése után nyert savótuberkulinallal is végeztem vizsgálatot. A serumtuberkulinoltásokat részint már a fentemlített okok miatt, részint az igen különböző és ellentétes eredmények miatt, a citrátos savótuberkulin reactiót pedig a citrátoknak a reactiót lényegesen erősítő hatása miatt abbahagytam. Az oltásokat az alkar feszítő oldalán végeztem és pedig a sajátvértuberkulin és a tuberkulinoltásokat a jobb, a sajátvér és a physiologiás konyhasóoldattal álló controllokat a bal karra. A sajátvértuberkulin és tuberkulinoltásokban a tuberkulin mennyiség egyenlő volt.

A sajátvértuberkulinreactióban ccm-enként 0.02 mg. altuberkulint tartalmazó oldatból 0.05 ccm. mennyi-

séget, tehát 0.001 mg.-t vettem, ehhez a vénából 0.10 ccm. sajátvért szívtam, tehát összesen 0.15 ccm. keveréket injicáltam. Az intracutan tuberculinoltáshoz hasonló mennyiségű tuberkulin és 0.10 ccm. physiologiás konyhasóoldattal használtam, tehát az összmennyiség itt is 0.15 ccm. volt. A sajátvértuberkulinra a tuberkulinhigitáskor használt karbolos oldatnak 0.05 ccm.-ét és 0.10 ccm. sajátvért, a physiologiás konyhasó oldatnak ugyancsak a tuberkulin higitásra szolgáló oldat 0.05. ccm.-ét és 0.10 ccm. physiologiás konyhasót alkalmaztam.

A száz eset közül bilaterális cavernosus phthisis volt 23 betegnek, túlnyomólag productiv, jóindulatú folyamata 47-nek, kisebb-nagyobb beszűrődése 11-nek, klinikailag gyógyultnak volt tekinthető 10, negativ 1, tuberculotikus gonitise 1-nek, bronchitise 4-nek, szemtuberculosis 1-nek, caries costae (hideg tályoggal) 1-nek, az egyik csúcs fibrosus gócmegbetegedése és polyarthritise 1-nek.

A sajátvértuberkulin reactio (Svt. R.) kisebb volt, mint a tiszta tuberkulinreactio (Tb. R.) 51 esetben, a kettő egyforma volt 18, a sajátvér tuberkulinreactio nagyobb volt 13, mindkettő negativ volt 18 esetben.

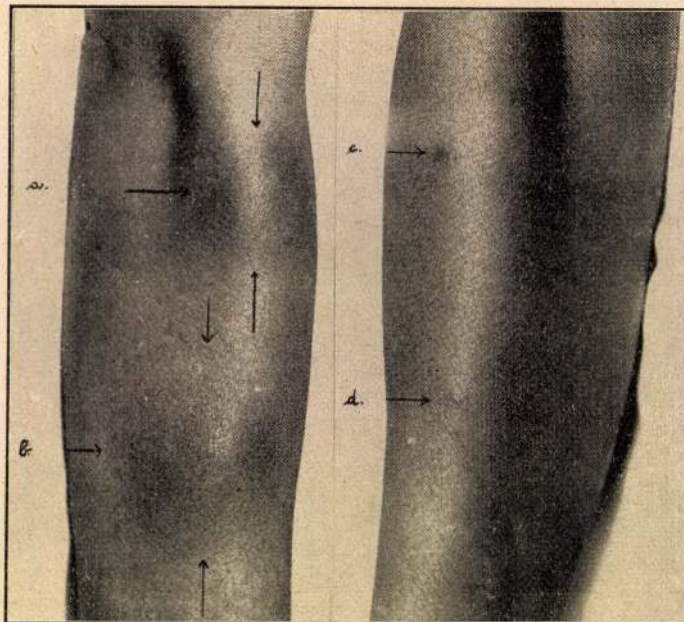
	SvtR<TbR	SvtR>TbR	SvtR=TbR	SvtR:-TbR:-	Összesen
Bilat. phthisis	3	2	5	13	23
Főleg productiv	37(13)	2	6	2	47
Infiltr.	—	6(2)	4	1	11
Klinikailag gyógy.	9(3)	1	—	—	10
Negativ	—	—	—	1	1
Gonitis tbc.	—	1	—	—	1
Bronchitis	1(1)	1	1	1	4
Szem tbc.	1	—	—	—	1
Caries costae	—	—	1	—	1
Csúcs tbc. és polyarth.	—	—	1	—	1

A bilaterális cavernosus phthisisben a sajátvér tuberkulinreactio kisebb volt, mint a tiszta tuberkulinreactio Tb R. 3, nagyobb volt 2, és egyforma volt 5, mindkettő negativ volt 13 esetben. A túlnyomólag productiv elváltozásokban a sajátvértuberkulinreactio kisebb volt 37, nagyobb 2, egyforma 6, mindkettő negativ 2 esetben (ezek közül az egyik 8 hónapos gravid volt.). Az infiltratiók esetében a sajátvér tuberkulinreactio kisebb egyszer sem volt, nagyobb 6, egyforma 4, negativ egy esetben. Klinikailag gyógyultakon a sajátvér tuberkulinreactio kisebb volt 9, nagyobb 1 esetben.

A reactiok nagyságának megítélésére milliméterekben mértem a lobos területeket. Negativnak vettem az 5 mm-nél kisebb reactiókat, különbözőknek, ha a két reactióban mindkét átmérőben (kereszt és hossz) legalább 2—3 mm. különbség volt. A leolvasásokat 24 és 48 óra múlva végeztem. A táblázaton a zárójelben levő számok mutatják, ha a különbség csak a 48 órai leolvasás után jelentkezett, mert az esetek egy részében a 24 órai leolvasáskor a két reactio egyformának mutatkozott és csak a 48 órai leolvasáskor volt különbség a kettő között.

A táblázat megtekintése után szembetűnik, hogy azok a reactiok, ahol a tuberkulinhoz sajátvért kevertünk, az esetek túlnyomó számában legyengítettek voltak. A reactiogyengülés azonban túlnyomólag a productiv alakokban (78%) és a klinikailag gyógyult esetekben (90%) fordult elő. A különbség, amennyivel az a SvtR kisebb volt TbR-nél az eseteknek kb. felében elérte a 10 mm-et, vagy még ennél is nagyobb volt (1. ábra.) Az ábrán látható reactiok egy 32 éves nőbeteg készütek, akit a klinikailag gyógyult csoportba osztottam. Le-

lete: physikálisan negatív, vérsüllyedése normalis, láztalan. A röntgen lelete jobboldalon a hilus magasságában, tőle laterálisan mogorónyi meszes göcot és a jobb hilusban datolya nagyságú meszes mirigyet mutatott. (Az ábrán a=SvtR; b=TbR; c=sajátvércontroll; d=physiológias konyhasóoldat.).



1. ábra.

Azokban az esetekben, ahol a folyamat kisebb-nagyobb friss beszűrődésekben nyilvánult, a tuberkulin reakciót a sajátvér hozzákeverésével a 11 eset közül egyszer sem láttam csökkeni. Míg az előbbi esetekben elenyésző százalékban mutatkozott a tuberkulinreakció erősbbödése a sajátvér hozzákeverésekor, addig ezeken a betegeken viszont az esetek többségében (54%) a TbR-nél a SvtR volt kifejezettebb. Itt azonban olyan nagy differenciákat a két reakció között egy esetben sem láttam, a SvtR legfeljebb pár mm-el volt nagyobb. A SvtR és a TbR egyforma erőssége legnagyobb arányszámban ugyancsak ezeken a betegeken (36%) fordult elő, a főleg productiv formában 12%-ban, a bilateralis cavernosus phthisisben pedig 25%-ban.

A vizsgálatokból látható, hogy a sajátvér a tuberkulinreakciót gyengítheti, különösen azokban az esetekben, ahol a jóindulatú kötőszövetes elváltozás van, vagy már klinikai gyógyulás. A teljesen egységes eredmény a folyamatok productiv és exsudativ jellegének különböző keveredési aránya miatt nem jöhet létre. Egy folyamatról, sem állapítható meg teljes mértékben a kizárólag productiv, vagy kizárólag exsudativ jelleg. Prognostikai szempontból tehát a SvtR és a TbR közötti különbségek figyelembevehetők, az aktivitás eldöntésében azonban nem. A legyengített sajátvértuberkulinreakció activ jóindulatú, főleg productiv folyamatokban és activ bilateralis cavernosus phthisisben is láttam. Az aktivitás a szervezet és a kórokozók között folyó küzdelmet jelenti. A SvtR < TbR ellenben mutatja hogy a szervezetnek megvan a képessége a kórokozók leküzdésére. Hogy mi a lényege a szervezet ezen képességének, nem tudjuk. Ha tudnánk, meg lenne oldva a tuberculosis immunitás kérdése.

Az összehasonlító intracutan tuberkulin és intracutan sajátvértuberkulinreakció lényegileg szintén immunbiológiai reactio. Valószínűleg a vérantitest tartalmával függ össze. 1. Ahol az SvtR kisebb mint a TbR, ott a vér kellő vagy nagy mennyiségben tartalmazza az antitesteket. 2.

Ahol az SvtR egyenlő a TbR-el, ott a vér keveset, vagy alig tartalmaz antitesteket. 3. Ahol az SvtR. nagyobb, mint a TbR, ott a vér sok antigént (toxint?) tartalmaz. Természetes, hogy a reakciók csak vizsgálat idején fennálló immunbiológiai állapotát mutatják a szervezetnek. Az immunbiológiai állapot változása pedig éppen olyan közismert, mint a tuberculosis különböző pathológiai — anatómiai formáinak átalakulása. Ezért a SvtR és a TbR összehasonlító vizsgálat 2. és 3. alakja az 1. alakba is átmehet és fordítható.

Az egyik kontrollnak használt intracutan sajátvér az esetek jelentékeny számában az oltás helyén kis szederjes papulát okozott, kerek zöldes-kékes nem lobos udvarral, vagy csak ezt, papula nélkül. Az intracutan sajátvértuberkulinreakció megítélésének begyakorlásához az intracutan sajátvér kontrolloltatás is szükségesnek látszott.

Összefoglalás:

Az intracutan tuberkulin és az intracutan sajátvértuberkulinreakciók közötti különbségek prognostikailag értékesíthetők, az aktivitás eldöntésére azonban nem. A klinikailag gyógyult és jóindulatú, főleg productiv folyamatok nagyrészt a SvtR-t kisebbnek találtam a TbR-nél.

Irodalom: Calmette: Ztschr. f. Tbk. 53. — E. Hedvall: Ztschr. f. Tbk. 60. 2. — F. Klopstock: Ztschr. f. Tbk. 65. 4. — Naegeli: Zentrabl. 31. k. 751. o. (ref.) — H. Reichel és W. Milbrandt: Ztschr. f. Tbk. 63. (ref.) — Roepke: Ztschr. f. Tbk. 64. 1—2. — Sebők L.: M. O. T. E. 1921. — Torday A.: M. O. E. 1921. — Trenti: Zentralbl. Tbk. 32. 638. o. —

Budapest székesfőváros közpórháza III. belosztályának közleménye (főorvos: Bence Gyula c. rk. tanár.)

Különös elhelyezkedésű Vater-papilla carcinoma esete.

Irta: Lendvai József dr.

A Vater papilla rákja, az általános tumor tüneteken kívül, helyzeténél fogva charakteristikus és jól körülírt tünetcsoportot idéz elő. A duodenum ezen részébe nyílik ugyanis a ductus Wirsungianus és a ductus choledochus, ezért az innen kiinduló tumor növekedése közben a bonyilási kapuk időleges, teljes vagy részleges elzárása folytán pangásos tüneteket okoz. Ha azonban a vezeték atypusos helyen nyílnak és az anatómiai helyzet megváltozik, úgy a tumor localisatiója következtében előálló klinikai kép is más lesz. Ilyen szempontból érdekes a következő eset.

Körelőzmény: 34 éves férfi, régebbi betegségeire nem emlékezik, nemi baja nem volt. Három gyermeke egészséges, feleségének abortusa nem volt. Egy év óta sárga. Sárgasága kisebb-nagyobb ingadozásokat mutat. Fájdalmat sem a sárgasága alatt, sem régebben nem érzett. Vizelete sötét színű, széklete szürkés-fehér. Egy év alatt kb. 20 kg-t fogyott. Hetenként egyszer-kétszer hidegrázása van, amikor a hőmérséklete 40 fokig emelkedik.

Jelen állapot: Magastermetű, jól fejlett férfi. Bőre szenyves sárgásbarna színű, könnyen ráncolható. Sklerák ikterikusak. Bokáját kissé oedemás. Szív balra mérsékelten nagyobb, csúcs felett halk systoles zörejt. Tüdők felett bronchitis jelei. Has: máj öt ujjal a bordaív alatt, felszíne sima, alsó széle éles. Cholecysta nem tapintható, tájéka nem érzékeny. Idegrendszeri eltérés nincs.

Májfunctiók próbák közül galactose próbát és vércukor megterhelést végeztünk. Galactose kémlés alatt a kiválasztás 0.1 gr. volt. A vércukorgörbe kiindulási értéke 0.118%, 1 óra alatt 0.200%-ra emelkedik, 2 óra múlva 0.136%-ra, tehát kb. a kiindulási pontra esik vissza. **Vérkép:** Vvs. 3.030.000; Hb. 52%; F. i.: 0.85% F.

v. s. 12.000; *Qualitativ vérkép*: Ju. 3%; St. 9% Sgm.: 7%; Ly. 11%; Mo. 2% Eo. Ba) (. Vörösvérsejteken kisebb hypochromasia, plasmodium nem volt található. Wasserman—Kahn reactio negativ. Vérszűnyedés 70 mm. (Westergren). Serumbilirubin 11 mg%. Serum cholesterolin 0.105%. Mellkasi, gyomor-bél röntgen negativ. Boas-féle próbareggeli 60 szabad sósavat, 80 összcitidast mutat. Vizeletében epefesteny bőven van. A széklet szürkés-fehér, sublimat és urobilinogen próba gyengén positiv. Weber és benzidinpróba erősen positiv. Schmidt diéta után a székletben ép harántcsikolt izomrost, nagyobb mennyiségű zsír és emésztetlen keményítő szemcse nem volt. 24 óra alatt 38 fokon a duodenalis bennékben 16.000, a székletben 400, a vizeletben és vérsavóban egyaránt 80 diastase egység volt *Wolgemuth* szerint. A *Gross* és *Fuld* szerint végzett trypsin meghatározás 1 óra alatt 38 fokon a duodenális bennékben 200, a vizeletben 40 egységet mutatott. A lipase meghatározást *Róna* és *Michaelis* szerint végezve a duodenalis bennékben találtunk atoxyl resistens lipaset, míg a vérben nem volt. Szőlőcukor megterhelésre a vizeletben cukor nem volt, a vércukorgörbét lásd fentebb. A duodenalis bennék bilirubin tartalma 2 mgr% körül ingadozott, tehát mindig alacsony volt, két ízben véres húslészerű váladék ürült a sondán át.

Végéredményben tehát felvételnél máj- és pankreas-functiókiesést kimutatni nem tudtunk. Emellett a betegnek ikterusa volt (májfunctiók próbák alapján ezt mechanikus eredetűnek tartottuk), a székletben occult vérzést találunk, melynek folyamánya volt a kifejezett secundaer anaemia. Feltűnt még a beteg cachexiás külseje.

A kórházi megfigyelés első hat hetében az ikterus változatlanul tartott (serumbilirubin 8—11 mgr% között), a beteg elesettsége fokozódott, hidegrázása átlag egyszer-kétszer volt hetenkint, székletében pedig állandóan volt occult vérzés. A pankreasfunctiók vizsgálatokat több ízben megismételtük, kiesést egyszer sem észleltünk. Ekkor váratlanul néhány nap alatt megszűnt az ikterus és a hidegrázások kimaradtak. A műtétbe a beteg már előbb sem egyezett bele, most pedig jól érezvén magát, eltávozott az osztályról.

Négy hónap múlva moribund állapotban jelentkezett ismét felvételre. Elmondotta, hogy a közbeeső időben teljesen jól érezte magát. Nehéz testi munkáját, (fuvaros volt), el tudta végezni. Tíz nap óta erőtlén és újból sárgul. Ekkor ikterus mellett hidegrázása és occult vérzése volt. A diastase vizsgálat a székletben *Wolgemuth* szerint ismét normalis értéket adott (200 E.). Négy nap múlva a beteg meghalt.

Kóronctani lelet: A duodenumot felvágva a Vater papillának megfelelően tömött daganatos gócot találunk, melynek közepe tölcészerűen behuzódott és ezen keresztül nyomásra híg epe ürül. Felvágva a daganatos részt a ductus choledochust rendkívül kitágítva találjuk, kb. két harántujjnyi tág üreg. A ductus cysticus és epehólyag szintén dilatait. Híg zöldes epét tartalmaznak. A tumoros rész alatt kb. 0.5 cm.-re nyílik a pankreas vezetéke a duodenumba. Dg.: Carcinoma papillae Vateri, Cholangitis chronica et partim purulenta, Ikterus universalis gravis.

Szöveti kép: Szabálytalan mirigyjáratok halmaza látható, melyek háma gyakran többsoros, a hámszövetek hyperchromok, polymorphok. Dg.: Adenocarcinoma, Cholangitis et pericholangitis chronica.

A Vater papilla anatómiájával *Letulle* foglalkozott behatóbban. Ő írta le, hogy a ductus choledochus és *Wirsungianus* leggyakrabban közös diverticulumot alkotva együtt képezik a papillát, néha egyik a másikba torkol és végül ritkán előfordul, hogy külön nyílnak a bélalba. A pankreas másik kivezetőcsöve a ductus accessorius

Santorini legtöbbször nem functionáló szerv, gyakran hiányzik is. Csak ritkán fordul elő, hogy a ductus accessorius a hasnyálmirigy fő kivezetőcső és a ductus pancreaticus csövevényes (*Clairmont*). Esetünkben a ductus *Wirsungianus* 0.5 cm.-el a ductus choledochus alatt szájadzik a bélalba, a pankreas kivezetőcsöve ezért nem tárgult, állománya ezért ép.

Carcinoma papillae Vateri legtöbbször csak a boncolás alkalmával, vagy accidentalisan, műtétek kapcsán kerül észlelésre. Klinikai tanulmányozását is ezen esetekben kezdték meg. Nálunk *Bence* előadás keretében ismertett 1927-ben egy in vivo diagnostizált és ezzel a diagnosissal műtetre küldött carcinoma papillae Vateri esetet, (operálta *Winternitz* prof.). Ez a beteg ma is él. A kórkép jellemzésére a bemutatott továbbá két régebbi eset alapján egy tünettriast állított fel, mely a choledochus és *Wirsungianus* elzáródás következményeiből és occult vérzésből tevődik össze. Az elzáródásos tünetek (ikterus, láz, panerkasfunctiókiesés) a tumor növekedésének az occult vérzés a szétesés következménye. A tumor progrediálásával fokozódnak az elzáródásos tünetek, széteséskor azonban enged az elzáródás, időlegesen ki nyílnak a vezetékek, ezért megszűnik a pangás és elmarad a láz. Míg tehát az epeutak másutt ülő tumora esetében általában fokozódó ikterust találunk, itt az ikterus intenzitása változó. A betegség hosszú lefolyása alatt mindig vannak olyan szakok, mikor a betegek tünetmentesek, máskor csak az elzáródásos tünetek, vagy csak az occult vérzés van meg és vannak oly periodusok, mikor mindhárom periodus feltalálható. Jellemzi még a kórképet, hogy a betegek korán cachexiásak és gyakran lázasak. A láz a pangás és secundaer fertőzés, tehát a következményes cholangitis folyamánya. Gyakori a Courvoisier típusú epehólyag. A betegség néha fájdalom nélkül zajlik le, máskor kisebb-nagyobb fájdalommal jár. Míg a duodenum egyéb tumora, tehát a parapylorikus és infrapapillaris rák körkörösén terjed és ezáltal, ha megfelelő nagyságot elér, szűkületi panaszokat okoz, addig a papillatumor vagy lapszerűen infiltrálja a papillát, vagy kis polipszerű kiemelkedés a bélumenben és nem szokott oly nagyságot elérni, hogy stenosiszt okozna vagy tapinthatóvá válna. A gyomor-bél röntgen ugyanezen okból nem eredményes.

Esetünkben tehát a carcinoma papillae Vateri legtöbb klinikai tünete jelen volt. Sőt a húslészerű duodenalis váladék újabb s alig ismert tumortünet. *Benda* és *Miloslavitch* ismertették egy esetüket, ahol a duodenalis bennék több ízben véres volt. Ez a papilla rosszindulatú tumorára irányította a gyanút, amit a sectio később igazolt is. Nálunk *Hollós* mutatott be egy duodenalis carcinoma esetet, ahol a sondelelet szintén véres volt. (ez az eset is sectióra került.)

Mi a tünetek alapján gondoltunk is a papillatumor lehetőségére és ezért végeztünk systematikusan, az észlelés egész tartama alatt, ismételtlen pankreasfunctiók vizsgálatokat. Kiesést nem kaptunk, amit a kóronctani lelet, vagyis az atypusos beszájadás megmagyaráz.

A carcinoma papillae Vateri nem oly ritka, mint az a gyér számú irodalmi közlések alapján várható. Kóronctani statistikák szerint a duodenum carcinomák az összes gyomorrákok 3%-át teszik ki. A duodenalis rákoknak pedig kb. 50—60%-a papilla-tumor. Osztályunkon 15 év alatt ez a negyedik észlelt eset. Az első eset klinikai megfigyelése után, a második már sebészhez került, azonban a beteg a műtét után meghalt. A harmadik beteg helyes diagnossal, idejekorán került sebészhez és sikerült műtét után ma is él. A jelen esetben is elvégeztettük volna a műtétet, annak ellenére, hogy a pankreaskiesés hiánya miatt a papillatumor diagnossist nem állítottuk fel határozottan

és inkább az epeutak másutt ülő tumorának és következményes cholangitisnek kellett tartanunk a betegséget, de a beteg nem egyezett bele a műtétbe, másodízben pedig moribund állapotban jött osztályunkra. Feltűnő, hogy másfélévi ikterus után metastasis nem volt. Ugyanezt mutatják az osztályon észlelt többi esetek is.

Esetünk is igazolja Bence felfogását, aki 1922-ben és 1927-ben azt állította, hogy mechanikus eredetű (tehát negatív máifunkciós próbák mellett fennálló) ikterus és occult vérzés együttes előfordulása esetén operáltságunk és vizsgáltságunk meg sebésszel a papilla környékét. Más okok is előidézhetik a két tünet együttes előfordulását. Így papillába ékelt kő, ikterust okozó vérző ulcus, cholaemiás vérzés stb. Az első két esetben azonban a műtét legtöbbször szintén indokolt, ulcust a röntgen is mutatja, cholaemiás vérzés esetén pedig az a valószínű, hogy a szervezet egyéb részein, így a bőrön, orr vagy szájjüregben is megtaláljuk. A műtétnek (a palliativnek ép úgy, mint a radicalisnak) nagy a mortalitása. Csak akkor eredményes, ha a betegség oly korai szakában végeztetjük el, mikor a cachexia tünetek nem fejlődtek még ki és az ikterus nem áll oly hosszú ideje fenn, hogy súlyosabb cholaemiás tünetek mutatkoznának. Igen fontos, tehát a korai diagnosis, vagy legalább a korai műtéti indicatio felállítása.

Összefoglalás: 1. Mechanikus ikterus és occult vérzés együttes előfordulása esetén az exploratív laparotomia indokolt, ha a cholaemiás vérzés hozzávetőleges valószínűséggel kizárható.

2. A műtét feltétlenül elvégzendő, ha a két tünethez pankreas elzáródás tünetei csatlakoznak.

Irodalom: Bence: Orvosegyesületi bemutatás 1922. — Bence: Orvosegyesületi előadás. 1927. — Letulle: Bull. de la soc. anat. de Paris 1898. — Hollós Polyklinikai bemutatás 1929. — Chairmant: Zbl. f. Chir. 1926. — Benda és Mihályvitsch: J. Am. med. Ass. 1928.

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

Grippés csecsemők szív működési zavarai és azok kezelése.*

Irta: Kiss Pál dr. tanársegéd.

A grippét a csecsemőkorban igen súlyos megbetegedéssé teszi az, hogy részben maguk a grippe ma még nem eléggé felderített kórokozói, részben ezeknek a nyomán fellobbant társfertőzések nem ritkán másodlagosan olyan súlyos általános tüneteket okoznak, melyek a csecsemő életét magukban is veszélyeztetik s gyakran igen gyorsan halálhoz vezetnek. A hűvös végtagok, a nagyfokú sápadtság, a cyanosis, a máj acut megnagyobodása mind arra mutatnak, hogy az eszméletlenségig fokozódó sensorium-zavar nemcsak a láznak, a grippe toxinjainak és az osmotikus viszonyok megváltozásának hatására vezetendő vissza, hanem egyes esetekben felelőssé teendő ezért a másodlagosan kifejlődött vérkeringési zavar is. Ezen vérkeringési zavar előidézésében kétségtelenül szerepe van a peripheriás véredényrendszer tonusváltozásainak is, azonban, mint alábbi vizsgálataink rámutattak, számos esetben a szív működés zavarai a döntő tényező.

Hogy a szív működési zavaráról tisztább képet kaphassunk az eddigi vizsgálatainkat kiegészítettük elektro-

kardiographiás vizsgálattal. Az 1930—1931 és 1931—1932 évi grippejárvány alatt 94 grippés csecsemőről 274 elektrokardiogrammot vettünk fel. A felvételekhez újezűst lemez elektrodokat és az Edelmann-féle kis készüléket használtuk. Hogy az egymasután következő felvételek összehasonlítására nagyobb legyen a lehetőség, a felvételeket az étkezésekhez viszonyítva ugyanazon időpontban, a csecsemők alvása közben készítettük.

A grippés csecsemők elektrokardiogramma a szív állapotának megfelelően a betegség különböző szakaszaiban más és más. Ezen betegség alatt általában a szív szempontjából két szakaszt különböztethetünk meg: 1. magát a grippés attaque szakát, 2. a complicatiók, illetőleg a társfertőzések szakát.

A grippés attaque alatt, vagyis a betegség első napjaiban az ingerületképző rendszer kórosan fokozott izgalmi állapotáról van szó. Ezen állapot előidézésében szerepe van a magas láznak és a szapora légzés okozta munkatöbbletnek is, azonban ezek mellett döntő szerepe a toxinoknak és a vérchemismus bizonyos irányú megváltozásának van. Fentiekkal tudjuk magyarázni azt, hogy a grippének ebben a szakában a szív percnkénti összehúzódásainak száma jóval magasabb, mint ami a láz fokának megfelelne. A percnkénti szívrevolúciók száma ezekben a napokban majdnem minden esetben eléri a 180-at, de sokszor mozog a 200 körül s elérheti a 240-et is. Az elektrokardiogramm ilyenkor sinus tachykardiára jellegzetes, az összes kitérések megvannak, egymást szabályosan követik, csak a T—P közötti rész rendkívül megrövidül.

Az elektrokardiogrammok tehát arra mutatnak, hogy a grippe első szakában a szíven anatómiai elváltozás minden valószínűség szerint még nincsen s ezt a szakaszt az ingerületképző rendszer kórosan fokozott izgalmi állapota jellemzi, vagyis functionalis zavar uralja a kórképet. Hogy ez a functionalis zavar, ha nem tudjuk befolyásolni, egyes esetekben a betegre végzetes lehet, mutatják azok a felvételeink, melyeket olyan betegekről készítettünk, akiken ez a zavar halálos kimenetelű volt s akikben a keringési zavar kezdetétől a halál beálltáig sikerült elektrokardiogrammokot regisztrálnunk s ezáltal némi betekintést nyerhettünk a halál közvetlen okába, amit szív kimerülés, ill. a tachysystole okozta hiányos coronariás keringésre vezethettünk vissza.

Ha a betegség elhúzódik s különösen, ha társfertőzések (bronchopneumonia, empyema, meningitis, vastagbél-folyamatok stb.) lépnek fel, vagyis a grippe második stádiumában az elektrokardiogrammon a T hullám mindhárom levezetésében rendkívül ellapulhat, sőt eltűnhetik, néha eltűnik a P is, úgy, hogy nem marad meg más, mint a QRS complexum. Ebben a szakaszban a QRS complexum nem viselkedik egyöntetűen, a betegek egy részén, úgy szólván normalis marad, egy másik csoportban különösen az I. levezetésben megkisebbedik a R. Más betegeken a betegség lezajlása alatt mindhárom levezetésben alacsonyabbá válhatnak ezen kitérések. Néha látjuk, hogy a betegség lezajlása alatt a QRS complexum kiszélesedik, valamely része csomós lesz, felrostozódik, vagy fogazott lesz.

Ezen elektrokardiogrammok alapján azt kell mondanunk, hogy a csecsemőkori grippe második szakában a szíven nemcsak functionalis zavar van, hanem minden valószínűség szerint a myokardiumon anatómiai elváltozás is kifejlődik, amelynek létrehozásában a toxinok hatásán kívül a complicatiók, vagyis a másodlagos elváltozások helyén létrejött fehérjeszételési termékek is szerepet játszanak.

Kérdés, hogy fenti vizsgálatok mennyiben használhatók fel a therapia irányítására?

*) A Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde 43. nagygyűlésén Bécs-ben 1932. szeptember 22.-én tartott előadás nyomán.

Természetesen a grippés csecsemők kezelése szempontjából nemcsak a szív irányadó, hanem a többi szervek is, azonban a másirányú kezelésekre most nem célom kitérni, csupán a keringési zavarok kezelésekor tapasztaltakat ismertetem.

Ha a fenti adatokat átgondoljuk, elfogadhatónak látszik az hogy a grippe két szakasza alatt a keringési zavar kezelése különböző. Az első szakasz alatt a keringési zavar primaer oka a nagyfokú tachycardia, amit az ingerületképző rendszer kórosan fokozott izgalmi állapota tart fenn. Ez a keringési zavar már igen korán szívdilatációra vezethet. Ezen első szakasz fenyegető keringési zavarának kezelésére megfelelőnek látszik nagymennyiségű (50—60 ccm) vérlebecsátás. Ez a csecsemő venájából sohasem sikerül, ezért vagy sinus punctiót, vagy arterotomiát kell végeznünk. Ezzel egyidőben adhatunk intravenásan 20 ccm 5—10%-os dextrose oldatot, továbbá szükség szerint 3, 4, 5 napon át pro die 2×1 ccm 10%-os chininurethan oldatot + 0.2—0.4 ccm digalen intramuscularisan. Sem a chinin, sem a digalen szívre irányuló hatásmechanismusára nem térek most ki, hiszen azok általánosan ismertek.

Ha csak nagyfokú tachycardia van dilatatio nélkül, a vérlebecsátás nem szükséges, elegendő a naponta adagolt chinin-urethan + digalen.

Nagyon meg kell gondolnunk ebben az első szakaszban azt, hogy még súlyos keringési zavar esetében is alkalmazzuk-e a külföldi irodalomban ilyenkor indicált adrenalin. Ezen csoportba tartozóknál 0.1 ccm adrenalin a már meglevő tachycardiát annyira fokoztatja, hogy a beteg válságos állapotba kerülhet. Vizsgálataink kezdetén egy esetben alkalmunk volt fenti adagolás mellett az adrenalinnak a szív rythmusára hatását ebben a stadiumban elektrokardiogrammon rögzíteni s azt láttuk, hogy amíg az adrenalin adagolás előtt a szív percenkénti összehúzódásának száma 180 volt, közvetlenül utána felugrott 220-ra s még 12 óra múlva is ezen a nívón mozgott s ezen idő alatt a beteg állapota válságos volt.

Ebben a szakaszban a szív állapota miatt nem látszik alkalmasnak nagyobb mennyiségű vértransfusio, vagy nagyobb mennyiségű folyadék intravenás bevitele sem. A beteget abszolút nyugalomban kell tartanunk s ennek biztosítására ne féljünk, ha kell nagyobb adagú lúminál natrium injectiókban alkalmazásától sem.

A betegség második szakában keringési zavarok esetén a szív kezelésére i. v. dextroseval kombinált kisadagú (0.1 ccm) digalen 5—6 napon át intramuscularis adagolása indicált, amely kezeléssorozatot szükség szerint 5—6 napos szüneteket tartva megismételhetünk. Ezen kezelés sorozattal ismételtén láttunk egészen kifejezett szív működési zavarokat 3—4 hét alatt gyógyulni, amikor korra nemcsak klinikai gyógyulás következett be, hanem a kóros elektrokardiographiás jelek is eltűntek. Néha ezen változások csak hosszabb idő múlva (1—2 hónap) jönnek rendbe.

Ezen második szakaszban néha igen nagyfokú vérnyomáscsökkenés is kifejlődhetik s ilyenkor, ha fenyegetővé válik a keringési zavar, indicált lehet a tonogen alkalmazása s általa átmeneti javulás váltható ki. A tonogen ilyenkor nem tachycardiát okoz, hanem a vérnyomás emelkedésével egyidőben bradycardia jön s a keringési viszonyok javulnak. Észleltünk egy esetet, ahol 0.1 ccm tonogen intravenás alkalmazása után a percenkénti szívösszehúzódások száma elektrokardiogrammal bizonyítottan 144-ről leszállt 96-ra s a beteg általános állapota sokkal kedvezőbb lett.

Az elmondott vizsgálatokkal a csecsemőkori grippe kezelésébe nem új eljárásokat, vagy gyógyszereket akartam bevezetni, hanem a meglevő, de eddig nem minden esetben egyöntetű eredményt adó eljárások és gyógyszerek indicatiós területeit igyekeztem biztosabb alapokra helyezni.

A bpesti izraelita hitközség kórházi „C” belosztályának közleménye (főorvos: Lévy Lajos).

Lómáj-kivonat hatása anaemia perniciosában.

Irta: Löwinger Simon dr.

Amikor elhatároztuk, hogy osztályunkon négy év alatt észlelt anaemia perniciosás betegeink sorsát kikutatjuk, nem az volt az első gondolatunk, hogy a májkezelés hasznáról nyerjünk képet. Hiszen erre vonatkozólag az összes nagyobb és régebbi statisztikai összeállítások egyöntetűen biztos és kedvező választ adtak. Minket főleg az érdekelt, vajjon betegeinket az általuk is tapasztalt meglepő javulásuk mennyire készíteti arra, hogy a nekik adott utasítás szerint szabadon, ellenőrzés nélkül a májkezelést következetesen betartják-e? Erre vonatkozó következtetéseinket más alkalommal kívánjuk közzétenni. Most egy meglepő megfigyelésre kívánjuk a figyelmet irányítani, melyet voltaképpen egyik betegünknek köszönünk.

Egyik nőbetegünk, felszólításunkra jelentkezvén, előadja, hogy mivel szűkös anyagi viszonyai miatt borjúmájra nem tellett, a sokkal olcsóbb lómájat szedte az általunk előírt mennyiségben huzamos időn keresztül. Vérének vizsgálatában feltűnt, hogy valamennyi újra jelentkező beteg közül ő adta a legjobb és legmaradandóbb eredményt. Ebből az észlelethől merült fel az a gondolat, hogy lómáj-kivonattal kísérletezzünk. A Richter vegyszeti gyárat kértük fel arra, hogy lómájból készítsen a szokott máj-kivonathoz hasonló módon injectióra alkalmas kivonatot. Meg kell említenünk, hogy a gyártól ugyanekkor azt az értesítést kaptuk, hogy lómáj használatáról történt már irodalmi közlés. E nyomon elindulva, valóban rábukkantunk Richter, Meyer és Ivy a Journal of Internal Medicine 4. 1932. V. 50. számában és a Journal of the A. M. A. 1932. máj. 7-i számában megjelent két dolgozatára.

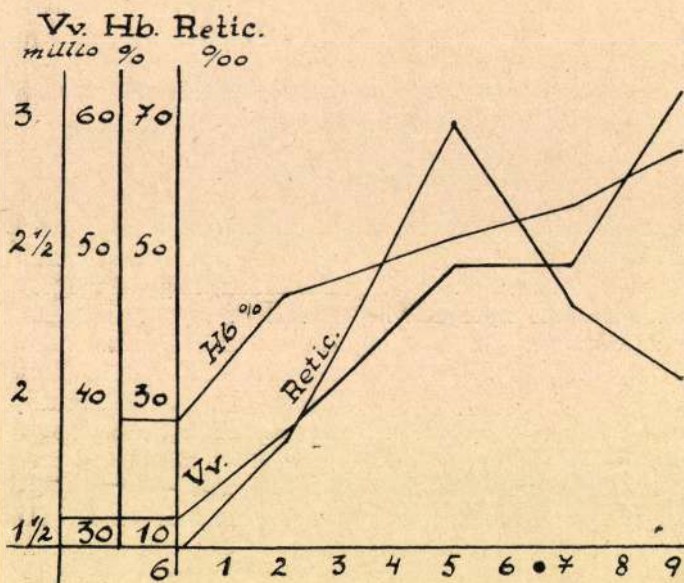
És így kitűnt, hogy eredetinek vélt ötletünknek valóban van már előjárója.

A rendelkezésünkre bocsátott lómáj-kivonattal eddig három ízben végeztünk gyógykísérletet.

1. M. Gy. 41 éves nőbeteg. 1933. február 20. án kerül felvételre. Glossitis, achylia, Vérték: haemoglobin: 39%, vörösvérsejtek: 1,640,000, F. I.: 1.2, Reticulocyta: $8\frac{0}{100}$ fehérvérsejtek: 6,800. Megalocytosis. Febr. 22-én kezdjük el kezelését napi 4 ccm lómáj-kivonattal. Már két nap után $24\frac{0}{100}$ -re ugrik fel a reticulocytaszám, majd öt nap múlva $70\frac{0}{100}$ -re. Vérték ekkor: haemoglobin 52%, vörösvérsejtek: 2,560,000, F. I. 1.0 fehérvérsejtek: 6000. A kilencedik napon már süllyed a reticulocytaszám $34\frac{0}{100}$ -re. A haemoglobin 58%-ra, a vörösvérsejtszám pedig 3,140,000-re emelkedik. A beteg ekkor távozik az osztályról és a kezelést otthon fogja folytatni. (L. görbét.)

2. K. V. 58 éves nőbeteg 1932. jun. 8. — 1932. jul. 4.-ig fekvett osztályunkon. Felvételkor akroparaesthesiák, achylia gastrica, Babinski. Vérték: haemoglobin: 50%, vörösvérsejtek: 1,600,000, F. I.: 1.5, Reticulocyta: 0 fehérvérsejtek: 3,400. Megalocytosis. Májkezelésre a tizennegyedik napon jelentek meg a reticulocyták és ekkor is csak $3\frac{0}{100}$ volt a számuk. haemoglobin 73%, vörösvérsejtek: 2,610,000, F. I.: 1.4, fehérvérsejtek: 6,400. A kezelés 19. napján távozik. haemoglobin: 70%, vörösvérsejtszám: 3,000,000, F. I.: 1.16, fehérvérsejtek: 8,200. —

Ujra jelentkezéséig rendszertelenül ugyan, de tartotta a májdiaetát. 1933. február 27.-én kezdtük el a lómáj kivonattal kezelést, napi 4 ccm intramuscularis injectio formájában. Véréképe a kezelés előtt: haemoglobin: 86%, vörösvérsejtek: 3.280.000, F. I.: 1,3. reticulocytá: 120/100. fehérvérsejtek: 7.600. Március 3.-án kezelésünk 5.-ik napján hameoglobint: 100% vörösvérsejtek: 4.950.000, F. I.: 1,0, fehérvérsejtek 8.500, reticulocytá: 140/100.



1. ábra.

3. S. M. 58. éves nőbeteg 1931. márc. 25.-től 1931. máj. 3.-ig fekvő osztályunkon. Felvételnél glossitis, achylia gastrica. Véréképe: haemoglobin: 22%, vörösvérsejtek: 1.810.000, F. I.: 1,2. reticulocytá: 0. fehérvérsejtek 5.300. Véréképben megalocyták. Akkori kezelése ventrocytholból és sósavpepsinből állott, amire a hetedik napon jelentek meg reticulocyták a vérben, de csak 20/100 volt a számuk, majd 40/100-re emelkedett. A kezelés 23. napján, miután kellő emelkedést tovább nem tapasztaltunk, nyers máj diaetára térünk át, amire 12 nap alatt 3.080.000-re emelkedett a vörösvérsejtszám és 82%-ra a haemoglobin. Ekkor távozik osztályunkról. Két héttel távozás után — otthon tartván a májdiaetát — a haemoglobin változatlan maradt, a vörösvérsejtszám pedig 4.200.000-re emelkedett.

1933. febr. 19.-én jelentkezett felszólításunkra. Véréképe: haemoglobin: 70%, vörösvérsejtek: 2.540.000, F. I.: 1,6. reticulocytá: 100/100. fehérvérsejtek: 5.200. Ekkor kapja az első lómáj kivonattal injectiót. Február 27.-ig napi 2 ccm-t azon túl napi 4ccm-t kapott. Márc. 4.-én, kezelésének 14. napján haemoglobin: 100%, vörösvérsejtszám: 5.060.000., F. I.: 1,0, fehérvérsejt szám 7.400. reticulocytá: 360/100.

A közölt észleletekben a lómáj kivonattal gyorsabb és intenzívebb hatásnak bizonyult, mint amelyet egyéb májkészítményekkel szoktunk látni. Még a legjobb májkészítményre sem láttuk a reticulocytaszám oly korai emelkedését, mint az 1. esetben, ahol 2 nap alatt 80/100-ról 240/100-re s további 3 nap alatt 700/100-re szökött fel a számuk. A vörösvérsejtszám és haemoglobin emelkedése is gyorsabban következett be mind a három esetben, mint ahogy egyéb májkészítményekkel tapasztaltuk. Ezen észleletünket megerősítik az említett amerikai szerzők tapasztalatai.

Vizsgálatainkat abban az irányban is óhajtjuk folytatni, hogy oly esetekben, mikor a májkezelés nem volt eredményes, milyen hatást lehet lómáj kivonattal elérni.

Nem lényegtelen körülmény, hogy a lómáj kivonattal előállítása jóval olcsóbb, mint a borjú-, marha-, vagy disznómáj kivonattal.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Hyperadrenalinemia és annak atropin-kezelése essentialis hypertoniában. Kuré, Ken, Takaaki és Murakami. (Klin. Wschr. 1933. 12. sz.)

A szerzők ismét visszatérnek ahhoz a régi és egy időre diszcreditált felfogáshoz, hogy az essentialis hypertoniát a vérben keringő fölös mennyiségű adrenalin hozza létre. Szerintük az essentialis hypertoniás betegek vérében 2—3-szor annyi érszűkítő anyag (adrenalin?) kering, mint az egészséges emberében és ennek kimutatása csak azért nem sikerült, mert az adrenalin a kérdéses minimális koncentrációban levegővel érintkezve azonnal elbomlik. Ha a levegővel való érintkezést kizárták, úgy az érszűkítő anyag kimutatása minden alkalommal sikerült és pedig hipertóniásokon lényegesen nagyobb koncentrációban, mint egészségeseken. A szerzők szerint az adrenalin secretióját a hasi parasymphathicus idegek izgalma fokozza. Miután ezek szerint az adrenalinemia oka a parasymphathicus izgalma, theoretikusan az atropinadagolásnak az adrenalinemiát és ezáltal a hypertoniát csökkentenie kellene. Szerzők kísérletei szerint ez valóban így is van: napi $3 \times 0,2$ mg. atropin adagolásával minden esetben sikerült az essentialis hypertoniában szenvedők vérnyomását lényegesen csökkenteni.

Czoniczner dr.

A galaktose helyzete cukorbetegségekben. Freund (Deutsche Med. Wschr. 1933. 8. szám.)

A cukorbetegségeknek különböző cukorfajtákkal szembeni viselkedését vizsgálták. A cukorbetegségek legtöbbet a laevuloseból, illetve még inkább ennek polysaccharidájából az inulinból assimilálnak, ezután következik a galaktose, legvégül a dextrose.

A galaktose fokozott toleranciáját Kosterlitz úgy magyarázza, hogy a galaktose képes a szervezetben még rendelkezésre álló insulint relative magas koncentrációban magával együjt a májba juttatni. Pollak szerint a hyperglykaemia létesít valamiképpen olyan állapotot, amely dacára az insulinhiánynak, lehetővé teszi a cukorbetegségek normalis, sőt fokozott galaktose toleranciáját. Ha Pollak-nak igaza volna, úgy insulin adás mellett, tehát a hyperglykaemia csökkenése mellett a galaktose kiválasztásának fokozódni kellene. Szerző vizsgálataiban ez nem következett be.

Kleiner György dr.

A vérreservoirok szerepe a belgyógyászatban. Eppinger (Klin. Wschr. 1933. 1. szám.)

A vérdepót-k kérdéséről először Barcroft vetette fel, aki azt tapasztalta, hogy melegben és munka közben a keringő vér mennyisége hirtelen megnövekedik. Az ő véleménye szerint pihenéskor és hidegben a vér egy része reservoirokban van elhelyezve és innen kerül szükség esetén a keringésbe. Ilyen vérraktár szerepét tölti be a lép, amint azt Barcroft-nak precíz kísérletekkel sikerült bebizonyítania. Ujabb szerzők kiderítették, hogy hasonló vérreservoirként szerepelhet a máj és a bórallati kötőszövet is. A vérdepót-knak fontos szerepük van a collapsus keletkezésében; a collapsus tulajdonképpen nem más, mint a keringő vérmennyiség végzetes megkevesebbedése. Ilyenkor a vér nagy része a portarendszerben stagnál, miáltal a venás nyomás, majd a percvolumen, végül az arteriális nyomás is csökken. Teljesen analog állapotot létesít a hystamin, valamint a pepton-mérgezés. A collapsus kezelése szempontjából tehát fontos, hogy milyen eszközökkel lehet a vért a depót-kból kimozdítani. Ilyen eszköz a meleg és a széndioxid-belégzés, a gyógyszerek közül az adrenalin és a pitrescin; talán hasonlóan hat a coffein és a camphor is. A collapsussal némileg ellentétes állapot a kardialis decompensatio, melyben a keringő vér mennyisége megnő. A megcsapódás oka vagy az, hogy a vértartályok elégtelenné válnak, vagy az, hogy oedema foglalja el bennük a vér helyét. Amint a digitalis az oedemat kiűzi a tartályokból, a vér ismét elfoglalhatja a reservoirokat.

Czoniczner dr.

Sebészet.

A kettős veséről. K. Volkmann. (Zbl. f. Chir. 60. é. 11. sz.)

Amióta a pyelographia is szerepel a vesebetegségek diagnosztikájában, a húgyszervek fejlődési rendellenességei nagyobb klinikai jelentőséget nyertek. A leírt esetek száma elég nagy. Gyakoriságuk 0,5—1,8% között változik. Kettősen fordulhat elő egy oldalon a vese, a vesemedence és az ureter. Kettős ureter esetében mindig két vesemedencét találunk.

néha változatlan küllemű egyes vese mellett. Az esetek egy részében a megbetegedésnek nincs klinikai tünete, általában azonban súlyos elváltozások — tbc., pyonephrosis, hydro-nephrosis stb. — vezetnek a kettősség felfedezésére. Két vese jelenlétekor — aseptikus esetben — a két vesemedence közti anastomosis, ritkán az ureter implantációja a hólyagba vezethet eredményre. Minden más esetben a betegnek talált vese eltávolítása jöhet csak szóba. Szerző két esetéről számol be, kiken az egyik vese eltávolításával klinikailag teljes gyógyulást ért el. Mindkét esetben az alulfekvő vesemedence megbetegedése volt észlelhető, ellentétben az irodalom adataival. A klinikai tünetek megegyeztek az intermittáló hydronephrosis tüneteivel.

Zoltán László dr.

Adatok a gyermekkorban előforduló pleura-empyemák gyógyításához bordaresectio és zárt drainage által. F. Klages. (Zbl. f. Chir. 60. é. 11. sz.)

Szerző 98 eset statistikáját közli. Esetei 1—13 éves gyermekek köréből kerültek ki. Összmortalitása 7%, amely az irodalomban közölt statistikákat tekintve igen jónak mondható. 5 beteget Büllau-drainage-al, 2 beteget egyszerű punctióval kezelt. A többi esetben a következő műtétit eljárást követte: punctióval megállapítva az empyema helyét, bordaresectiót végez, mindenkor helybeli érzéstelenítésben. A pleurát egy helyen kissé megnyitva, gummidraint vezet a pleuraürbe és ezt átöltő bőr-izom-varrattal rögzíti. A cső csupán annyi genyvet vezet le, amennyit a kötés felszív. 12—14 nap múltán, mikor a pleura letapadása már megtörtént, nyitott drain-kezelésre tér át. A műtét első napjától kezdve, fokozott légzési gyakorlatokat végeztet. Súlyos szövődmény az empyema áttörése a tüdőbe, illetőleg bronchusba. Két betege eme szövődmény, 5 betege sepsis következtében halt meg. Hosszabb ideig fennmaradó retentiós üregeknek oka a túlsokáig fenntartott drainage. Ily esetekben részleges thoracoplastica eredményes lehet. A pleuraüreg öblítése különösebb eredménnyel nem jár. Az empyema következtében esetleg beálló gerincoszlop, illetőleg mellkasi elferdülések a rugalmas gyermeki csontrendszert tekintve, orthopaediai kezeléssel jól befolyásolhatók. Fertőzést általában pneumococcus, ritkábban streptococcus okoz. Prognosis szempontjából a bakteriologiai lelet nem értékesíthető. Gyógyulási idő fenntebb leírt kezelés mellett átlag 44 nap.

Zoltán László dr.

Szülészet.

Evipan-natrium alkalmazása a spontan szülés fájdalmának csökkentésére. Holtermann. (Zbl. f. Gyn. 1933. 15.)

Nemrég 700 nőgyógyászati és szülészeti esetben alkalmazott intravenás Evipan—Na narkosisról számolt be, azóta újabb 500 esetet volt alkalma észlelni, ezen 1200 eset tapasztalata alapján azt mondhatja, hogy a szer megfelelő adagolásban ártalmatlan, alkalmazása egyszerű és kitűnően beválthat rövid ideig tartó altatásra, vagy az inhalációs narkosis bevezetésére.

A szülés alatti fájdalomcsillapítás elérésére tekintetbe veendő hogy az Evipan-narkosisnak klinikai szempontból három különböző phasisa különböztethető meg: a teljes narkosis, a felébreszthető és a fel nem ébreszthető álom. A teljes narkosis alatt a reflexek teljes hiánya nemcsak a szülés folyamatának akadályozottságát, hanem többnyire teljes szünetelést is okozza. A fel nem ébreszthető álom alatt a szülőfájások és a reflexek visszatérnek, a hasprés azonban még hiányzik, vagy hiányos. A hasprés csak a felébreszthető álom állapotában tér vissza; ilyenkor jó fájások mellett a szülés gyorsan halad. Ezek szerint spontan szülés alatt csak a felébreszthető Evipan-narkosis álom volna megfelelő. Mivel a narkosis különböző phasisainak elérése csak az adagolás kérdése, elméletileg ismételt injectióval hosszabb ideig tartó ilyen álom volna létrehozható. Gyakorlatilag azonban az ilyen rövid idők alatt ismételt intravenás injectio az eljárást nagyon megnehezíti. Ilyen irányú eredménytelen kísérletek után letettek arról, hogy a szülési fájdalmakat hosszabb időn át csillapítsák a fájdalomcsillapítást csak a kitolási szak végére korlátozták. A felébreszthető álom eléréséhez 2.5—3 ccm. 10%-os oldat elegendő. Az injectio utáni első fájás kissé később jelentkezik, de a továbbiak már erősesek és szabályos időközökben jelentkeznek. Fájjászünetben a vajudó alszik, fájás alatt felébred és spontan vagy felszólításra jól nyom. Ha a fej kigördülése már nyugtalanságot vagy fájdalomérzést vált ki, az injectio ilyenkor kisebb adaggal megismétlődhet. Ha a fej már kigördíthető, vagy a szülés Kristeller-féle expressióval befejezhető, a második injectiót úgy is lehet választani, hogy teljes mély narkosis következzen be

(4—6 cm.). Ilyenkor az esetleges gátmetszést sőt gátvarrást is még teljes narkosis alatt lehet elvégezni. Célszerű a két injectiót úgy kombinálni, hogy a kitolási szak vége, a gát tágulása felébreszthető álomban, a fej kigördülése és az esetleges ezt követő gátvarrás teljes narkosisban történjen. A lepényi szak valamivel hosszabb, de a lepény leválása zavartalan volt, nagyobb vérvesztést nem tapasztaltak. Eddig 150 szülést vezettek ilyen módon és sem az anyára, sem a magzatra káros befolyást nem észleltek. Az eljárás gyenge pontjai: nem mindig könnyű az első injectio idejét megválasztani, s az adagolás is nagyon egyéni, legtöbbször 2.5—3 ccm. elegendő a felébreszthető álom elérésére, néha azonban 4—5 ccm. is kell.

Bíró István dr.

A női ureterfistulákról. G. Frommolt. (Münch. Med. Wschr. 1932. 41.)

Az ureterfistulákkal kapcsolatban igen nagy a mortalitás. Bland szerint egyoldali fistulánál 18.8%, kétoldalinál 33.3%. Aetiologiját illetőleg szerepelnek: elhúzódó szülések folytán létrejövő ureternekrosisek, magasszögök, vaginalis császármetszések, méhszájincisiók, Douglas-incisiók, művi terhességmegszakításokkal stb. kapcsolatos sérülések. Elég gyakori a Wertheim-műtét utáni másodlagos ureternekrosisek. Egy része az ureterfistuláknak spontán gyógyul, erre azonban 3 hónapon túl nem szabad várni, mert ascendáló fertőzés folytán elveszithetjük a vesét. Támogatólag lehet hatni hólyagdesinficiensekkel s a vesék és ureterek többszöri gyenge röntgen-besugárzásával. (a H. E. D. 10%-a)

A műtét methodusok közül meg kell említeni első sorban az ureterek újbóli beültetését a hólyagba. Ureterpótlás a hólyagfalból, ritkábban idegen anyagokból: tuba, bél, marhaartéria. Egész különleges esetben szóba jöhet az ureterek kivárása a bőrbe, bélbe. Mint ultimum refugium jön végre a vesék kirekesztése az ureterek lekötése, vagy még egyszerűbben nephrektomia útján.

Oláh József dr.

Gyermekegyógyászat.

Adatok a csecsemőkori intoxicatio amintheoriájához. W. Keller. (Zschr. f. Khk. 53 k. 1932.)

Az intoxicatio pathogenesisében az aminmérgezés előfeltételei adva vannak, mert 1. a tej fehérjéből nagyszámban képződhetnek hatékony aminok, 2. az endogen coli-invasio következtében a vékonybélben is nagyszámban keletkezhetnek aminok, végezetül a bél permeabilitása intoxicatióban fokozott és így a nagyobb mennyiségben képződött mérgek könnyebben jutnak a vérpályába. Szerző az aminok szerepét az intoxicatio pathogenesisében állatkísérletekkel igyekszik bizonyítani. Fiatal kutyán alimenterisan kétféle úton lehet toxikus syndromát provokálni: 1. Kramár-féle koncentrált, fehérjedús tejjel magasabb temperatúra mellett. 2. Fehérjementes száraz diétával histamin egyidejű peroralis bevitele mellett. A toxikus állapotban levő kutyák nagyobb részében, alkoholos és kénsavas extrahálás révén aminokat lehetett kimutatni a vérben. Az aminok kimutatására ma használatos módszerek tökéletlensége csökkenti a kísérleti eredmények értékét, további eredmények a methodika tökéletességétől várhatók.

Kerpel-Fronius Ödön dr.

A diphtheriás keringési gyengeség pathogenesise. Fredmann. (D. Med. Wschr. 1932. 1644. o.)

Symptomatologiai és pathogenetikai szempontból a diphtheriát 3 periódusra osztja: 1. az I. periódus a betegség 5. napjáig, 2. a II. periódus az első hét végétől a második hét végéig, 3. a III. periódus a harmadik hét elejétől a hetedik hétig tart. Ha a halál, vagy a betegség csúcspontja ebbe, vagy abba a csoportba esik, a betegség képe igen különböző lesz, amelyet az I. periódusban „foudroyans”, a II. periódusban „protrahált”, a III. periódusban „postdiphtheriás” mérgezési alaknak nevez. Foglalkozik ezen típusok klinikai képével és feldolgozza az idevonatkozó irodalmat. A végső következtetése az, hogy a diphtheria-mérgek főleg mint véredénymérgek fogandó fel. A véredényelváltozás volna szerinte az, ami a diphtheria különböző stádiumait pathogenetikai egységbe összefoglalná. Az első stadium tüneteit a functionális edényhűdés magyarázza, a II. stadiumban az ingerületvezetőrendszer működési zavarait a koszorúsverőerek akut megbetegedése okozza, a III. stadiumban a parenchymás degenerációt az előző stadiumban megbetegedett véredények tönkremenése hozza létre. Gyógykezelését azon elgondolásra alapítja, hogy mivel a diphtheria mindhárom stadiumában a szívelégtelenség végső oka az edényhűdés következtében létrejött elégtelen keringés a koszorús verőerekben, a leg-

sürgősebb tennivaló az üres edényrendszer feltöltése. Digitalist csak a III. stadiumban ad. Ha a folyadék peroralisan nem vihető be elegendő mennyiségben, úgy rectalisan adandó. Rein kísérleteire támaszkodva minden súlyos diphtheriát systematikusan nedves melegborogatással kezel, a beteget 35–39° C vízbe áztatott lepedőbe csavarja, melynek időtartamát a pulzustól és a beteg subjectiv érzésétől teszi függővé, ha erre a kezelésre a beteg nem reagál kedvező irányban, ez igen súlyos prognostikai jel.

Kiss Pál dr.

Gégészet.

Arrosiós vérzés a carotis ágakból, angina lacunaris 4. napján. Koch. (Archiv f. Ohren-Nasen u. Kehlkopfheilk. 130. k. 3. f.).

Az oldalsó nyaki erek arrosiós vérzése, peritonsillaris és retropharyngealis tályogok esetében a legsúlyosabb szövődények közé tartozik. Az irodalomban 58 eset van közölve, melyeknek 53,5%-a halálos végű volt. Az abscessus nélküli, egyszerű angina esetében ez a szövődény rendkívül ritka. Szerző beteget 33 éves volt, négy nap óta magas lázzal, heves nyakfájdalmakkal; mindkét tonsillán lacunaris gyulladás; 4. nap, este, bőséges vérhányás, mely másnap reggelre megismétlődik; torokban vérzés nem látható. A spatium parapharyngeum véredény arrosiójának gyanúja miatt szabaddá tette a jobboldali nyaki ereket, mire szilványi vérömleny, majd annak eltávolítása után két vérző arteria tűnt elő (art. palat. és phar. asc.), melyeket lekötött. Az azonoldali tonsillából kiinduló vena thrombotisált, ezért azt resecálta a vena facialis comm.-t és jugul. int.-t is alakította. Következő napon a jobb tonsilla alsó polusából újabb arteriosus vérzés. Tonsilla extirpatiót végzett, mely után a beteg fokozatosan láztalanodott s 4 héttel a műtét után gyógyultán távozott.

A terapia szempontjából csak a nyaki erek kívülről szabaddátétele jöhet szóba, miután a torok felőli vérzés-csillapítás csak késedelmet jelent.

Az esettel megerősítve látja Uffenorde azon felfogását, miszerint arteria arrosiók esetében mindig vena elváltozások (thrombophlebitis) is vannak s ezért a beteg venák (jugularis) egyidejű leköttése, — esetleg resectiója — sohasem mulasztható el. Azonnali energikus sebész beavatkozással a beteg élete sokszor megmenthető.

Csillag Sándor dr.

Bőrgyógyászat.

Intracutan hydnocarpus és morrhua a lupus vulgaris kezelésében. L. Rogers. (Brit. Med. Journ. 1933. 3752. sz.)

Amióta a chaulmoogra-olaj (oleum gynocardium) helyét foglalta a lepra kezelésében, állandó kísérleteket folytattak vele más sav-álló bakteriumok okozta betegségek, így tuberculosis esetében is. A szerzők nagyszáma sikeres eredményekről számolt be a chaulmoogra-olaj különböző készítményeivel különféle módon végzett kísérletekről. A szerző Calcuttában észlelte, hogy a leprás csomók pompásan gyógyulnak, ha magába a csomóba injiciálta a készítményt. Ezen az alapon adta egy kiterjedt és régi lupusos betegnek intracutan. Egy-két csepp morrhua aethyl-ester-rel kezdte sikeres kezelését, majd — mivel az eredmény lassú volt — a hatékonyabb hydnocarpus aethyl-esterre tért át, mely 4% creosottal, mint antiszeptikummal kezelve „moogrol” néven kerül forgalomba. Ha hydnocarpatra erőlyes hatást kapott, morrhuaatra tért át. Nemcsak helyi javulás mutatkozott, hanem általános is: a nem kezelt területek is javultak. Kezdetben hetenként, majd két-három hetenként kezelte betegét s egy év alatt csaknem tökéletesen meggyógyult. Betegét figyelemmel kíséri, hogy a hatás maradandó lesz-e. Szükség esetén újabb injectiót alkalmaz.

Simon Pál dr.

Az alepol hatása. Prof. S. L. Cummins és Cicely Weatherall. (Brit. Med. Journ. 1933. 3752. sz.)

L. Rogerstől kapott alepolt vizsgálták culturalisan és állatkísérletekben. Az alepol hydnocarpus-olaj alacsony olvadáspontú zsírsavainak natriumsója. Vizsgálataik eredményét a következőkben foglalták össze:

a) Az alepol in vitro gátolja a tuberculosis bacillusok növekedését.

b) Két kísérleti tengeri malac életben maradt Besredka-féle tuberculosis culturával történt inoculatio után, amely cultura csupán 1:1.000.000 arányban tartalmazott alepolt.

c) Nyulakkal végzett kísérleteiket nem értékesíthették, mert a controll állatok jól túrték a human tuberculosis bacillus tenyészetet.

d) Az alepolnak in vitro észlelt baktericid hatásából mégis arra következtetnünk, hogy az alepol jó hatású lesz tuberculotikus mellhártya izzadmány és egyéb zárt, tuberculosis bacillust tartalmazó területen, min pl. hideg tályog esetében.

Simon Pál dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Handbuch der gesamten Unfallheilkunde. König—Magnus. (2. kötet 4. füzet és 3. kötet 1. füzet. 1933. F. Enke Stuttgart. Ára 11.70 és 12.10 márka.)

A jeles kézikönyv ezen két újabb füzet ismét gazdag és érdekes tartalommal jelent meg. Lohmar terjedelmes és alapos tanulmányban értekezik a baleseti gyógyító eljárásról ismertetve annak lényegét, jogi és gyakorlati vonatkozásait a biztosítás teherviselői és a biztosítottak, valamint az orvosok és gyógyintézetek szempontjából. Különös nyomatékkal mutat rá azokra a feladatokra, melyek a gyógyítás tökéletesítését és a gyógyeredmények javítását illetőleg az orvosokra és gyógyintézetekre hárulnak.

Molineus a baleseti szakvéleményezésről írt kitűnő cikkében a szakértő teendőit, a felülvizsgálat technikáját, a véleményezésben irányadó szabályokat ismertet számos vélemény-minta közlésével. A német rokkantsági biztosítás lényegéről, alapelveiről és orvosi feladatairól Weber tájékoztat rövid, de olvasásra érdemes dolgozatában. Liniger, a biztosítási orvos-tan egyik legismertebb képviselője, a baleseti magánbiztosítás kérdését, zur Verth professor pedig a német katonai és hadigondozás szervezetét, szolgáltatásait és feladatait ismerteti az érvényben levő Reichs-versorgungsgesetz alapján. Fischer A. W. a Schmieden klinika főorvosa figyelemreméltó közleményében felhívja a figyelmet a baleseti orvostan egyetemi oktatásának nagy fontosságára s ezzel kapcsolatban practikus javaslatokat tesz a tanterv és vizsgarend módosítására.

Érdekes és sok egyéni tapasztalata miatt különösen értékes Könignek a csontbetegségekről írt dolgozata. Behatóan foglalkozik a csontok körülírt traumás betegségeivel (melyekhez a csontcysták nagyobb részét is számítja) az osteodystrophia, csontatrophia és insufficiencia különböző alakjaival, valamint a csontdaganatokkal az újabb kutatások és saját megfigyelései alapján, különösen kidomborítva ezen betegségek baleseti vonatkozásait.

Hübner az izületi betegségeket dolgozta fel nagy pathologiai tudással megírt tanulmányában. Balesetkártalanítási szempontból különösen figyelemreméltó az arthritis deformansról szóló fejezet. Végül Rostock a bochumi Bergmannsheil kórház főorvosa a csonttörések tanának általános részét írta meg egy terjedelmes, sok szép röntgenképpel és ábrával díszített munkában, mely igen jó áttekintést ad a baleseti chirurgia eme fontos ágának mai állásáról.

Milkó dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület május 19-i ülése.

A műtėti fájdalom csillapításáról szóló előadássorozat vitája.

Fischer A.: Osztályán 6253 műtétből narkosisban 42,7%-ot, helyi érzéstelenítésben 40,7%-ot, kombinált helyi érzéstelenítés és inhalációs narkosisban 12,3%-ot, aethylchlorid bódulatban 4,2%-ot végeztek. Felhívja a figyelmet a harmadik csoportra, amelyben a gyomor és epeműtetek szerepelnek s amelyeket a hasfal, a fuggesztőszalagok és mesenteriumok infiltrációja mellett inhalációs narkoticum minimális mennyiségének hozzáadásával végeztek. Inhalációs narkoticumnak az aether használja. Az aethernarkosis egyszerű formáján kívül kipróbálta a Roth—Dräger-apparattal és az Ombrédane-nal altatást, de ezeknek semmi előnyét nem látta. A kéjgáz-altatás hátránya a komplikált apparatura, a költségesség, a fokozott vérzés, továbbá, hogy mély narkosisra nem alkalmas. Az úgynevezett basis narkoticumok, mint az avertin és pernocton az inhalációs narkosis veszélyeit növelik, ezért alkalmazásukat nem tartja javalltnak. Tapasztalása szerint a localis anaesthesia után semmivel sem ritkábbak a légzőszervek complicatioi, mint az inhalációs narkosis után.

Lobmayer G.: Osztályán végzett 11.738 nagyobb műtét alkalmával 18 fajta érzéstelenítő eljárást alkalmazott. 80,12%-ban általános érzéstelenítést, 16,31%-ban helybeli érzéstelenítést, 5,52%-ban pedig végbél-narkosist alkalmazott, mely utóbbiban sok olyan nyak- és fejműtétet végez, melyet mások helybeli érzéstelenítésben végeznek. A localis érzéstelenítés határa inkább felfelé, az inhalációs narkosisé inkább lefelé van. A local anaesthesia mindig idegkérdés, elsősorban a betegé, másodsorban a sebészé. A local anaesthesia előtt ada-

golt hypalgesias szerek a localosság kérdését problémássá teszik. A splanchnicus anaesthesiát már nem végzi, mert a splanchnicust el lehet altatni, de nem lehet felébreszteni. Elentében *Verebélyvel* határozottan állítja, hogy novocain-adranalin kifogástalan oldata is okoz szövetgangraenát. Mindazon műtéteket, ahol a műtét folyamán az éber beteget súlyos psychikus sokk érhetné, általános érzéstelenítésben végzi. Az intravenás evipan rövid narkosissal a sebészet igen értékes haladást nyert, az esetek száma azonban nem elegendő végleges ítélet megalkotására. A lumbalis analgesiát a legminimálisabbra redukálta. Helyette (3,36%) az epidural anaesthesiát használja.

Miklós L.: Az acetylen (narcylen), aethylen és kéjgáz-narkosiskáros hatására nézve *Frankennal* állatkísérleteket végzett. A parenchymás szervekben még igen sokszori (96) és hosszantartó narkosis után sem volt a gázok hatására viszszavezethető degeneratív elváltozás, de feltűnő volt a belső szerveknek igen erős capillaris hyperaemiája. Az említett gázokkal végzett narkosis után még az azt követő napokon is indokolt a keringés fokozottabb ellenőrzése.

Balassa K.: *Kalapossal* végzett vizsgálataik alapján kiderült, hogy Ombrédanne-narkosissal kapcsolatban egészséges máj esetén semmiféle májfunctió zavar nem lép fel. Okát abban látják, hogy a szénsavnak aetherrel keveredése csak igen kis koncentrációban történik és az ily kis mennyiségben belégett szénsavnak a májra semmiféle káros befolyása nincs.

Elischer E.: Négy év alatt 106 lumbalanaesthesia, 2524 (42%) helybeli érzéstelenítés, 3383 (56%) narkosis, köztük 1223 Ombrédanne-altatás; primaer narkosis halál nem volt, tüdőgyulladás egyformán lépett fel narkosis és helybeli érzéstelenítés után. A helybeli érzéstelenítés nem állíthatjuk szembe a narkosissal. Statistikai adatok csak azonos beteganyag mellett lennének bizonyítók. A műtét sok nagyrészt lelki trauma, nemcsak narkosishatás. Ezt mutatják a hosszabb ideig tartó helybeli érzéstelenítésben végzett műtétek acidosisvizsgálatai. Ombrédanne kitűnően bevált, nagy megtakarítással jár, a készülék nehezen sterilizálható, ezért influenza ellenjavallt. Az aethernél jobb, nagyobb narkosisszerűségű altatónk nincs. Az intravenás avertin felette veszélyes, jobb a rectalis basisnarkosisra. Evipan jónak látszik, de sok tapasztalatra lesz szükség a helyes megítélésig.

Mutschenbacher T.: Adatait csupán az utolsó tíz év fekvő beteganyagából közli. 4754 műtétből helybeli érzéstelenítésben 1750-et, gerincvelő érzéstelenítésben kilencet, aether bódításban 2995-öt végzett. A műtétek között volt 1976 hasmetszés, mely közül 143 végeztetett tisztán helybeli érzéstelenítésben. A felmelegített és szén-savval kevert aethergázok belehelésével, amit az Ombrédanne-féle készülékkel érhetünk el, olyan megbízható és veszélytelen altatást nyertünk, melyet ma is a legjobbnak kell tartanunk. Narkosishalál egy esetben sem fordult elő. A műtét utáni tüdőgyulladások és emboliák száma tapasztalata szerint is kb. egyenlő az altatásban és a helybeli érzéstelenítésben végzett műtétek esetében. A novocain-érzéstelenítéssel szövetelhalások is fordulhatnak elő, különösen az Oberst-féle érzéstelenítés után azonkívül allergiás jelenségek is előfordulnak. Nem híve a depot érzéstelenítéseknek, mert fenyegető tünetek esetén nehéz azok ellen eljárni és az érzéstelenítés nagyobb veszedelmet jelenthet, mint maga a műtét.

Haba A.: Közel 1000 nőgyógyászati műtétről számol be. Hasmetszés esetén *Frigyesi* tanártól eltérően úgy végzi az érzéstelenítést, hogy az ágyéki segmentumban a II. és III. csigolyákhoz ad 20–20 ccm 0,5%-os *Neotonocain* oldatot (I. II–III.). Extraduralisan, a hiatus sacralisba 10 ccm-t, ezekhez járul a hasfal infiltrálása. Összesen 250–300 ccm 0,5%-os oldatot szokott elhasználni. Vaginalis totalextirpációk esetén az epiduralis injectió kívül körülírtkandéz a portiót és a parametriumot. Az eljárástól soha semmi káros következményt fellelni nem látott. Azt hiszi, hogy a parasacralis anaesthesiát a sacralis, tehát extraduralis érzéstelenítési eljárás fogja felváltani, amely technikailag jóval egyszerűbb, veszélytelen, kevesebb novocain is kell és egyetlen beszűrési helyből is elvégezhető. Ezt ajánlja követendő eljárásnak.

Noszkay A.: Ismerteti az általa kidolgozott paravertebralis splanchnicus anaesthesist, melynek lényege a splanchnicus törzságainak infiltrálása; 150 esetről számol be. Ezután statisztikát közöl a parasacralis érzéstelenítésről. Eredményeik jók, aether adagolásra 1%-ban volt szükség. A parasacralis anaesthesia hatása hosszabb ideig tart, mint a sacralisé. A lumbalis anaesthesiát veszélyesnek és fölöslegesnek tartja. Az urológiai sebészetben, csak 6,6%-ban használták általános narkosist, a többi műtétet helyi érzéstelenítésben végezték.

Láng A.: Radium-sebészeti beavatkozásokor az amúgy is leromlott szervezet kímélése miatt helyi érzéstelenítés javallt. 500 rák miatt történt radiumsebészeti műtéte alkalmával végzett helyi érzéstelenítésből lesűrűhető tanulságokról számol be.

Scheitz L.: A forgalomba került új érzéstelenítőszernek célja az érzéstelenítő hatás fokozása volt, hogy ezáltal az alkalmazandó mennyiséget csökkentve, a méreg hatás kisebb legyen. Az érzéstelenítő hatás fokozása azonban együttjár a méreg hatás emelkedésével is. Az előfordult mérgezések egyik oka, hogy ezen új szereknek értéktelen hatásuk van, ami az adrenalin érszűkítő hatását csökkenti. A novocain gyorsan kötődik az érzőidegsejtekhez s onnan hamarabb hasad le. Az így szétesett érzéstelenítő szernek többé mérgező és érszűkítő hatása nincs. A felszabadult érzőidegsejt pedig a környező bífecskendezett oldatból újabb novocain mennyiséget képes felvenni és azt az érzéstelenítés árán ott helyben méregteleníteni. A hosszú ideig ható érzéstelenítőszer lassabban esik szét és így az idegsejtek időegység alatt kevesebb érzéstelenítőt szert tudnak méregteleníteni s ezáltal a befecskendezett érzéstelenítőszer mintegy téltenségre kárthatva általános méreghatást fejt ki. Ha ehhez még hozzávesszük a nagyobb méreghatást, a gyorsabb felszívódást, akkor megállapíthatjuk, hogy még ma is a novocain a legveszélyesebb érzéstelenítőszer.

Konrád J.: Az Ombrédanne-féle aethernarkosist csak szülészeti műtétekben és kisebb beavatkozásokban használja. A hasmetszések és hüvelyi műtétekben újabban a Frigyesi-féle kombinált localanaesthesiát használja, melynek továbbművelését érdemesnek tartja. Előkészítésre genocopolamint ad, amely 0,003 g-os adagjának therapiás hatása 0,001 g scopolaminnak felel meg, tehát vele a mérgezés veszélye nélkül még idősebb egyénekben is erős centralis sedativ hatást és tökéletes amnesziát lehet elérni. Combinált localanaesthesiával egy év alatt 103 beteget operált, ebből 79 laparotomia. Érzéstelenítőszerként a pantocainnal is jobbnak bizonyult a *Neotonocain*, melynek hatása még biztosabb és tartósabb, ha 0,4% kaliumsulfatot adunk 1/2%-os oldatához.

Batisweiler J.: A II. női klinikának az az elvi álláspontja, hogy a hasmetszések és hüvelyi műkiirtások legcélszerűbben általános bódításban végezhetők, miáltal az ébrenléttel kapcsolatos lelki insultusok elkerülhetnek. Ennélfogva következetesen inhalációs narkosist alkalmaznak és csak akkor végeznek hasműtétet localanaesthesiát, ha súlyos belgyógyászati contraindicatio miatt nem végezhető narkosis. A localanaesthesiát 1/2%-os novocain-oldattal, 0,6 g veronal és 1 cttg morphium előkészítéssel kombinálják, 140 hasműtétet végeztek ilyen módon, ezek közül 80% radicalis műtét volt, 20% explorativ incisio. A radicalis műtétek 20%-ában chloraethyl-aether félbódulatot is alkalmaztak. Ezen eljárás előnye az, hogy veszélytelen gyógyszerelőállítás után melléksértés nélkül végezhető az anaesthesia. A hasműtétek és nagyobb vaginalis műtétek narkosisos anaesthesiájával szemben a kisebb hüvelyi műtétekhez következetesen localanaesthesiát alkalmaznak. 1932 vaginalis műtét eredményeit ismerteti. A localanaesthesia rováására írható mortalitása nem volt. A szülészeten a fej kigördülése előtt, valamint gátmetszéshez és gátvarráshoz előszeretettel localanaesthesiát alkalmaznak.

(Folytatjuk.)

Közkórházi Orvostársulat május 10-i ülése.

Elnök kegyeletes szavakkal emlékezik meg *Hári Pál* professorról és *Schwarz Ede* főorvosról.

Bemutatók:

Müller F.: *Induratio penis plastica*. 56 éves férfinél fél év előtt kemény csomó keletkezett a penisén, erectiókor penise balra deviált és húzó fájdalmakat érzett. Azóta több csomó és köteg alakú induratio képződött. A corpus cavernosum urethrae szabad. Aethiologiai momentum nem mutatható ki. Dupnytren contractiója nincs.

Bíró S.: *Carcinoma penis*. Az 50 éves férfit 1932. februárban carcinoma laryngissal operálták, utána 40 therapiás röntgen-besugárzást kapott. 4 hónap óta a praepitium bellemében a glans penis egy részét magába fogláló felhánt szélű, papillomatosus tumor látható. E metastatikus tumor szövettani lelete (carcinoma keratoides) egyezik a primaer góc leletével. A betegnek congenitalis phimosis van.

Fabinyi G.: Kétségesnek tartja, hogy a penis carcinoma a gégedaganat metastasisa lenne. Nehéz elképzelni, hogy anynyi ideje fennáll, a kezeléssel dacoló gégerák a regionalis nyirokcsomók lényegesebb involválása nélkül és a mediastinum megkerülésével éppen a glans penisen okozzon áttétet.

A két daganat szövettani szerkezetének egyezősége csak az azonos szövetelemből történő kiindulást bizonyítja.

Bíró S.: Válaszában hangsúlyozza, hogy az azonos szövettani lelet, valamint a gégeműtét és az azt követő röntgenbesugárzás eredménytelensége, a két tumor fellépése közötti egy év a metastasis mellett szól.

Réffy F.: a) *Lichen cornuus et verrucosus*. 45 éves férfi jobb alszáján egy ötpengősnyi, a boka táján egy kétpengősnyi éles határu infiltrált, kövezetszerű rajzolatot mutató, barnás színű polygonalis papulákból összetett bőrelváltozás, melynek felületét szürkésfehér pikkely borítja. b) *Lichen chronicus circumscriptus Vidal*. 69 éves férfinél négy éve mindkét alszáján pengő nagyságú viszkető bőrelváltozása keletkezett, amely jelenleg két férfitenyer nagyságú, felületét vastag barna színű szemölcszerű hiperkeratikus pikkelyek fedik, széli részén számos infiltratum és barnás pigmentatio.

Brezovsky E.: *Pityriasis rubra pilaris (Devergie)*. A bemutatott betegnek ez év januárjában kezdődött a betegség az arcon, mely fokozatosan az egész köztakarón elterjedt. Egyik testvéreinek hasonló bőrkiütése volt. A köztakarón mindenütt hegyes, vagy kupalakú, elszarusodott, kemény, gombostüfe—kölesnyi göbök észlelhetők, részben elszórtan, részben nagyobb csoportokban. A tarkón, keresztájon, könyökön és fülcimpákon gipszrétegszerű, fehér, pikkelyes felrakódások. A tenyereken és talpakon vastag keratosis. Szövettani lelet: a többrétegű laphám egész felületét homogen magnélküli szarutömeg borítja. A stratum granulosum sejtjei helyenként megfogyatkoztak. A szőrtüszők nyílása a szokottnál jóval tágabb, amelybe szaru nyomul be. A tüszőben lévő szőrszál elhaltak mutatkozik. Papillaris rétegben lobos beszűrődés.

Müller F.: *Elhanyagolt lues II. esete*. Négy hónap előtt primaer sklerosis, amely spontán behámosodott. Négy hét előtt a köztakarón kiütések keletkeztek. Az egész köztakarón roseolák, melyek egymással összefolyva hálózatos rajzolatot mutatnak. Helyenként elszórtan lichen syphiliticus, Genito-femoralis hajlatban számos condyloma latum.

Balogh Gy.: *Granuloma teleangiectaticum*. 50 éves nő két hónap előtt a balta nyelével megsértette a bal kéz gyűrűs ujját. Néhány napra kis vérhólyag keletkezett, majd egy daganat fejlődött ki ezen a helyen. A bal kéz negyedik ujján a tenyéri felszínen az I—II. perc határán kb. kis zöld díonyi, összehúzódott izomtapintatú, az alapjával vékony kocsány-nal összefüggő, kevés genyes váladékkal bevont dudoros felszíni tumor.

Előadások:

Strausz L.: *Tüdőbetegek gyomorpanaszairól*. A gyomortuberculosis a bél-tuberculosis gyakorisága mellett a ritkaságok közé tartozik. Ennek oka a gyomornedv sósav-tartalma, a táplálék rövid gyomorbéli időzése és a gyomorfalnak lymphatikusságában berendezésekben szegénységében rejlik. A gyomornedv nem öli meg a Koch-bacillusokat, sőt ezek még erősen hyperacid gyomorban is sokáig virulensek maradnak. Az atonia ventriculi fiatal egyénekben gyakran szövődik tüdő-tuberculosis-sal. A gyomor-tuberculosis háromféle alakban fordul elő: mint miliaris tuberculosis, mint tuberculosisos fekély, mint tuberculosisos granuloma. A tüdőbetegek emésztési zavarai két csoportba oszthatók: 1. specifikusak, melyek az illető szerv tuberculosisával függnek össze, 2. nem specifikusak, melyek tuberculosisos fekély következményei, de tipikus szövettani elváltozások nélkül jönnek létre. Részletesen foglalkozik a tüdő-tuberculosisban, mint alapbetegségben előforduló emésztési zavarokkal.

Okolicsányi-Kuthy D.: A gyomor-tuberculosis jelentősége a praxisra nézve alárendelt azon nagy skalájával szemben a functionalis gyomorpanaszoknak, melyeket tüdőbajosoktól halunk. Ezek jórésze gyomor-neurosis, melyre tapasztalása szerint jó hatással van a gyomortájjra helyezett prizma nedves és száraz rétege közé helyezett thermofor, vagy a lupulin adagolása.

Brezovsky E.: *Újabb irányelvek a bőrbetegségek aetiologiájában*. Az aetiologiának kiderítése nemcsak tudományos vágyaink kielégítésére szolgál, hanem a prophylaxis és a therapia szempontjából is fontos. Hebra a bőrbetegségeket aetiologiai szempontból két csoportra osztotta: tüneti-symptomatikus és idiopathikus bőrbetegségekre. Később a modern dermatologia nemcsak a pathologiai anatomia, hanem a pathologiai histologia segítségével állítja fel a diagnosit. Az aetiologiai kutatás tekintetében nagy haladás történt a bakteriumok felfedezése korszakában. A bakteriumoknak egyes bőrelváltozásokban kimutatása sok olyan bőrbetegséget vont ki egy nagyobb gyűjtőfogalom alól, amelyek addig — helytelenül — egy név alatt szerepeltek. A bőr gombás elváltozásainak kutatása az újabb kor egyik alapja s a gombák utáni kutatások mindig nagyobb szerepet töltenek be. A gom-

bák tenyésztése úgy a diagnostika, mint a therapia szempontjából fontos állomáshoz vezetett bennünket: a gomba vac-cina készítéséhez. Ezen kezelési eljárások az egész világban a mykologiai kutatásokkal kapcsolatban csak a háború után fejlődtek ki intenzíven. Egyes bőrelváltozásokban a kórokozó gombát kitenyészthetjük. Egyes ismeretlen aetiologiájú bőrbetegségeknek okát az endokrin mirigyek működésével vagy annak dysfúnciójával is igyekezünk megmagyarázni. Ily esetekben csak feltevésekre szorítkozunk és a therapiás eredményekből következtetünk a betegség keletkezésére. Bizonyos bőrbetegségekben mirigykivonattal elért eredmények nem elég meggyőzőek s az a nagy remény, amelyet a dermatologiaiban a belső secretiók tanhoz fűzték, nem igen vált be. Feltevéseket nem erősítették meg sem a pathologiai, anatómiai vizsgálatok, sem a klinikai vizsgálatok, sem az experimentalis vizsgálatok. Tárgyalja még azon kutatási eljárásokat és eredményeket, amelyek hypotesisekből indultak ki, azonban mégis eredményeket produkáltak, ezek allergia név alatt ismeretesek. A bőrbetegségek aetiologiai kutatásában nagy fontossággal bír a foglalkozásokkal járó, továbbá gyógyszerek és bizonyos bakteriumok által előidézett bőrelváltozások felfedezése, mert ezáltal sok betegségnek létrejöttét képesek vagyunk megérteni, azon elv alapján, hogy minden anyag, mellyel szemben a bőr túlérzékenységet mutat, képes kártékonyan hatni. Végül kitért oly dermatosisokra, melyeknek kórokozóját vagy keletkezését ezen elmondott kutatások alapján nem tudjuk még eddig megmagyarázni s így megjelölte azon utat, amelyen haladva a dermatologiai tudomány a betegségek aetiologiai kutatásában eredményeket érhet el.

A Magyar Röntgentársaság április 3-i ülése.

Bemutatás:

Boris A.: 1. *Keresztezett dystopiás vese esetén vesekörüli tályog*. 45. éves beteg a köldöktől balra tenyérnyi resistentia volt tapintható. A pyelographiakor kiderült, hogy a resistentiát a keresztezett dystopiás jobb vese okozza, mely a bal vese alatt, attól medialfelé helyezkedik el. Mindkét vese tengelye is torsiót szenvedett, úgy, hogy a vesék kelyheikkel egymásfelé tekintenek, ami valószínűvé teszi, hogy egymással össze is nőttek. A magasabban fekvő vese körül tályog volt, mely incisio és drainage után simán gyógyult.

2. *Polycystikus vese pyelographiás képe*. A 36 éves beteg véres, genyes vizeletet ürített, baloldalt gyermekfejnyi vese volt tapintható. Pyelographiakor kiderült, hogy a vesemedence és a kelyhek erősen megnyúltak, a vesemedence lateral felől ökölnyi képlettől benyomottnak látszik. A jobboldali vesemedence mélyen van, kelyhei megnyúltak, elmosódott szélekkel telődnek. Diagnózis: baloldalt vesetumor, esetleg polycystikus vese. A műtétkor kiderült hogy polycystikus vese van, melyet fertőzött és functióképtelen volta miatt eltávolítottak. Ismerteti a polycystikus vese és vesetumor közötti differentialdiagnosist nehézségeit.

Révész V.: *Peri- és paranephritikus tályogok* röntgenfelvételeit mutatja be. Röntgennel csaknem mindig biztosan megállapíthatók. Egyik formájuk az, amikor a tályog directe meglátszik a vese-képen. Ez ritkábban fordul elő. A másik formában látszólag nagy, néha rendkívül nagy, kissé szabálytalan alakú, elmosódott conturú veseképet kapunk. A psoas lateralis conturvonal a elmosódott, sokszor részben, vagy teljesen hiányzik is. A processus transversusok és az utolsó bordák is elmosódottak lehetnek. Ezt a tünetcsoportot a vese zsíros tokjának oedemátus beivódottsága — a paranephritis — okozza. A functionalis sklerosis kisebb jelentőségű és csak egy bizonyos százalékban van meg. Bemutatott eseteit mind műtét igazolta be.

Simonyi B.: Egy esetében ki lehetett tapintani a polycystikus vesét, a műtétkor kiderült, hogy azonkívül patkóvese is volt.

Egyedi D.: A bemutatott esetben a paranephritikus tályog diagnosisa már a röntgenvizsgálat előtt is bizonyos volt, a röntgen inkább a fejlődési rendellenesség kimutatására volt fontos. A tályog a fascia retro-renalís alatt volt.

Előadások:

1. **Bárony T. és Koppenstein E.:** *A cardia röntgenképéről*. Az irodalom ismertetése után arra a megállapításra jutottak, hogy a hiatus oesophageus, az intraabdominalis nyelőcső-rész és a cardia anatómiájáról alkotott fogalmak hibásak és hiányosak. Normalis körülmények között a cardia röntgenológailag nem látható. Bizonyos kóros körülmények között azonban röntgennel kimutatható. Ilyenek: 1. hiatusherniák

bizonyos esetei, 2. cardiospasmus bizonyos esetei, 3. bizonyos gyomorműtétek utáni esetek.

2. Haas L.: Az orrmelléküregek fejlődéséről. (tekintettel a a homloküregek aplasiájára.). Az orrnyálkahártya s az orrmelléküregek fejlődési menetét s idejét ismerteti s saját anyagán figyeli meg az időpontokat, amelyekben az egyes üregek röntgen-felvételén láthatóvá válnak. A homloküregből keletkező idejének megállapítását megnehezítik alkalmilag az ugyanoda vetített s röntgenképeken eddig eléggé tekintetbe nem vett fronto-orbit. rostasejtek s a recessus fr. árnyékai, melyeknek elkülönítése esetleg oldalfelvétellel lehetséges. Csak a legkésőbb fejlődő homloküregből hiányzik meglehetősen gyakran, a jóval korábbi származású többi üreg ritkán, vagy egyáltalában nem. A homloküregből hiányát nem lehet a csira-időszakra visszavezethető varietasnak felfogni. A homloküregből megjelenési ideje előtt kellett a szervezeten valami változásnak történni, ami a kifejlődését, ritkábban a meglevő többi üreg továbbfejlődését megakadályozza. Arra a következtetésre jut, főleg a proc. mast. gátolt pneumatizációjának alapján, hogy az ok az orrnyálkahártya valamely korai megbetegedése lehet, melynek következtében ez elveszítette növekedési, pneumatizáló képességét (scharlach stb.) Fiatalkori ozaena esetében már régebben ismeretes volt a melléküregek aplasiája. A pneumatizáció foka nemcsak a nyálkahártya pneumatizáló képességétől, hanem a pneumatizálódó csont ellenállóképességétől, spongiosatartalmától is függ. Tehát a homloküregből hypoplasiája, vagy aplasiája anamnestikus értékű, előzetes nyálkahártya megbetegedésre mutat, ami praedisponál későbbi megbetegedésre. Tényleg gyakrabban látjuk előfordulni a melléküregek megbetegedését valamelyik üreg hypoplasiájával kapcsolatban. Az elmondottakat 30 felvétel vetítésével megerősíti. A homlok és maxilla üregek tanulmányozásakor nem nélkülözhető a Waters (vagy a vele egyenértékű Mayer) felvétel.

b) A sutura frontálisról. Csecsemőn physiologián jelen van. Ha nem csontosodik össze a 2. életévben, túléli nyitott-ságával valamennyi egyéb varratot (sut. front. persistens.). Gyakorlati jelentősége nincs. Differential-diagnostikai tévedésekre adhat okot. Nem tévesztendő össze a normalis sulcus sagittalis, még kevésbé a homlokcsont közepén végighaladó fractura, illetve fissurával. A varrat általában meglehetősen median-lefutású, még asymmetriás koponyán is, a sinus front. septuma is, melyen áthalad, középfekvést. Rendesen cakkozott. A csipkézettség, mint arra előadók más alkalommal már rámutattak, a varratnak csak az externára eső részét ábrázolja, néha látható rajta keresztülhaladóan az internára eső linealis részlete is, mely nem tévesztendő össze a varraton keresztülhaladó fissurával! Normalisan az orrgyök felől záródik a varrat, csőkevényes persistens varratokon viszont inkább a felső szakaszt találjuk zárva. Az orrgyökérész ábrázolására a Waters a bregmatáji rész ábrázolására az előadók által kidolgozott nuchofrontalis felvétel alkalmas. A maradandó homlokvarrat nem ritka. Előadó anyagában átlag minden 30. koponyafelvételen észlelte.

Kévéz V.: Kiemeli a Mayer-féle fölvétel fontosságát a homloküregből röntgenvizsgálatára. Számos felvétellel demonstrálja, hogy a normalis occipito-frontalis felvétel nem látja a homloküregből, míg a Mayer-félen láthatóvá válik (hypoplasiás, vagy előretolt nagyobb frontalis rostasejtek formájában stb.). Sok esetben az egyik oldali homloküregből megbetegedése is csak a Mayer-féle felvételen válik láthatóvá, míg az occipito-frontalis egyforma légtartalmúnak mutatja őket.

A debreceni Orvosegyesület március 23-i ülése.

Bemutatók:

Redl K.: Vaccinával gyógyított aktinomykosis faciei. Fogból kiinduló arc-nyaki aktinomykosisban megbetegedett és autovaccina kezeléssel meggyógyított 21 éves férfit mutat be. A két hónapja fennálló, propagáló, jó és röntgen gyógykezeléssel dacolt folyamat egyedül $\frac{1}{2}\%$ -os formalinnal készült tömény autovaccina adagolásra feltűnő gyorsan, két hónap alatt meggyógyult és azóta $\frac{3}{4}$ év elteltével sem újult ki. 9 ízben kapott a beteg bőr alá oltást. Optimális adag: $\frac{1}{2}$ —1 ccm-nyi vaccina mennyiség volt. Ezt tízszeresen hígította novocainnal és nagy felületen szétfeccskendezte. A vaccinához felhasznált törzs mannitos táptalajon nőtt. Felhívja a figyelmet arra, hogy az immun biológiai gondolkodás és gyógymód még mindig nem foglalja el az orvostudományban az öt megillető helyet. Ujabbán Neuber professor polyvalens vaccinával sikeresen gyógyított ileocecalis aktinomykosis eseteivel hívta fel az orvosvilág figyelmét erre a megszívlelendő körülményre. Amennyiben nehéz az aktinomy-

ces tenyésztése, autovaccina készítéséhez alkalmasnak tartja a genyből izolált sugárgombatörké felhasználását erre a célra.

Neuber E.: Teljes mértékben egyetért Redl felfogásával, hogy az aktinomykosis immun-therapiájával nem, vagy alig foglalkoztak Európában, noha a sugárgombák által okozott megbetegedések elég gyakran fordult elő hazánkban is. Főleg angol gyarmatokon és egyéb exotikus vidékeken kezeltek aktinomykosisban szenvedőket immun-therapiával, többnyire azonban sikertelenül, mert ez a kezelés többnyire immunbiológiai ismeretek nélkül csak néhány ojtás adására szorítkozott. Komoly sikernek tekinthető tehát, hogy Redl-nek sikerült autovaccinával egy nyaki aktinomykosisban szenvedő beteget teljesen meggyógyítani. Ezt a sikert annál inkább üdvözlöhetjük, mert 1929. óta sikerült polyvalens vaccinával több bélaktinomykosis esetet meggyógyítani, amelyek fajlagos therapia nélkül bizonyára elpusztultak volna.

Meák G.: Csigolyatesttörés repositiója és kötése Böhler szerint Böhler-féle járógipsszel ellátott beteget mutat be, akinél typusos XII. hátszigolyatesttörése van. Kiemeli a régi s az új kezelések közötti különbséget. Míg a régi elvek szerint történt kezelések a betegnek két évig tartó állandó orvosi ellenőrzésért tették szükségessé, addig a Böhler útmutatásai szerint történt kezeléssel a betegek 12 hét elmúltával tökéletesen meggyógyulnak. Ettől eltekintve a betegek a járógipsszel a törés utáni ötödik napon fenn járnak, míg ezelőtt 8—12 hétig teljes ágynyugalomra voltak kényszerítve.

Dóczy G.: Morbus Darier. 44 éves nőbeteg, kinek mense 3 hónap óta elmaradt. Betegsége egy év óta áll fenn, a fül mögötti redőn, nyak kétoldalán, a vállon, a kulcscsont tájékán, sternalis és interscapularis részeken elszórva gombos-tüfejni szürkés-barnás színű részben follicularis hyperkeratikus papulák. — 38 éves férfibeteg a hajás fejbőrre és az egész testre kiterjedő elváltozásokkal, valamint a szájpád nyálkahártyáján levő papulákkal. Mindkét esetben typusos histológiai kép: kerektestek és szemcsék (corps ronds, grains). Therapia: mindkét esetben Bucky besugárzás.

Előadás:

Kreiker A.: A színek új élettani módszerrel felépített rendszere és néhány ebből levonható gyakorlati következtetés. A színek hibátlan rendszerbefoglalása hosszú ideig nem sikerült, mert mindig a physikai analógiából indultak ki, amely csupán a hangok rendszerénél vált be hiánytalanul. Az élettani rendszer, amelynek eredménye Ostwald szintestje, szakított ezzel az analógiával. A szintestben — amelyet vázlatosan ismertet — implicite az összes a színekre vonatkozó törvényszerűségeket belefoglaltatnak, csupán ki kell őket fejteni, ami azonban egyelőre javarészt a jövő feladata. A debreceni szemklinikán máris szép eredményeket értek el a szintesztesek ezen alapon történő rendezésével és a vizsgáló módszerek kidolgozásával. A szintestben megtaláljuk a színharmonia törvényeit is. Ismerteti a színharmonia alaptételét és néhány gyakorlati példán bemutatja alkalmazását. A harmoniák, miként a zenében, különböző lelki hatásokat váltanak ki. Ezért lehet pl. ríktő, élénk, lágy, egyhangú harmoniáról beszélni, amelyek mindegyike más és más hatást vált ki. A mindennapi életben, az iparban, a művészetben nagy tere lesz ezen harmoniák alkalmazásának. A festőművészetben — amely eddig főleg a külső és belső természet másolásából élt — új utakat és lehetőségeket nyit az önálló alkotás felé.

Skutta A.: Kiemeli az elhangzott előadás hasznos voltát abból a szempontból, hogy ez is hozzájárul a helyes színismeret előbb-utóbb bekövetkező általános elterjedéséhez. A szintan elsajátítható és ezért mindnyájunk számára hozzáférhető. A gyakorlatban azt látjuk, hogy az emberek túlnyomó százalékában a színismeret, a harmonikus színlátás nem él tudatosan és az ismertetett Ostwald-féle színrendszer nem foglalja el még helyét többek között pl. az orvosi gyakorlatban. A szerzett színismeret „színműveltségnek” nevezhető és mint ilyen helyet érdemel az általános műveltség keretei között is. Hogy ez manapság még nem áll, ennek oka az, hogy a gyakorlati szintan egyetlen iskolai tantervben sem szerepel még. A színek exact ismerete azt az előnyt rejti magában, hogy ezeket pontosan meg tudjuk határozni, megjegyezni, ami idővel emlékek képek kialakulásához vezet, aminek különös jelentősége lehet az orvosi gyakorlatban. Az orvosi diagnosztikának, sőt therapiának egyik fontos eszköze a színlátás, a színek megítélése és értékelése, különösen azokban a szakmákban, hol látható kóros elváltozások fordulnak elő. A színműveltség általános elterjedését akkor reméli hozzászóló, ha a gyakorlati szintan helyet kap az iskolai tantervekben. Szükségesnek tartja a gyakorlatnak szánt 24-es beosztású Ostwald szín-táblázat kibővítését, a vörös és sárga színek csoportjában, miáltal ez az orvosi használatnak jobban megfelelné.

A tüdőbajos főiskolai hallgatók ügye és a tüdőbajosok közterhekre történő elhelyezése.

A Népegészségügy 1929 évi 15. és az Orvosi Hetilap 1932 évi 17. számában a magyar tüdőbajos főiskolai hallgatók ügyével foglalkozva, hangoztattam annak szükséges voltát, hogy a főiskolai tüdőbajos hallgatóinkat a mai szétszóró elhelyezés és gyógyítás helyett a költségek növelése nélkül egy sanatoriumban lehetne és kellene összehozni, ahol megfelelő vezetés alatt folytathatnák tanulmányaikat, amennyire ezt betegségük megengedné. Így a gyógyulás alatt nem idegenednének el a munkától, önképzőköri módon taníthatnák egymást, sőt a sanatoriumba vendégként ellátogató egyetemi tanárok jóvoltából előadásban is lehetne részük.

Mint a tüdőbajos egyetemi hallgatók számára legjobb helyet, a hazai legjobb klímájú Mátrát és az ott épült Horthy Miklós sanatorium megnyitása után ezt a sanatoriumot ajánlottam, amelyben 50—100 ágy volna erre a célra egyelőre lefoglalható, amíg jobb viszonyok közt majd ugyancsak a Mátrában külön egyetemi diáksanatoriumot lehet építeni, külön e célra kinevezett tanulmányfelügyelővel. Addig, míg ezt a jövő feladatát képező kérdést nem tudjuk megoldani, az egyik sanatoriumi főorvost kellene megbízni a tanulmányok vezetésével. Személyi viszonyaink között meg kellene különböztetni a mai sürgős, de kevésbé tökéletes megoldást, a holnapi tökéletes elintézésétől. Tüdőbajos egyetemi hallgatóink számát, odavetve becslés szerint, 16.000 tanuló 2%-át véve: 320-ban, 3 százalékat véve: 480-ban lehet megállapítani. Ajánlásomat 1932 október 31-én az illetékes minis-teriumnak beadott javaslatban is megismételtem.

A Mátrában újabban megkezdett rendszeres meteorológiai megfigyelések igazolták azt az előzetes felvételemet, hogy a Mátra csakugyan legjobb klímájú helye csonkaszőlőknak, amennyiben a beteg ott a kánikula ellenállást gyengítő forróságából és fülledtségéből átlagban 7° C-sal hűvösebb levegőbe menekül, télen pedig a tüdőnek ártó alföldi köd helyett verőfényes napsütésben van része. Ez utóbbinevezett körülményt ékesen igazolja az a megfigyelés, amelyet Réthly Aurél közöl a Természettudományi Közlöny 1933 februári számában. Eszerint akkor, amikor a hőmérő Gyöngyösön a téli ködben -1° C-t mutatott, a Kékesen — ahol most gyógyászó álló is épül — az ismert hőinverziós törvény alapján az árnyékban +11.4° C volt a hőmérséklet. Réthly közlésének fényképe mutatja a köd felett ragyogó napfényben pompázó hegyeket.

Arra a kérdésre, hogy a Mátrában lehet-e főiskolai tanítást szervezni, a svájci és francia tapasztalás szerint máris igennel felelek. A Mátrát Budapestről 2 1/2 óra alatt, Debrecenből gépkocsin gyorsabban is el lehet érni. A leysini sanatoriumba, ahová szintén járnak egyetemi tanárok előadást tartani, ugyancsak több órai vasutazás árán lehet a legközelebbi egyetemről (Genf, Lausanne, Bern) jutni. A grenoblei egyetemmel kapcsolatos francia egyetemi diáksanatorium felé pedig 28 kilométer hosszú vasút visz a 275 m magasán fekvő St. Hilaire de Touvet-be és onnan kötélpálya az 1157 m magaságú „Les Petites Roches”-nak nevezett helyre, a sanatoriumhoz. Az oktatást tehát a Mátrában kevesebb fáradsággal lehetne megszervezni, mint Leysinben, vagy Grenoble mellett.

A napokban nagy örömmel vettem tudomásul, hogy a magyar egyetemi diáksanatoriumnak nálam hivatottabb szószólói is vannak, nevezetesen, hogy Korányi Sándor bárány professor a budapesti egyetem orvosi karán is szövegezte a tervet a budakeszi Erzsébet sanatoriummal kapcsolatban és hogy Balogh Ernő professor önálló egyetemi diák-

sanatoriumnak megvalósítását ajánlotta. Ezenkívül az Országos Tüdőbeteg-sanatorium Egyesület a főiskolai hallgatókat a debreceni Augusta-sanatoriumban óhajta egyesíteni. Időközben a vallás- és közoktatásiügyi minis-teriumtól azt az értesítést kaptam az 1932 októberében beadott javaslatomra, hogy ez ügyben megkereste a belügyminiszter urat, „akinek a javaslat a legnagyobb megértéssel találkozott”.

Bár ezidőszereint a mátrai sanatoriumban kizárólag e célra 50 ágyat biztosítani — az intézet nagy forgalma miatt — nem tud, a kérdést továbbra is a megoldásra váró teendők közé sorolta. A belügyminister úr, miként a múltban, úgy a jövőben is rajta lesz, hogy a tüdő-beteg főiskolai hallgatók, amennyiben kórállapotuk a magaslati klímát teszi szükségessé és ők maguk is a mátrai sanatoriumban óhajtanak gyógyulást szerezni, oda felvétesse.

Igy hát három terv alakult ki az egyetemi diáksanatorium érdekében. Ezek közül az Augusta-sanatoriumot, mint alkalmatlant, eleve elvettem, mert annak helyét a téli ködből, a nvári bágvasztó, az ellenállást csökkentő melegből, valamint az egész vidéket átölelő porból ki-menteni nem lehet. Marad a Mátra és a budakeszi Erzsébet-sanatorium. Ha különvesszük a ma és holnap feladatát, végleges megoldáskép az önálló mátrai egyetemi diáksanatorium mellé állók.

Ideiglenes megoldásnak is a Mátrát ajánlanám, abban a reményben, hogy az „ezidő szerinti” fennálló akadályokat meg lehetne szüntetni, ha a nagy forgalmat okozó betegeket a sanatoriumból más helyre utasítanák, hogy ott egyelőre 50 ágyat kapjanak az egyetemi hallgatók. Ha azonban ez sehogy sem lehetséges, akkor tegyük a tüdőbajos egyetemi hallgatókat a budakeszi Erzsébet-sanatoriumba, amelyek klímája kétségtelenül sokkal jobb, mint a debreceni Augusta-sanatoriumé és amelyben, ha jól vagyok értesülve, elég üres ágy is van.

A költségek előteremtése nem okozhat gondot, hiszen nincs másról szó, mint arról, hogy egy helyre egyesítsük azokat az ápoló díjakat, amiket ma az állam különféle sanatoriumokban és kórházakban költ el.

Az egyéb magyar tüdőbajosok közterhekre történő elhelyezésében pedig az eddiginél nagyobb mértékben kellene a klímát felhasználni. Első pillanatra csábítóan látszik az a megoldás, hogy küldjük azokat a betegeket klímás helyre, akiknek klímára okvetlenül szükségük van, míg a többit akárhol is elhelyezhetjük. Olyan orvos azonban nincs a világon, aki előre meg tudná mondani, hogy ki fog akárhol is meggyógyulni. Ezért azt tartanám szükségesnek, hogy a tüdőbajosoknak közterhekre történő elhelyezése elsősorban a Mátrában és a budakeszi Erzsébet-sanatoriumban történjék és hogy a többi kevésbé jó klímájú, vagy „klímátlan” helyet csak ezeknek a sanatoriumoknak megtöltése után használjuk. Új tüdő-sanatoriumokat és tüdőbajos osztályokat pedig ne létesítsünk a klímás gyógyító tényező megvetésével. Hiszen a klímát ingyen adja a Természet.

Kollarits Jenő dr., egyet. c. rk. tanár.

Megjegyzések

Dr. Téglássy népegészségügyi reformtervezetéhez. O. H. 18.

Téglássy dr. reformtervezetét hibásnak tartom, mert a viszonyok nemismerésén alapul. Miként a Nemzeti Munkaterv jellemzően utolsó pontjaiban foglalkozik a népegészségüggyel, egészségügyi törvényeink végrehajtása is utolsó helyen áll minden más állami intézkedés után. Egészségügyi törvényeink, rendeleteink nagyrészt megfelelnek a modern követelményeknek, végrehajtásuk módjáról azonban jobb nem beszélni; mert ma is még fontosabbnak tartják a közegészségügy statisztikai ré-

szét a rendeletek kiadását, azok szigorú végrehajtásánál. Helyesen írja, hogy az 1876. évi XIV. t. cikket vegre kell hajtani, hozzáteszem, hogy az utána következőkkel együtt, de helytelennek tartom, hogy a legfontosabb feladatokat a társadalomra akarja bízni, hogy miért, azt Szaller dr. az O. H. 19. számában nagyon jól kifejtette.

Az I. pontjában kifejtett bábaügy rendezése szerint a bábákat kivénnék a hatóság kezéből és felügyelőjük a védőintézet lenne. Ily módon szerintem meg lenne oldva a nemibetegség, az evetelés, az egyke ügye. Ha a terhesek hajlandók volnának magukat vizsgáltatni, — ami igen nagy problémát okozna, — a nemibetegség és lues okozta vetélések, feltéve, hogy ingyen kezelnek és gyógyszerrel látnák el őket, megoldható lenne. Ez azonban ellenkezik avval, hogy ez az államra ne rójjon nagyobb kiadást, mert bizony ez sokba kerülne, de hasznos befektetés lenne. Az egykén azonban nem segítene, mert aki magzatát el akarja hajtani, az terhességét eltitkolja; a nepszaporodás alapja pedig a népjólét, vagyonosodás.

Az óvodákat paedagogiai feladataikon kívül bölcsődékké, napközi otthonokká szerveznék át. Ez újra nagy befektetést igényelne, mert az óvónő elég ha a nagyobb gyerekekkel foglalkozik, nem tudná azonban elátni a csecsemők gondozását és táplálását, táplálék készítését.

II. szerint gondoskodni kellene a tuberculotikusok elhelyezéséről. Ma azonban, mikor kórházakba sürgős ápolást igényelnek is a legnehezebb elhelyezni, mivel kórházaink anyagilag a képezhető legrosszabbul állanak (hiszen klinikakon kénytelenek voltak anyagi okok miatt szobákat kiüríteni), a betegek nem képesek fizetni, a fenntartó törvényhatóságok egyes helyeken évek óta nem tudják a fenntartáshoz szükséges, megállapított összeget kiutalni, lehetetlen a súlyos tuberculotikus esetek elkülönítése. Magánosokra, mikor jó világ volt sem lehetett számítani, mert nálunk nincs meg az angol, amerikai jó szokás, hogy vagyonosok kórházakat létesítenek, sőt ellenkezőleg, még ok is az orvosi és ápolási díj alóli hájtanak kibujni. A betegek hozzátartozói pedig a mai gazdasági viszonyok közt, ami eltart évekig, sokaig nem lesznek abban a helyzetben, hogy maguk fedezzék ennek költségeit.

III. A nemibetegségek elleni küzdelemben nem házassági tanácsadó, de kötelező orvosi vizsgálat és a nemierintkezéstől eltiltás kellene a gyógyulásig. A kezelésre szoruló nemibetegeket pedig kényszergyógykezelésnek kellene alávetni. Ez is pénzbe kerül.

IV. Iskolaegészségügyi tervezetét jónak tartom, azonban az csak jól megfizetett iskolaorvosokkal oldható meg, akik egész leányukat ezen ügynek szentelhetik. De hogy képzelhető az ei, mikor az egészségtan tanítását is kiveszik az orvosok kezéből és a tornatanárra bízák.

A falu socialis egészségügye pedig csakis a közegészségügy államosításával oldható meg. Evvel a fertőző betegségek elleni küzdelem is eredményes lenne, mert a tisztí és körorvosok, mint állami szervek, a törvényeket és rendeleteket könyörtelenül végre tudnák hajtani, mint ahogyan ezt az államosított állategészségügyben látjuk, ami sajnos az ember egészségügyénél magasabb nívón áll. Propaganda az elhanyagolt állapotokon nem segít, mert ugyan hogy tudjon az a körorvos, lakáshygiénáról, fertőző bajok elleni küzdelemről, testgondozásról beszélni, aki, mint jó magam, egészségtelen, fürdőszobánélküli 2 szobás lakásban kinlódik. Orvostelepítés pedig oly viszonyok között, hogy a körorvosok fizetésüket hónapokig nem kapják és lakásuk sincs megfelelő, lehetetlen.

Mint fentiekből látható, a közegészségügyünk reformja, javulása e tervezet szerint meg nem oldható, mert mint minden alkotáshoz, úgy ehhez is elsősorban pénz kell.

Dallóti Béla dr.

Nyelvművelés.

„Psychés zavarok” és társai csupán az orvosi szakirodalomban használatos értelmetlenségek. Magyarra fordítva: lelkes zavarok. Persze rosszul hangzanék psychei zavart mondani, de a „lelki” ellen talán mégsem lehet tiltakozni, mert hiszen a psyche-ről éppúgy nem tudjuk, hogy valójában micsoda, mint a lélekről. A kettő teljesen egyet fejez ki. Honnan származnak ezek a magyar orvosi nyelvből? Nyilván a latinos „-ikus” képzőt akarták vele elkerülni. Ez a melléknévalakító rag a német „-isch” és a francia „-ique” visszalatinosításából keletkezett. Innen az ellenszenv. De hát — inkább hibásan, mint rosszul! — Az „-i” s „-s” melléknévképzőnek más-más a jelentése. Az előbbi hovatarozást, az utóbbi tulajdonságot jelöli meg. Más pl. a házi és házias. Éppígy helytelen az „anatómiás” helyzet, „anatómiai” helyett, „physiologiás” konyhosóoldat „physiologiai”, vagy „élet-tani” helyett. Ha némely szerzőnek az idegen szó kifejezőbb, vagy tudományosabb, inkább használja az „-ikus”-t, mint az értelemzavarót. Ez a képző szinte magyarrá lett — ezért „katolikus” a nő is — s ha rossz is, tagadhatatlanul érthetőbb. Az orvosokon kívül — de ők is csak írásban, vagy szónoklatban — a igma használja valaki a „typusos” szót. Nincsen is helyes értelme, míg az általánosan használt „tipikus” kétségtelenül azt jelenti, hogy valamely typushoz tartozó, bélyegző tulajdonságú ember, vagy tárgy. Az ilyen hibák értelmetlensége azért nem ötlök annyira szembe, mert a szó idegen és nem értjük meg teljesen. Másként hogyan mondhatnák még azt is, hogy „atypusos”, noha „atypus” nincsen. Elöl „a” privativum, hátul magyar képző! Legfeljebb typutalan lehetne, de ez is helytelen; — világos, hogy csak az „atypikus” a jó.

Blaskovics prof.

Károsodás, károsodik, károsítja szavak pontosan 1919 óta fészkezték be magukat orvosi nyelvünkbe a „Beschädigung” szolgai fordítása nyomán és már-már kiszorítják az „ártani” igét és a belőle képezhető fő- és melléknevet. Pedig a helyes magyar nyelvérzékben a károsodás csak vagyoni kárt jelent és károsodni is csak anyagilag lehet. Mennyi jó szavunk, kifejezésünk van rá! — megárt neki, — megtámadja a szívet, árt a szívnek, — ártalmára van a sejteknek, — ártalmat szenvednek a sejtek.

Eszközömlő is javában szoktuk már mindazt amit eddig csak végeztünk, vagy egyszerűen a főnévből igét csináltunk, pl. a fertőtlenítést úgy eszközöljük — úgy fertőtlenítjük; a lekötés könnyen eszközölhető — könnyen lekötöljük, vagy lekötölhető stb.

Hát a kézenfekvő (handgelegt)! — kézenfekszik ma már minden, ami eddig természetes, világos, nyilvánvaló, magától érthető volt.

Vámosy prof.

Egy tabeses betegem nemrég azt mondotta, hogy neki olyan „ögyelgő” fájásai vannak. Ezt nemcsak magyarul hanem kifogástalan hűséggel is mondta. A tabeses fájás nem vándorol, nem „wandernder Schmerz” hanem cél és rend nélkül, hol itt, hol ott ad életjelt magáról, rendetlenül ide-oda jár, tehát ögyeleg.

Ugyanez a beteg, amikor azt kérdeztem tőle, hogy a hugyozással hogyan van, azt válaszolta: Bizony kérem, nem jól, mert ha szelelek, nem tudom tartani. A történésnek ennél választékosabb és illőbb kifejezését úri társaságban sem igen lehet hallani.

Pándy Kálmán dr.

VEGYES HÍREK

Személyi hírek. A szegedi Tudományegyetemen f. hó 28-án evatják az orvostudományok tiszteletbeli doktorává *Buday Kálmán* professort. — A Lorántffy-Diakonissa-kórház és sanatorium igazgatói állására *Wiesinger Frigyes dr.* főorvost nevezték ki.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület június 2-i ülésének előzetes napirendje: Bemutatások: 1. *Csapó József*: Makacs pyelocystitis okozta csecsemőkori atrophia gyógyult esete. 2. *Fényes István és Kiss Pál*: Neisser és Pollák-féle agypunctióval kórismézett nagyagyi cysta esete. 3. *Kiss Pál és Mészöly Pál*: Röntgen-besugárzás után javult gyermekkor-i izomsorvadás esete. (Filmbemutattással.) A tudományos ülés után évrő közgyűlés.

A Charité Poliklinika orvosi kara május 31-i ülésének tárgysorozata: Előadás: 1. *Sellei József dr.*: Az adrenalin cutanreakciói; az ú. n. hyperadrenalinamiás betegségek. 2. *Deutsch Aladár dr.*: Arteriosklerosis és fül.

A Magyar Orvosok Röntgen Egyesülete máj. 31-i tudományos ülésének tárgysorozata: 1. *Nádor-Nikitits István*: Az arteria subclavia aneurysmája. 2. *Hrabovszky Zoltán*: Sarkoma duodeni. 3. *Gál Félix* (előadás): Mily utakon javíthatjuk a méhrák sugaras kezelésének eredményeit. A gyűlést az Egyetemi Röntgenintézet tantermében délután 6 órakor tartják.

A magyar Orvosi Nagyhét harmadik ülésszakának ünnepélyes megnyitása pünkösd vasárnapján, június hó 4-én, d. e. 10 órakor lesz a Műgyetem dísztermében, a **Magyar Orvosok és Természetvizsgálók XLI. vándorgyűlésének** közgyűlésével egyidőben.

Ennek napirendje a következő:

1. Előki megnyitó.
2. A központi választmány elnökének, *Dollinger Gyula*-nak előterjesztései.
3. A vándorgyűlésre kiküldött delegátusok bejelentése.
4. *Tóth Lajos-előadás*: Magyar orvosi és természettudományi iskolák megalapítása és továbbfejlesztése. Tartja: *Dollinger Gyula*.
5. *Chyzer Kornél-előadás*: Mezőgazdaság és természettudomány. Tartja: *Degen Árpád*.
6. *Kovács József-előadás*: A szövetfejlődési rendellenességek jelentősége. Tartja: *Entz Béla*.
7. Titkári jelentés. Tartja *Gorka Sándor*, a központi választmány titkára.

A gyűlés berekesztése után a Magyar Orvosok Tudományos Egyesületeinek Szövetségtanácsa tartja évi rendes közgyűlését ugyanott, a következő napirenddel:

- a) Elnöki megnyitó (*Dollinger Gyula*) és főtitkári jelentés (*Manninger Vilmos*).
- b) A számvizsgáló bizottság jelentése és a fölmentvény megadása.
- c) A pénztáros évi jelentése az évi költségvetés és a tagdíjak megállapítása ügyében.
- d) Tisztújítás: az 1934. évi elnök megválasztása.
- e) Indítványok: 8 nappal a közgyűlés előtt az elnökségnek írásban bejelentendő.

Amennyiben a közgyűlés határozatképes nem volna, azonos napirenddel, 1933. június 11-én vasárnap délelőtt 11 órakor a régi belklinika előadótermében (Üllői-út és Szentkirályi-utca sarkán) lesz az újabb közgyűlés, amely tekintet nélkül a megjelent kiküldöttek számára, határozatképes.

A múlt évben szerzett tapasztalatok alapján a MORTESZ. elnöki tanácsa elhatározta, hogy az együttes ülésekről kiadandó jegyzőkönyv kivonatainak terjedelmét a múltévinél még szűkebbre szabja. Ezért az együttes ülések jegyzőkönyveinek számára készíthető kivonatok terjedelme a következő:

A referatum időtartama: 30 perc; az összefoglaló kivonat 200 gépirásos sor, felkért hozzászólás időtartama: 15 perc; az összefoglaló kivonat 40 gépirásos sor, előadás előre bejelentett hozzászólás időtartama 10 perc; az összefoglaló kivonat 20 gépirásos sor, ülésen bejelentett hozzászólás időtartama 5 perc; az összefoglaló kivonat 10 gépirásos sor.

A jegyzőkönyvbe csak azok a kivonatok (autoreferatumok) vehetők fel, amelyek kéziratát az előadók még a nagyhét tartama alatt a tagegyesületek titkárához beadják. Az előírtnál hosszabb kéziratot a tagegyesület titkára a megállapított terjedelemre megrovídi.

Az együttes üléseken, amelyek a régi belklinika tantermében lesznek (Üllői-út és Szentkirályi-utca sarkán), van epi-

és diaskopos vetítógép (episkopos vetítésre 13×18 cm. diaskoposra 8½×8½ cm nagyságig). A vetítést *Burián Gyula* orvosegyesületi altiszt végzi, aki értesítendő előre, melyik előadáshoz hány és milyen kép kerül vetítésre (Szentkirályi-utca 21. sz. Telefon: 305—21). A vándorgyűlés és az orvosi nagyhét résztvevői a lakóhelyük állomásáról Budapestre és visszautazásra az alacsonyabb osztályú menetjegyek kedvezményekben részesülnek. A menetjegyek kedvezmény igénylése *Gorka Sándor* egyet. tanár úrhoz jelentendő be (Pécs, Egyetemi Biológiai Intézet), a kiindulási állomás és a név pontos, jól olvasható megjelölésével. Az utalvány kiállításának és elküldésének költségére 1 pengő küldendő be (esetleg bélyegben is) előre.

Az orvosi nagyhéttel párhuzamosan folynak a vándorgyűlés tárgyalásai. A vándorgyűlés külön orvosi szakosztályokat nem alkot, hanem ezek helyét ezidén szakegyesületek nagygyűlései töltik be. A vándorgyűlés egyéb ülései:

Június 5-én, d. e. 10 órakor az egyetemi élettani intézet tantermében a természettudományi, gyógyszerész-, gazdaság- és társadalomtudományi szakcsoportok alakuló együttes ülése. Utána déli 1 óráig ugyanott együttes ülések.

Június 6-án d. e. 10 órától déli 1 óráig: a) a természettudományi szakosztály előadásai az egyetemi élettani intézet tantermében; b) a gyógyszerésztudományi szakosztály előadásai az egyetemi kémiai intézet tantermében; c) a gazdaság- és természettudományi szakosztály előadásai az egyetemi fizikai intézet tantermében. — D. u. 5 órakor az összes szakcsoportok együttes előadásai az egyetemi élettani intézet tantermében.

Június 7-én a program azonos az előző napival.

Június 8-án, d. e. 10 órától déli 1 óráig a természettudományi szakcsoport az egyetemi élettani intézet tantermében, a gyógyszerésztudományi szakcsoport az egyetemi kémiai intézet tantermében folytatja előadásait. — D. u. 5 órakor az összes szakcsoportok együttes előadásai az egyetemi élettani intézet tantermében.

Június 9-én a program azonos az előző napival.

Június 10-én, a Magyar Orvosi Nagyhét keretén belül. — D. u. 6 órakor a Királyi Orvos-Egyesület (VIII., Szentkirályi-utca 21) földszinti üléstermében a nagy választmány ülése és utána ünnepélyes záróülés. Tárgyai:

1. Elnöki megnyitó.
2. Titkári jelentés a nagygyűlés lefolyásáról. Tartja *Gorka Sándor*, egyet. ny. r. tanár.
3. A nagy választmány előterjesztései.
4. Elnöki bezáró.

A vándorgyűlés befezte után június hó 11-én és 12-én kellő számú jelentkező esetén egy-, illetőleg kétnapos kirándulás terveznek a mátrai állami sanatoriumba, a Kékesre, Parádra és Egerbe. A kirándulás vezetésére a Vándorgyűlés Központi Választmánya *Pekár Mihály* egyetemi ny. r. tanárt kérte fel.

Az egy napra is lerövidíthető kétnapos kirándulás terveze: Indulás Budapestről (keleti pályaudvar) reggel 6 óra 50 perckor a Miskolcra menő gyorsvonattal Gyöngyösre (érk. 8 óra 51 perckor). Innen indulás autobusszal ¼10-kor Mátrafüredre és a mátrai állami sanatoriumba. A sanatorium megtekintése után az 1000 méter tenger színe feletti magasságban fekvő Kékesre, majd Kékesről Parádra és Parádfüredre. Ebéd, pihenés és Parádfüred megtekintése után d. u. 5 órakor indulás Egerbe. Egerben vacsora, éjjeli szállás. Másnap délelőtt Eger nevezetességeinek megtekintése és délen vagy este Egerből visszautazás Budapestre.

Az orvosi nagyhét idején az „Orvosi Továbbképzés Központi Bizottságának” rendezésében „Magyarország klinikáinak és kórházainak szövetsége” kórházügyiviteli továbbképző-tanfolyamot tart a régi belklinika épületében, ahol a tanfolyam céljára kiállítás is rendez.

A Vármegyék és Városok Országos Mentőegyesülete június hó 9-én, pénteken délután 5 órakor a II. sebészeti klinika tantermében (Baross-utca 25. sz.) mentőügyi értekezletet tart a következő tárgysorozattal:

1. *Bakay Lajos* elnöki megnyitója.
2. *Rohrer László*: A villamosáram okozta sérülésekről.
3. Hozzászólások: *Kovács János*, *Gellért Elemér* és *Körmöczy Emil*.

Ezen értekezletre a MORTESZ tagjai hivatalosak.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat közgyűlése ugyan-csak pénteken, június 9-én este ¼8 órakor lesz a Nékám-klinikán. Az elnöki megnyitót *Nékám Lajos*, az ünnepi előadást *báró Kordányi Sándor* tartja.

A Magyar Orvosi Nagyhét ülései:

Vasárnap, VI. 4.: Párhuzamosan: 9 órakor lesz a Nékám-klinikán MEE. D. u. 3 ó.: Orvosegyesületben MEE.

Hétfő, VI. 5. D. e. 1/2 10 órákor MST igazg. tanácsulése régi belklinikán. Együttes ülés: 10 órákor régi belklinikán MPT és MST. Csontdaganatok. R.: Verebely T. és Pühr L. Párhuzamosan: 9 órákor elmeklinikán MEE. D. u. Párhuzamosan: 3 órákor elmeklinikán MEE. 5 órákor régi belklinikán MST.

Kedd, VI. 6.: Párhuzamosan: 9 órákor elmeklinikán MEE, 9 órákor gyermekklinikán MGYT, 10 órákor régi belklinikán MST, 9 órákor kórbonctanon MPT, 9 órákor I. szemklinikán MBE. D. u. Párhuzamosan: 3 órákor elmeklinikán MEE, 4 órákor gyermekklinikán MGYT, 4 órákor kórbonctanon MPT, 5 órákor I. szemklinikán MBE, 5 órákor régi belklinikán MST.

Szerda, VI. 7.: Együttes ülés: 9 órákor I. szemklinikán MBE és MUT. Extrarenalis tényezők vesebajokban. R.: Rusznyák J. Veseműködés elégtelensége. R.: Borza J. és Kövesi G. Párhuzamosan: 9 órákor gyermekklinikán MGYT, 9 órákor kórbonctanon MPT, 10 órákor régi belklinikán MST. D. u. Párhuzamosan: 4 órákor gyermekklinikán MGYT, 4 órákor Kórbonctanon MPT, 5 órákor I. szemklinikán MBE, 5 órákor régi belklinikán MST.

Csütörtök, VI. 8.: Együttes ülés: 10 órákor régi belklinikán MBE és MOTE. Életkorok tuberculosisa. R.: Pekano-vich N. MBE, MOTE és MHT. Falu tuberculosisa R.: Fenyvessy B. és Kovácsics S. Párhuzamosan: 9 órákor gyermekklinikán MGYT. D. u. 1/2 5 órákor régi belklinikán MOTE közgyűlése. 5 órákor MOTE tudományos ülése.

Péntek, VI. 9. Együttes ülés: 10 órákor régi belklinikán. Börgümőkór. R.: Szüle D. (MBE), Holló Gy. (MOTE), Rothmann O. és Láng M. (MDT). Párhuzamosan: 9 órákor fogklinikán MFOE, 9 órákor II. sebészeti klinikán MFGE. D. u. Párhuzamosan: 1/4 órákor fogklinikán MFOE, 5 órákor bőr-klinikán MDT, 5 órákor régi belklinikán MOTE, 6 órákor I. szemklinikán MSzT, 5 órákor II. sebészeti klinikán a Mentőegyesület értekezlete. 1/2 8 órákor bőr-klinikán Könyvkiadó közgyűlése.

Szombat, VI. 10.: Együttes ülés: 10 órákor régi belklinikán MORE és MST. Gerincoszlop chronikus betegségei. R.: Kopits I. (MST), és Bilkei Pap L. (MORE). Párhuzamosan: 9 órákor bőr-klinikán MDT, 9 órákor fogklinikán MFOE, 9 órákor II. sebészeti klinikán MFGE, 10 órákor I. szem-klinikán MSzT. D. u. Párhuzamosan: 1/4 órákor fogklinikán MFOE, 5 órákor bőr-klinikán MDT és folytatólag vasárnap d. e. 9 órákor, 5 órákor régi belklinikán MORE, 5 óra-

kor I. szem-klinikán MSzT és folytatólag vasárnap, 11-én d. e. 10 órákor ugyanott.

Pótlás a Magyar Orvosi Nagyhét Napirendjéhez: Az Orvosi Nagyhét napokban szétküldött részletes program-jából technikai hiba folytán kimaradt a 26. oldalon: I. Vita-kérdéshez: A csontok daganatai. Felkért hozzászóló: Polgár Ferenc (Budapest). Időtartam 10 perc.

30. oldalon: Gyakorlati műtéti bemutatók, a jelzett időben, Cukor István (Máv-kórház, I. seb.) is tart.

A kilencedik balatonfüredi orvoshét — melyet május 15—20 között tartottak — az előző évekhez képest nagyobb látogatottságnak örvendett. Csoportosan érkeztek az ország minden részéről az orvosok hozzátartozóikkal s szokatlanul nagy számban jelentek meg a külföldi orvosok is, kik közül Sheidac Philippe kairói orvos németnyelvű előadást is tartott a magyar gyógyfürdőkről. A közel 500 résztvevő elhelyezése a fürdőigazgatóság szállodáin kívül magánépületeket is igénybe kellett venni.

Az orvoshetet a belügyminiszter képviselőjében Győry Tibor dr. h. államtitkár nyitotta meg, majd a különböző üdvözlő beszédek elhangzása után kezdetét vette a tudományos ülésszak, melynek előadásait mindvégig nagyszámú és lelkes közönség hallgatta.

Az utolsó napon Balatonfüredre érkezett Hóman Bálint dr. kultuszminiszter, Darányi Kálmán dr. államtitkár társaságában, kik meghallgatták az aznapi előadásokat, majd a kultuszminiszter mondott beszédet, melyben az orvosi továbbképzés jelentőségét méltatta.

A hét folyamán rendezett kirándulások kapcsán a résztvevők megtekintették Tihanyt, Siófokot, Balatonalmádit, Balatonkenesét és Hévíz-gyógyfürdőt.

Az orvoshét ideje alatt Magyarországon tartózkodó hollandi ujságírók két napot töltöttek a Balaton mellett s táviratot küldtek a kormány tagjaihoz, melyben kifejezték annak a kulturánknak jelentőségét, amely az orvoshéten s általában a Balatonmentés folyik.

Névváltoztatás. A belügyminiszter megengedte, hogy Krcselics László dr. nőorvos, pécsi egyet. tanársegéd családi nevét Kemenes-re változtassa.

Orvosi hír. Cukor Miklós dr. szív- és nőgyógyászati rendelését Franzensbadban ismét folytatja. — Leo Werdesheim dr., régi gleichenbergi fürdőorvos, működését Gleichenbergben ismét megkezdte.

HEXUROL



Magyar származású
benzoesavas
hexamethyilentetramin.

Lúgos vizelet esetén is hatékony!

Javallatok: A húgyutak és a vizelet desinficiálása, cystitis, pyelitis, az epeutak gyulladásos megbetegedései, vizelethajtó.

Olcsó!

Forgalomban: 1 ph. 20 x 0.50 tab/etta P 1.20
Injectio 40% 10 x 10 ccm P 5.70
" 4 % 10 x 5 ccm P 4.—

Dr. EGGER LEÓ és EGGER I. BUDAPEST VI.

Helyreigazítás. Mult heti számunkban *Kanócz Dénes* dr. cikkében 16. sorban zsírbotásra helyett zsírbotása, 32. sorban előjegyzetteket helyett eljegyzetteket, az utolsó előtti hasáb 28. sorában jelöltekben helyett előltekben olvasandó.

Budapest székesfőváros közegészségügyi állapota.

1933. év május első felében.

Hasi hagymáz	18	1	Járványos agygerinc-	1
Vérhas	3	3	agyhártyalob	1
Roncsló torok-ésgége-			Kanyaró	444
lob	130	6	Szamárhurut	63
Vörheny	187	3	Báránymimlő	132
Influenza (szövödm.)	—	—	Trachoma	27
Gyermekági láz	3	—	Kiütéses ty.	—
Gyermekbenulás	—	—	Lépfene	—

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VAMOSSY ZOLTÁN

Mai számunkhoz Richter Gedeon vegyészeti gyár rt., Budapest, Jodlecithin-ről szóló prospektusát mellékeljük.

ORVOSI MŰSZEREK,

KÓRHÁZI ÉS LABORATÓRIUMI ESZKÖZÖK GYÁRA.
Letelekedő orvosoknak jutányosan szállít
WESZELY ISTVÁN és TÁRSA utóda
NAGY KÁROLY FRIGYES, BUDAPEST, IV., APPONYI-TÉR 1.

Páratlan sikere jelzi, hogy a

Gyakorló Orvos

Könyvtára

minden orvosnak

nélkülözhetetlen

Kérjen könyvjegyzéket Petőfi Irodalmi Vállalat
„könyvosztályától”

Budapest VII., Kertész-utca 16. szám. Telefon: 40-6-47.

Német orvosi könyveket és folyóiratokat

előnyös fizetési feltételek mellett szállít az

URBAN & SCHWARZENBERG könyvkiadó cég

magyarországi képviselője

FISCHER JENŐ Budapest, VII. Erzsébet-körut 27. Tel. 372-70



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

**Togal-
tabletták**

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

Antineuralgicum

Antipyreticum

Antirheumaticum

Analgeticum

Mintával és német szakirodalommal szolgál:

Dr. Filó János gyógyszerháza

Budapest, VIII., Mátyás-tér 3.

◀ **Trocken Reis-Schleim „Gerté” porított RIZS-NYÁK** ▶

A csecsemő- és gyermekgyógyászatban elsőrangú hézagpótló készítmény.

Egy doboz (1/4 kg.) ára 1.20 P.

Főlerakat: Gyógyszer Rt. Budapest, V., Áulich-utca 4—6.

== KÉSZÍTI: GYARMATI GYÓGYSZERTÁR LABORATORIUMA, BAJA. ==

SEVENALIL

CHINOIN

injectio és cseppek

erélyes hypnoticum, sedativum

antiepilepticum

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. rk. tanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magánlátór, kórházi főorvos

Az acut légszomjrohamok kezelése.

A hirtelenül fellépő légszomjrohamok a sürgős teendők szempontjából gyakorlatilag három csoportra oszlanak: a kardialis, a bronchialis és a felső légúti eredetűekre. A betegnek türelmetlensége és többnyire objectiv állapota is gyakran oly gyors cselekvést kíván meg, hogy az anamnesis részletes kikérdezésére és az aprókos vizsgálatra nem vesztegethetünk sok időt, hanem egyelőre meg kell elégednünk a három csoport közti elkülönítéssel, mely sürgős beavatkozásunkat irányítja.

A *kardialis eredetű* dyspnoe roham, vagy asthma kardiális rendszerint a negyvenedik életéven túl, csaknem mindig éjjel jelentkezik. Ritkán jön előjelek nélkül: ezek lehetnek a már lappangó balszívgyengeség tünetei, melyek legalább néhány nappal a roham előtt, de gyakran jóval korábban is beköszöntöttek; testi teljesítmény közben könnyebb elfáradás, légszomj, esetleg szívdobogás vagy fájdalom, vagy csak köhögés is; továbbá nykturia és fekvéshez a több párna megkivánása. Másoknál az előjelek csak általában egy már fennálló kardiocirculáris betegségre utalnak: szédülés, fejfájás, álmatlanság, kisebb eszméletzavarok, főleg testi megerőltetésekkel kapcsolatban. Az asthma kardiális az angina pectoristól a fájdalom hiánya különbözteti meg; de ha van is fájdalom (vegyes formák), az a roham kezelésén alig változtat. A légzés mindig erőltetett és szapora, az orthopnoes elhelyezkedés kisebb nagyobb fokával. Az erőltettség teljesen vagy majdnem egyaránt vonatkozik úgy a ki-, mint a belélegzésre. A Cheyne—Stokes rhythmus, mely acut dyspnoeroham esetében döntően szól a kardiocirculáris eredet mellett, enyhébb formájában nem jár teljes légzésszünetekkel, csak a légvételek mélységének periodikus hullámszerűsége áll. Kifejezett Cheyne—Stokes-légzés önmaga is okozhat olyan fokú subjectiv légszomjat, amely miatt orvost hívnak. Köhögés gyakran hiányzik, nem jellegzetes. Cyanosis mindig jelen van, (mesterséges világításban rosszul vehető ki). A pulsus mindig szapora, többnyire feszes és gyakran arhythmias. Pulsus alternans feltétlenül kardiális eredetűnek bélyegzi a rohamot. Paroxymalis tachykardia vagy arhythmia magában is előidézhet légszomjrohamot. A vérnyomást gyakran találjuk magasnak, de normalis vérnyomás nem zárja ki az asthma kardiális diagnózisát. A pangásos jelek közül legfontosabbak a tüdőbeli pangásai: a szörtyzörejek, melyek mindig nedvesek, többé-kevésbé sűrűek, majdnem mindig a tüdőbasisokon kezdődve terjednek az állapot romlásával felfelé, de előfordul tüdőoedema szigetesen is. Messzire hallható szörtsölés és habos, serosus, esetleg rózsaszínű köpet annyira harsogja a tüdőoedema diagnózisát, hogy egyelőre minden egyéb vizsgálatot felesleges idővesztéssé tesz.

Nagy-vérkőri pangás (anasarca, májtumor stb.) és a szív megnagyobbodása, vagy kóros hallgatódzási lelete jelen lehet, de semmi esetre sem szükséges az asthma kardiális diagnózisához; természetes azonban, hogy az ilyen jelek jelenlétében csak igen nyomós okok engedhetik meg a dyspnoet más okra vonatkoztatni.

A *bronchialis asthma* ugyancsak többnyire éjjel jelentkezik, de ritkán kezdődik idősebb korban. A roham előfutárai gyakran hiányoznak; ha vannak, azok a közvetlenül megelőző órákban jelentkeznek, nem testi megerőltetésektől, hanem inkább környezetváltozástól függenek. Ilyen előfutárok: a viszketés, esetleg nedvezés az

orban, kötőhártyán, a felső légutakban, esetleg a bőrön. A roham előtti napokban, vagy az esetleg megelőző rohamok közti időkben azonban a beteg teljesen munkaképes, legalább is a betegsége első éveitől. A légzés ritkán szapora, sőt lehet gyérszámú is, rhythmusa zavartalan, az erőlködés kifejezetten a kilégzésre vonatkozik, mely megnyult és messzire hallható sipolás-búgással jár. Ezek a száraz, legfeljebb a basisokon kistrészben nedves zörejek, melyek az alaplégzést teljesen elfedik, jellemzők az asthma bronchialera; volumen pulmonum auctum a kardiális asthma esetén is gyakori. Köhögés rendszerint csak a roham végén jelentkezik. A köpet lehet bő, vagy kevés, rendszerint üveges-nyákos, néha genyes nyákos is, de sohasem sűrűen habos. Cyanosis régi esetekben (emphysema) nagyfokú lehet, friss esetekben hiányozhatik. A pulsus szapora, rhythmikus. A keringési insufficienciának úgy a szíven, mint más szerveken csak régi emphysemás esetekben találjuk nyomát, ekkor azonban a jobb szív gyengesége, tehát nagyvérkőri pangás áll előtérben.

A *felső légutak* hirtelen beálló szűkülete igen változatos pathogenesisénél fogva előfordul minden életkorban. A hangszálbénulástól eltekintve, mely lehet toxikus (postdiphtheriás) vagy bulbaris eredetű is, mindig localis folyamatból következik, melyre úgy az anamnesis, mint az objectiv lelet többnyire könnyen rávezet: garat, gége, légcső, pajzsmirigy, esetleg a mediastinum chronikus vagy acut betegsége. Jellemző tünetcsoport: localis fájdalom, rekedtség (hiányozhatik hangszálbénuláskor), hangos ugató köhögés (kivéve a croupot), többnyire nyelési zavarok és főleg a világosan belélegzési dyspnoe többnyire jól hallható inspiratorius stridorral. A pulsus többnyire szapora, a cyanosis lehet igen kifejezett, emellett a bőr többnyire sápadt is. Az elhelyezkedés gyermekeken fekvő, hátravetett fejjel. A tüdőlelet negatív, vagy semmitmondó. Az egyes szűkülethez vezető okok közül gégetükről nélkül is kell tudni felismerni és azonnal kezelni a következőket: idegen test (anamnesis!), croup (hirtelen kezdet, de fokozatos rosszabbodás, hangtalan köhögés, toxikus állapot, esetleg kiköhögött vagy kihányt alhártyák), pseudocroup (hurutos előjelek, hirtelen beálló és rohamokban ismétlődő szűkületek szabad intervallumokkal, ugató köhögés), retropharyngealis tályog (garat tapintása!), továbbá a nyaki szervek kívülről megállapítható gyulladása, vagy tumora.

Therapia. Mindenekelőtt fontos a beteg megnyugtatólása, hacsak néhány szóval is, de elsősorban feltétlenül nyugodt és kapkodás nélküli fellépéssel. *Kardialis asthma* minden esetében azonnal és bátran adagolva adjunk morphint. Következő lépésünk legyen a carotis egyoldali leszorítása, mely gyakran reflexuton gyorsan megszünteti a rohamot (a 6. nyakcsigolya harántnyulványához nyomni pár percig). Kevésbé viharos tünetek esetén a morphin és carotisnyomás után várjunk 8—10 percig; ha a légszomjon kívül nincs nyilvánvaló tünete a szívgyengeségnek, adjunk 1 ccm glanduitrint intramuscularisan vagy 2 ccm euphyllint intravenásan (lassan!) és szorítsuk le pólyával egyik vagy mindkét alsó végtagot. Ha a szívgyengeségnek egyéb tünete is van, adjunk először ¼ mg. strophantint intravenásan és szükség esetén végezzünk érvágást is (legalább 300 ccm).

A *bronchialis asthma* roham szuverén gyógyszer az adrenalin (1 mg) subcutan. Hatását elősegíti a hypophysiskivonat (kész combinatio a lys-

asthmin), vagy papaverin. Kisebb rohamok esetén esetleg az atropin is elég. Ha porlasztó készülék kéznél van, adhatjuk mindezeket belégzésben is. Régi asztmások esetében bizony kénytelenek vagyunk morphinhoz folyamodni; ezt a beteg gyakran követeli is és acut szükségben, addig is míg rationalis kezelést életbeléptethetünk, ezt megtagadnunk tőle nem lehet. De friss esetekben, ahol az adrenalin sokkal frappánsabban hat, csak akkor adjunk morphint, ha sehogya sem tudunk dönteni kardialis és bronchialis asthma közt és mégis halaszthatatlannak látszik a cselekvés. Semmiképen se adjuk azonban sem a bronchialis sem a kardialis asthma ellen a szokásos analepticumokat: Camphor és pótszereit, továbbá strychnint és coffeint. Ezek csak még izgatják a megayugtatasra szoruló légzőközpontot, csak még több vért hajtának a peripheriáról a tüdőbe, viszont a szív erejét (a coffein kivételével) nem fokozzák.

A felsőlégúti szűkületek esetében a tracheotomiával gyakran készen kell állnunk, de halasszuk azt valóban végső szükségre és lehetőleg szállítsuk közben a beteget gyógyintézetbe, ahol a műtét sokkal előnyösebben végezhető. Addig is adjunk gyulladásos nyaki megbetegedés esetén jeges borogatást, pseudocroup esetében semmi egyebet; croup alkalmával serumot. Retropharyngealis tályogot a gyakorló orvosnak is tudnia kell felnyitni. Idegentesthez szakképzettség nélkül ne nyuljunk hozzá, nehogy lejjebb toljuk. Gégeoedema esetén megpróbálhatunk calciumot, vagy hypertoniás konyhasóoldatot i. v., kivéve, ha nephritisről van szó, amikor is a vérlebocsátás indokolt. A morphin respiratorikus légszomj esetében általában ellenjavalt; de ha tracheotomia szükségessé válik és egy-két órán belül biztosan lehetséges is, akkor nyugodtan megkimélhetjük addig is a beteget morphin-al a felesleges szenvedéstől.

Pogány János dr.†
egyetemi tanársegéd.

Adatok a dyspepsiák kezeléséhez.

A dyspepsia fogalma még nagyon vitatott kérdés s az irodalomban számos különféle felfogás uralkodik erről. Schmidt a beldyspepsiák fogalmát úgy alkotta meg, hogy a béltractusban lejátszódó minden abnormis emésztődési folyamat: dyspepsia. A bélfal kóros elváltozása s a gyulladásos jelenségek hiánya voltak főjellemtvonásai Schmidt szerint a kórképnek. Az emésztési folyamat a kóros s nem a bélfal beteg. Schmidt felfogása ma már teljes mértékben nem tartható fenn, mert ma tudjuk Noorden, Strassburger, Schütz, van der Reis és mások vizsgálataiból, hogy a dyspepsiák a functionalis zavarok körébe esnek, de ennek ismét többféle okai lehetnek aszerint, hogy abnormis gyomor-, pankreas-, epe- vagy bél-nedv elválasztás, vagy a bél bakterium-flórájának megváltozása s eltolódása az egyik vagy másik irányban szerepelnek-e, mint kiváltó momentumok. A functionalis, hasmenéssel járó beldyspepsiák két classikus typusa a rothadási vagy erjedési, ma már ily tisztán egymástól elkülönítve majdnem sohasem szerepel a gyakorlatban, hanem legtöbbször, mint vegyes typussal találkozunk velük s gyakori az átmenet is az egyik alakból a másikba. Az elkülönítő kórisme felállítására még ma is változatlanul használjuk a Schmidt—Strassburger féle próba-diaetát, mert egy vegyesen választott, vagy szabadjára bízott táplálkozás után vizsgált szék nem lehet alkalmas a bélben lejátszódó emésztési folyamatok tisztázására. Tudjuk ma már azt is hogy az eredetileg functionalis bajhoz mily gyorsan társul gyulladásos elváltozás, ami egy már kifejlődött kórkép megítélését s

annak eldöntését, hogy melyik a primaer s secundaer, nehezzé fogja tenni. Így nehéz lesz a megítélése annak, hogy enterocolitissal állunk-e szemben, vagy dyspepsiával, vagy a két bajjal együtt. A próba-diaetán kívül, egyéb diagnostikai segédesszközöket is igénybe kell vennünk és—pedig a bél bakterium-flórájának s a pankreas fermentumainak vizsgálatát, akár a székben, még jobb a duodenalis bennékből, vagy vékonybél-nedvben, melyet sondán át is nyerünk, vizsgáljuk azt. A dyspepsiák klinikai tünetei igen különbözők; dominál a hasmenés, felfúvódottság, gázpanaszok, rossz szájíz, étvágytalanság, de mindezen tünetek nem körjelző sajátosságuk, mert más hasi megbetegedések alkalmával szintén előfordulnak.

Amilyen nehéz gyakran az elkülönítő kórisméje a dyspepsiáknak, főleg a gyulladásos elváltozásokkal szemben, éppoly bonyolult a gyógyítás kérdése is. Két hatalmas therapiás eszköz áll rendelkezésünkre: a diaeta és a gyógyszerek. Egyik a másikat csak kiegészítheti s nem függetleníthető egymástól. Valamiképen a diaeta is más-más lesz az adott helyzetben, főleg a szék viselkedéséhez mérten, épúgy a gyógyszeres kincsünkben is válogatni fogunk. Vannak gyógyszerek, melyek a dyspepsiák minden fajtájában jó szolgálatot tesznek. E készítmények közül jól beválnak, amelyek secretint, pankreatint, epesavas sókat és állati szénét tartalmaznak. (pl. „Intestinol“)

A secretin a duodenalis nyálkahártyából extrahált hormon, mely úgy jön létre, hogy a sósav a duodenum-epithel sejteiben lévő prosecretint átváltoztatja, activálja secretinná, ez azután felszívódik s a vérpályán áthaladva izgalomba hozza a hasnyálmirigyet, egyúttal a vékonybélsecretiót is tetemesen fokozni képes. A pankreatin a hasnyálmirigynek egy megbízható készítménye, mely trypsin mellett a pankreas összes többi fermentumát is tartalmazza s mely a fehérjék, zsírok és szénhidrátok emésztését kitűnően előmozdítja s majdnem analog hatást fejt ki, mint a tiszta hasnyálmirigylváladék. Az epesavas sóknak kétféle hatásuk is van részben a legkitűnőbb epehajtók, amennyiben a májsejteket fokozott tevékenységre serkentik, másrészt megbízható szerzők vizsgálatai alapján tudjuk, hogy bélperistaltikát fokozó hatásuk révén bizonyos esetekben enyhe hashajtó szerepük is van. Végül Wiehowszky alapvető munkái óta tudjuk az állati szénről, hogy adsorbens hatást fejt ki, egyrészt a bégázokat absorbeálja, másrészt mindenféle toxikus anyagot, mérget, bakteriumokat, bakteriumtoxinokat, alkaloidokat is megkötni képes. Mindezen alkatelemek külön-külön is alkalmasak a dyspepsiák gyógyulási feltételeinek helyes irányba terelésére, egyúttal véve, szerencsés combinatióban még inkább. A helyes combinatio folytán az egyes szerek külön hatása potentialódik s így nagyobb hatást érhetünk el, ha ily formában adjuk s nem külön.

Friedrich László dr. főorvos.

DIAGNOSTIKAI SZEMELVÉNYEK

(Belgyógyászat: Gerlóczy Géza dr. Sebészeti: Milkó Vilmos dr.)

Diffus májbetegségek.

Hepatitis = mesenchymás (interstitialis) eredetű gyulladásos májbaj; hepatosis = epithelialis eredetű, degeneratiós májbaj; — a lobos-degeneratiós folyamatokat nemcsak klinikailag, de sokszor kórbonctanilag sem lehet egymástól pontosan elhatárolni (egymásba változatatosan átmehetnek) s így célszerű a Bergmann által ajánlott hepatopathia gyűjtőnévvel illetni e kórképeket.

Hepatargia (argia = megszűnt munka): Májinsufficienciából eredő hepatikus autointoxicatio. A beteg som-

nolens, delirál, majd comába esik; a pupilla szűk, a vizelet megfogy, hányás jelentkezik.

Cholaemia: Súlyos sárgasággal, vérzésekkel stb. járó hepatargiás állapot, amely halálhoz vezet. Régi elnevezés. Egyébként a vérben keringő epével bradykardia (epesavak vagusizgató hatása), bőrvizketegség, vérnyomáscsökkenés és vérékenységgel jár együtt.

Fontosabb kórképek.

1. **Icterus catarrhalis (simplex):** Régebbi felfogás szerint a lobos duodenumot elzáró nyákdugaszból eredő epepangás okozná. Ma egyre több bizonyítékkal rendelkezünk arra nézve, hogy a baj tulnyomóan haematogen eredetű diffus hepatopathia (parenchyma laesio) folyamánya (*Bauer, Eppinger, Lepehne* stb.). Hogy viszont mennyi szerep jut a *Naunyn* értelmében vett capillaris cholangitisnek vagy cholangiának és e folyamatok mennyiben elsődlegesek, vagy másodlagosak, még vitás. Fertőző csírok (*paratyphus, coli* stb.) valószínűleg közrejátszanak; lehet, hogy ezek mégsem haematogen descendálás, hanem enterális ascendálás útján hatnak (pl. a tápanyagokkal bevitt fertőzés útján). Fertőző eredete mellett szólna, hogy olykor endemiásan jelentkezik. *Subjectiv tünetei* gastrointestinalis típusúak. — *Objectiv lelet:* Hepatogen icterus (direct bilirubinaemia, bilirubinuria, zsírfényű, acholiás szék). Diffus parenchymás volta mellett szól, hogy a galaktose-próba pozitív. Urobilinogen és a duodenumbennék epefestény-tartalma a baj kezdetén megsaporodott, tetőfokán csökkent. Átmehet — bár ritkán — heveny májsorvadásba, vagy cirrhosisba. Az epidémiás *Weil-féle sárgasággal* szemben megkülönbözteti az utóbbiban többnyire kimutatható kórokozó (*spirochaeta ictrogenes*), léptumor, nephritis és ikragörccs. *Lues* és az u. n. *salvarsan icterus* az anamnesis, a Wassermann-reactio, illetve az előrement salvarsan-kúra alapján lesznek elkülöníthetők. *Elzáródásos sárgasággal* szemben (epekö, daganatok) a klinikai kép, *ascariasisban* az eosinophilia, *sepsis* esetében a súlyos lázas állapot stb. megóv a tévedéstől. Az esetek többsége néhány hét alatt gyógyul.

2. **Atrophia hepatis acuta flava:** E súlyos kórkép egyes esetei olykor egy már fennálló, ártatlannak látszó heveny icterushoz társulnak s rohamos rosszabbodással 2–6 hét alatt halállal végződnek, vagy többhetes remissiókkal tarkítva, a látszólagos gyógyulás útján újra fellobbanva esapnak át a rapid lefolyású halálos folyamatba (*subacut májatrophia*), illetve már eleve is idősülten kezdődnek és idősülten folynak is le (*chronikus májatrophia*). Aetiológiájában exogen (bacteriumos-) toxinhatás (malaria, lues, scharlach, typhus, recurrens, — illetve gombaméreg, ólom, chloroform, arsen, atophan) és endogen-mérgezések (pl. az icterus gravidarum eseteiben, melyek azonban többnyire jóindulatuak) szerepelnek, különösen, ha e kóroki tényezők egy már laedált májat érnék. A folyamat úgylátszik fermentativ autolysises eredetű (trypsin?). A kórbonctani képben a májon vöröses (nekrosis) és sárga- (elzsírosodás) területek találhatók, az egyéb szervekben is kimutatható zsíros elfajulás és vérzések mellett. A fájdalmas kólikát okozó máj rohamosan megkisebbedik, léptumor és zavaros ascites jelentkezik. Kezdetben lázas állapot, később többnyire subnormalis temperatura, ante mortem hyperpyrexia jellemző. Nyákos, véres hányás gyakori. Sub finem vitae hepatargia, illetve cholaemia. Bilirubinaemia (30–40 mg%), a vérben tömeges epesav s többnyire csökkent vércukor-érték, a vizeletben esetleg albuminuria, csökkent húgyanykiválasztás, megsaporodott ammoniak, emellett oxyvasav, ecetsav mutatkozik. Tömeges aminosav jelentkezik, ami a májszétválasztás terméke. Ezek közül gyakorlati fon-

tosságú a vizelet üledékében kimutatható *leucin* (gyöngyházfényű korongok) és *tyrosin* (túalakú kötegek). A vizelet aminosav tartalmának kimutatására szolgál:

A *Millon-reactio:* Fémhigany + 2 rész salétromsav (fajsúly 1.42) + melegítés + kétszer annyi víz + szűrés. E reagens 1 részéhez adunk 2 rész fehérjételenített vizeletet + felfőzés = pozitív esetben sötét vörös.

A subacut, vagy chronikus forma átmehet májcirrhosisba, a már fennálló májcirrhosis azonban csak a legkritikábban végződik heveny májsorvadással.

3. A diffus májmegbetegedések klinikailag nagy jelentőségű külön csoportját alkotják a különböző elnevezésű *cirrhosisok*, amelyek többé-kevésbé egységes pathológiájú folyamatai az asciteses, de icterusmentes Laennec-cirrhosis, illetve az ascitesmentes, de icterusos Charcot-Hanot-cirrhosis classikus képei között változatos átmene-tekkel sorakoznak fel.

E csoportokról a továbbiakban lesz szó.

Arthritisek kórisméje.

Az ízületi gyulladások változatos formáinak útvesztőjében nem mindig könnyű az eligazodás. Téves diagnózis azonban sürgősséggel helytelen kezelést von maga után. Éppen ezért lehetőleg pontos kórismére kell törekedni, felhasználva a rendelkezésre álló összes diagnostikai segédeszközöket.

A kórisme biztosítására szolgál:

1. **Pontos, mindenre kiterjedő anamnesis.** Trauma, megelőző betegségek, tbc., genitális vagy egyéb fertőzés, vérékenység, idegbaj stb. kipuhatolása fontos adatokat szolgáltathat. Meg kell továbbá állapítani, hogy az ízületi gyulladás hirtelen, heves fájdalommal, hidegrázás, láz kíséretében, vagy lappangva, láztalanul, hosszabb idő alatt fejlődött-e ki, hogy egyidejűen csak egy, vagy több ízület betegedett-e meg stb.

2. **Az általános állapot és belszervek vizsgálata.** (pl. súlyos általános állapot, magas láz, septikus tünetek esetén ízületi genyedésre, nagyfokú testi leromlás, anaemia, specifikus tüdőfolyamat esetén tbc. arthritisekre kell gondolni.) A belszervi vizsgálatot szükség esetén kiegészíti a kvalitatív vérkép, vérséjcsüllyedés, véralvadás, haemoglobintartalom meghatározása, továbbá bakteriológiai érvizsgálat, Wassermann-reactio, tuberkulin próba és különböző anyagcsere vizsgálatok.

3. **A localis lelet.** A beteg ízületnek már az alakja is olyan jellegző lehet, hogy egyszerű rátekintés eldöntheti a diagnózist (pl. tuberculosis és arthropathiás ízületek). *Tapintással* megállapíthatjuk, hogy a duzzanatot a lágyrészek beszűrődése, megvastagodása vagy folyadékgyülem okozza-e. Utóbbinak biztos tünete a hullámzás, de ennek vizsgálata óvatosságot igényel, mert különösen a fungosus lágy szövetduzzanatok könnyen az álflectuatio érzését adhatják. Térdizületi folyadékgyülemek biztosan kimutathatók a térdkalács u. n. ballotálása által. Ez úgy történik, hogy bal kezünkkel rögzítve a térdet, a jobb kéz mutató és középujjával hirtelen lenyomjuk a patellát. Folyadékgyülem esetén jól érezhető, hogy a térdkalács alapjához odakoccan, majd a nyomás megszűntével eredeti helyzetébe rugalmasan visszaugrik. Figyelni kell az ízület mozgatására jelentkező tünetekre és pedig 1. a mozgási korlátozottságra v. ennek ellenkezőjére az u. n. „lötyögésre“, (utóbbi különösen gyakori a neurogen arthropathiákban), 2. az ízületi zörejekre, melyek a finom crepitatiótól durva ropogásig váltakozhatnak (előbbi egyszerű synovitisre, utóbbi az ízfelszínek durvább lekopására, kimaródására mutat), 3. a fájdalmasságra, mely lehet túlzottan erős pl. a genyes, gonorrhoeás arthriti-

sekben, lehet mérsékelt vagy jelentéktelen és hiányozhatik súlyos elváltozások ellenére teljesen, mint pl. az n. n. neuropathiás ízületi bajokban.

4. A *próbapunctio*. Biztosan megmutatja, hogy van-e az ízületben folyadék s ha igen, minő természetű az (savó, vér, geny). A punctatum göröcsövi, bakteriológiai és serológiai vizsgálata (Wa. R.) fontos felvilágosítást adhat. A punctióhoz, főleg ha vérre vagy genygyülemre gyanakszunk, ne használjunk nagyon vékony tűt, melyet véralvadék, rostonya könnyen eltömészelhet. Kivételében kötelező a legeszményibb sebészi tisztaság, mert az ízületi savóshártya fertőzéssel szemben felette érzékeny. Alig lehet súlyosabb balesetet elképzelni, mintha egyszerű diagnosztikus próbapunctio után az előbb ártatlan savós exsudatum elgenyed.

5. *Röntgenvizsgálat*. Nélkülözhetetlen eljárás az ízületi gyulladás valamennyi alakjában, melyből nemcsak a folyamat természetéről, hanem annak stadiumáról is a legpontosabb tájékozást nyerhetjük. Röntgennel felismerhető az ízületi rés tágassága, az izfalszinek minősége, az ízületi csontvégek elváltozásai, meszes góccok a tokszalagban, izegér, intraarticularis törések, rejtett csontgócok és tályogok stb. Porcos képletek a röntgen-fényképen csak a legritkább esetben ismerhetők fel. Ezek láthatóvá tételére szolgálhat az ízületi üregnek oxgyennel megtöltése (Werndorf—Robinson f. eljárás), melyet azonban a fertőzés nagy veszélye és egyéb hátrányai miatt ma már épúgy elhagynak, mint az u. n. arthroskopiát, vagyis az ízületi üreg direct megtekintését oda bevezetett troicarral elátott endoskop segítségével.

Szemsérülések és azok kezelése.

(Folytatás.)

3. Idegentest a szemhéjakban és szemgödörben.

A szemhéjakra fúródott idegen test ritkán okoz súlyos bajt. Apró fém-, üvegszilánk legtöbbször megakad a bőrben, bőralatti kötőszövetben vagy izomzatban, legfeljebb akkor fúródik mélyebbre, ha nagy erővel csapódott a szemhez. Nagyobb tárgy a szemhéj bőrén kisebb-nagyobb zúzott sebet ejt, forró, vagy olvasztott fémderab égési sebet is okozhat. Néha annyira felszínesen van az idegentest, hogy szabad szemmel is azonnal megláthatjuk, sőt a vége ki is állhat a szemhéjból. Másor csak kutatóval, esetleg röntgennel tudjuk a helyét megállapítani.

A szemhéj az idegentest behatolási helyének környékén, a szövetközi vérzés miatt többé-kevésbé megduzzadhat. Robbanás után a szemhéjak, de az arc egész bőre is sűrűn tele lehet apró idegentestekkel. Olykor ehhez még égési sérülés, vagy az arc különböző helyén kisebb-nagyobb véraláfutás, zúzott seb is társul. Ilyenkor persze az arc bőre és a szemhéjak is duzzadtak, annyira, hogy a beteg sokszor ki sem tudja nyitni a szemét.

Ha a sebet és a szem környékét a véralvadéktól és szennyeződéstől megtisztítottuk, első dolgunk megállapítani, hogy a szemgolyó épen maradt-e. A szemrést ujjunkkal, vagy Desmarres-kanállal tárjuk szét. Különösen azt vizsgáljuk, nem fúródott-e át a szemgolyó fala és nincsen-e idegentest a szem belsejében. Ha a szaruhártyán, vagy kötőhártyán felületen idegentestet találunk, eltávolítjuk. Ha a szemgolyó átfúródott, tanácsos azonnal kórházba utasítani a beteget. A látóélességet is mindig megvizsgáljuk.

Ha a szemgolyó sértetlen, a gyakorló orvos is eltávolíthatja a szemhéjban levő felületen idegentestet. A mélyebben levők eltávolítása már körülményesebb. Ajánlatos a sebszobornak mélységét finom kutatóval megállapítani, ilyenkor nem egyszer megérezzük magát az ide-

gentestet is. Ha nem találjuk meg, röntgen-vizsgálatot végeztetünk. A felületen idegentestet csípővel vesszük ki, ha mélyebben van, a sebet néha tágitani kell. A bőrmetszés az izomrostok megkímélése végett, de azért is, hogy a seb ne tátonjon, párhuzamos legyen a szemhéj szélével. Vas- és acélszilánkot, ha csípővel nem tudunk hozzáférni, mágnessel húzhatunk ki. Ha az idegentest nagyobb sebet ejtett, a sebet gondosan bevarrjuk. Mindezek a műveletek az anti- és a sepsis szabályai szerint történnek, a sebet előbb megtisztogatjuk, környékét jódtincturával bekenjük, ha szükséges novocain befecskendezéssel érzéketlenítjük. Robbanás után annyi sok porszemcse, szén, vagy egyéb apró idegentest lehet a szemhéjban, hogy valamennyinek eltávolítására nem gondolhatunk, mégis iparkodnunk kell a hozzáférhetőket, főleg a nagyobbakat kivenni, már azért is, mert különben a bőrön kékes foltok maradnak vissza. A bentmaradtak egy része a szomszédos szövetek gyulladása miatt lassanként kilökődik, másrésze körül a bőr reactio nélkül meggyógyulhat. A mélyebbre fúródottak körül esetleg kisebb-nagyobb tályog képződik, másor meg sipoly marad a sebszobornak mentén, addig, amíg az idegentest ki nem lökődik. A tályogot fel kell nyitni, a geny kibocsátásakor az idegentest meg szokott kerülni. A könnytömlőbe fúródott idegentestet a crista lacrimalissal párhuzamos metszéssel át kell kivenni.

Ha az idegentestet sikerült eltávolítani, a seb néhány nap alatt begyógyul. Hogy mennyi ideig kell bekötve tartani a szemet, a seb nagyságától függ. Néha már a második-harmadik napon kötés nélkül maradhat, az 5–6. napon túl ritkán van rá szükség. A varratokat az 5-ik napon vesszük ki. Ha az idegentest bennmaradt, a gyógyulás ideje attól függ, fertőződött-e a seb, vagy nem. Ha nem fúrta át a szemgödri sövényt, azaz nem került a szemgödörbe, még ha tályog is támad, ritkán tart tovább a gyógyulás 10–14 napnál. Ha a seb az utca porával, földdel, trágyával szennyeződött, adjunk tetanus elleni oltást is.

A szemgödörbe legtöbbször a szempillákon keresztül jut az idegentest. Nagy erővel csapódó tárgy ugyanis a szemhéjjal együtt a szemgödri sövényt (fascia tarsoorbitalis) is átfurja. Megtörténik, hogy az idegentest az áthajlóredőn keresztül kerül a szemgolyó mögé, vagy az orbita csontos falát töri át.

Pelláthy Béla dr., klinikai tanársegéd.
(Folytatjuk.)

KÉRDÉS — FELELET.

Kérdés: Egy betegemnek 10.000 I. E. dipt. serumot írtam éjjel fel, aki azt az ügyeletes gyógyszerertől meghozta. Fizetett érte 15 P + 3.75 az éjjeli kiszolgálásért, mit a gyógyszerész külön felszámított.

Véleményem szerint ehhez nem volt joga a gyógyszerésznek, mert ezt nem kellett elkészítenie, csupán csak kiszolgáltatni; azaz kézieladásért 50 fill. pótdíjat lett volna joga felszámítani.

Dr. Sz. G.

Felelet: Az érvényben levő Hivatalos Árszabás „munkálatok árszabása” című fejezetének 5. pont 2. bekezdésében foglaltak szerint a gyógyszerész a 3.75 P. éjjeli pótdíjat azért számíthatta fel, mert a diphtheriaserum, bár nem orvosi rendelésre készül, de kiszolgáltatása mégis orvosi rendelő alapján történik s így nem minősíthető olyan kézieladásban kiszolgáltatható gyógyszernek, amelynek éjjeli pótdíja csak 0.50 P. Ha az orvos betegét sürgős esetben (l. e. fejezethez tartozó jegyzetek 1. pontját) a pótdíjtól mentesíteni kívánja, ezt a „sürgős” jelzés rávezetésével érheti el.

Ez az árszabás idevonatkozó tételének betűszerinti magyarázata, de ha a gyógyszerész humánus gondolkodás vezeti, e kétségkívül homályos rendelkezést a beteg javára értelmezi s pótdíj gyanánt nem 3.75 P-t, hanem csak 0.50 P-t számít fel.

Szerk.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. rk. tanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos

A postclimakteriumos vérzések gyakorlati jelentősége.

A climax lezajlásával megszűnik az ovulatio és következképpen a menstruatio is. Ezt az állapotot postclimakteriumnak nevezzük; ebben az időszakban fellépő vérzéseket pedig postclimakteriumos vérzéseknek. Azonban a climax és postclimax között éles határ nem vonható csak a legritkább esetben és miután az átmeneti időben ovulatiókkal kapcsolatban még valódi menstruatiók jelentkezhetnek, az a kérdés merül fel, hogy vajjon melyik az a vérzés, amelyet már postclimakteriumos vérzésnek kell tekinteni. Általánosan elfogadott elv az, hogy a postclimakteriumos vérzés criteriuma egy évi előző menopause. Természetesen helytelen volna ehhez a terminushoz minden esetben mereven ragaszkodni, ez lehet rövidebb idő is, azonban minél közelebb esik a vérzés ideje a legutolsó rendszeres menstruatiohoz, annál szigorubbban kell elbírálni annak természetét.

Ezeknek az elveknek alapján gyűjtöttünk össze a klinika 7 évi anyagából 144. esetet.

Mielőtt részletes tárgyalás alá venném eseteinket, néhány általános érvényű és fontos körülményre kell a figyelmet felhívnom, ami majd bőséges magyarázatát fogja adni az anyag feldolgozása alkalmával nyert elszomorító eredményeknek. Elsősorban a nőknek vérzéseikkel szemben tanúsított viselkedésére kell rámutatnom. Azt hiszem nem túlzás, ha erre az indolentia kifejezést használom. Ennek igazolására az alábbi két példa szolgáljon.

1. 379/106—1921. 53 éves asszony. Utolsó menstruatioja 19 év előtt volt. 19 évi menopause után vérezgetni kezd, de csak 9 havi vérezgetés után szánja rá magát, hogy orvoshoz menjen, aki a klinikára utasítja. Diagnózisunk: carcinoma colli incurabile.

2. 8/1923. 53 éves asszony. Utolsó menstruatioja 8 év előtt volt. 8 évi menopause után vérezni kezd és egy fél évi vérezgetés után végre felkeresi a klinikát. Diagnózisunk: carcinoma colli incurabile.

Egész sorát a hasonló, szomorú eseteknek tudnám felsorolni. E helyett azonban néhány lesújtó számadattal fogom a kérdést megvilágítani. A 144 vérző nő közül 36 — tehát 25% — több mint egy évi rendetlen vérezgetés után került orvos elé. Ezzel szemben 4 héten belül mindössze 0.7% jelentkezett orvosi vizsgálatra. Nem érdektelen megtudni azt sem, hogy mennyi az átlag idő a vérezgetés kezdetétől addig az időpontig, amíg a beteg szakorvoshoz kerül. 144 esetre kiszámítva 6 hónapos átlagértéket nyerünk. Azt hiszem nem kell bővebb magyarázat annak megértéséhez, hogy mit jelent 6 hónapi késedelem egy carcinomás gyógykezelésében. Sajnos legtöbbször a teljes inoperabilitást, sőt sugaras kezelés számára is csak kevés kilátást nyújtó állapotot. Így azután könnyen érthetővé válik, hogy miért volt a 70 collum carcinoma közül pontosan a fele teljesen inoperabilis, illetve incurabilis és miért lehetett az esetek másik felében is túlnyomó részben csak palliatív műtétet végezni. Természetes, hogy ilyen előrehaladott esetekben a sugaras kezelés is legtöbbször eredménytelen már.

A fentiek alapján tehát adatszerűen igazolást nyert, hogy a nők indolensnek rendetlen vérzéseikkel szemben. Erre magyarázatul — de nem mentségül — az a körülmény szolgálhatna, hogy a gestatiós időszak 30—35 éven

át, a havonta megújuló és mindannyiszor káros következmény nélkül lezajló physiologiás vérzések — úgy látszik — valósággal hozzá szoktatják a nőt a vérzések aggály nélküli elviseléséhez. Ezeket tudva nem fogunk csodálkozni, ha a beteghez intézett kérdéseinkre a válasz stereotyp módon így fog hangzani: „vártam, mert azt hittem, hogy majd elmúlik magától is a vérzés.”

De kapunk néha különösebb választ is — és ez a másik fontos körülmény, amire a figyelmet felhívni kívánom — mikor a beteg elmondja, hogy ő bizony járt orvoshoz, aki cseppeket írt neki, sőt kezelte is, de a vérzés nem állott el. Példának okáért egy ilyen eset a sok közül:

6/1923. 50 éves asszony. Utolsó menstruatioja 5 év előtt volt, egy éve vérzik. Több orvos kezelte, de csak gyógyszereket szedettek vele. Diagnózisunk: carcinoma colli incurabile.

Tulajdonképpen ezek az elszomorító esetek készítettek minket arra, hogy ezzel a kérdéssel foglalkozzunk és tapasztalatainkat nyilvánosságra hozzuk. Éppen ezért, amint azt közleményem címében is kifejezésre juttattam, most ennek a kérdésnek csak gyakorlati oldalával óhajtok foglalkozni és azért nem térek ki a kérdés pathologiái és therapiái vonatkozásaira.

Ezek előrebocsátása után eseteinket részletesebben fogom ismertetni. A 144 esetből 98-szor, tehát 70%-ban, a vérzés oka carcinoma volt, és pedig túlnyomó részben collum és corpus carcinoma; néhányszor vulva, clitoris, hüvely és ovarialis carcinomát is alkalmunk volt diagnosztizálni. Az extragenitalis carcinomák közül húgycső és hólyag carcinoma is előfordult egy-egy esetben.

A nem rosszindulatú megbetegedések közül a következők voltak okai a postclimakteriumos vérzéseknek, az előfordulás gyakoriságának sorrendjében: különböző polypusok, metropathia haemorrhagica, erosio portiois, colpitis vetularum, myoma uteri, arteriosclerosis, cysta ovarii, endometritis tuberculosa és carcuncula urethrae. Néhány esetben az ok nem volt felderíthető, dacára a gondosan elvégzett méhüri és ahhoz társuló szövettani vizsgálatoknak. Azt hiszem azonban, hogy nem járunk el helytelenül, ha ezeket a homályos aetiologiájú vérzéseket az arteriosclerosis okozta vérzésekhez soroljuk, amikor a vér per rexim lép ki a méhnyálkahártya sklerotikus ereiből.

Még röviden meg kell emlékeznem a mesterségesen létrehozott menopausákban fellépő vérzésekről. Ilyenek a carcinoma műtétek utáni recidivák okozta vérzések, amelyek visszahagyott cervix csonk rosszindulatú elfajulásának kapcsán lépnek fel. A sugaras kezelés útján létrehozott menopausában fellépő vérzés — ha nem történt teljes castratio — lehet a visszatérő ovulatiohoz csatlakozó rendszeres menstruatio, de lehet primaer malignus folyamatnak tünete is.

Miután ez utóbbi vérzésekkel szemben elfoglalt álláspontunk semmiben sem különbözik a postclimakteriumos vérzésekkel szemben elfoglalt álláspontunktól, a consequentiákat mindkét csoportból közösen vonjuk le.

Minthogy eseteink 70%-ában a vérzés oka rosszindulatú megbetegedés volt, a postclimakteriumos vérzéseket eleve úgy kell tekinteni, mint malignus folyamatok hírnökeit. Ezért az összes, rendelkezésünkre álló diagnostikus eszközzel törekedni kell a vérzés okának kiderítésére. Ezek közül az eszközök közül a legfontosabbak: a méhüri vizsgálatok és a próba kimetszés. Az így nyert vizs-

gálati anyagnak szövettani vizsgálata alapján azután — kivételes esetektől eltekintve — mindig sikerülni fog annak eldöntése, hogy jóindulatú, vagy rosszindulatú megbetegedéssel állunk-e szemben. Az említett esetekben a beteg állandó ellenőrzés alatt tartandó és a vizsgálat megismétlendő.

Kühnbacher Ferenc dr.
klinikai tanársegéd.

DIAGNOSTIKAI SZEMELVÉNYEK

(Belgyógyászat: Gerlóczy Géza dr. Sebészet: Milkó Vilmos dr.)

Hibaigazítás: 17. számunkban az amyloid-máj kongó-vörös próbájaként „Testsúlykilogrammonként 2 ccm stb.” helyett: 0.2 ccm olvasandó!

A májcirrrosisok.

A májcirrrosisok (*cirrrosis* = sárga; a szint a megszorodott kötőszövet hézagaiban jelenlevő, zsírosan degenerált és epetartalmú májszigetecskék adják) folyamataiban a porta-rendszer vérével, vagy az epeutacs-kon érkező kóros noxa mindenekelőtt a *májsejtek pusztulásához* (degeneratio, atrophia) vezet, amit lobos *kötőszövetmegszaporodás* és *regenerációs sejtképződés* követ. Aszerint, amint a vena portae capillarissai pusztulnak (a kötőszövettermelés, majd zsugorodás az interacinusos hajszálerek területén indul meg), illetve a májparenchymába behatoló kötőszövettel epepangás keletkezik (a kötőszövetmegszaporodás a lobulusok capillarissai felől, a sejtek körül indul meg), a portapangás és ikterus változatos vezértünetei uralhatják a klinikai képet, míg a kórbonctani felosztásban klinikailag már nem megközelíthető mozzanatok (zsíros elfajulás, a reticuloendothel kifejezettebb részvétele stb.) további csoportosítást is lehetővé tesznek.

Cirrrosis cardialis: A pangásos máj tág hajszálerei (vena hepatica) között részben már az összenyomás mechanikus oka folytán is pusztulnak a májsejtek és helyükbe kötőszövet lép (v. ö. „Pangásos máj”).

Cirrrosis biliaris secundaria: A májsejtek pusztulása és a következményes kötőszövetmegszaporulat a kis epeutak gyulladásainak, vagy hosszas elzáródást követő epepangásnak folyamánya.

Léptumor: Ugyyszólván törvényszerűleg kíséri a májcirrrosis s olykor a klinikai kép előterében áll (v. ö. „hepatolienalis” megbetegedések). Oka részben a portapangás, részben azonban pulpa-hyperplasia és kötőszövetburjánzás. Némelyek szerint a túltengés compensatio (reticuloendothel) célt is szolgál (haemolysis).

Caput Medusae: A has és az alsó mellkasi területek bőrén áttünő, verticalis venahálózat, amelyet oldalágak kötnek össze; különösen a köldök körül lehet dús. Keletkezése porta-pangással magyarázható, amennyiben a beszűkült vena portae árammedrének vérét különböző collateralisok veszik fel és vezetik a vena cava superiorba és inferiorba. Így kapcsolódnak össze a venae mesenteriales a hasfali vénákkal, a ven. coron. ventr. és a Glisson-tok venái a rekeszvenákkal, a ven. haemorrhoid. int. a ven. hypogastr.-val, a portagyöki vénák a vesével és a lig. teres (v. umbil.) az epigastriumos vénákkal.

A klasszikus cirrhosis kórképek:

a) **Cirrrosis atrophica**, Laennec-cirrrosis (Réné Laennec szül. 1781. Quimper, megh. 1826. Karlouance; professor Párisban): A változatos cirrhosis kórképek leggyakoribbja (férfiak!). Atrophiásnak nevezik, mert

előrehaladott alakjában a májszövet pusztulása és az acinusok körüli, interlobularis kötőszövetmegszaporulat zsugorodása miatt a máj akár felényire is megkisebbedhet. Itt, az acinusok körül bontja ki a vena portae hajszálágazódásait, amelynek árammedre e zsugorodó folyamat miatt beszűkül és klinikailag igen jellegzetes porta-pangási tünetekhez vezet. — **Aetiológiájában** kimagasló jelentőségű az alkoholizmus, azonban a lues, malaria, tbc, illetve a májsorvadás tárgyalásakor már említett egyéb fertőző vagy mérgezőes folyamatok is okozhatják. **Subjectív tüneteiben** a praeasciteses stadium gastrointestinalis panaszai jelentkezhetnek; ilyenkor a máj megnagyobbodott is lehet, amit a sejt-regeneratio, a még nem zsugorodott megszorodott kötőszövet és pangás okoz. E stadium sokáig zavartalan közérzet mellett állhat fenn. Az asciteses stadiumban a hasi feszülés-érzés és esetleg egyéb, az alkohol okozta panaszok (polyneuritis fájalmak, alkohol tremor stb.) társulhatnak a gyomor-, bélpanaszokhoz. — Az **objectív jelek** között bőrvérzések (főleg az alsó végtagokon), később egyre kifejezettebb nyelőcső-, esetleg végbél-vérzések (pangásos varixokból) jelennek meg; nyelőcső-varixból halálos elvérzés is bekövetkezhet. Ugye e *varixok*, mint a klinikai képben egyre inkább előtérbe kerülő *szabad hasvízkór*, valamint a has- és alsó mellkasi szakaszok bőrén a *caput Medusae* a porta-rendszerbeli pangás egyenes folyamánya. A punctiósfolyadék is elárulja az ascites pangásos eredetét (fajsúlya, fehérjetartalma alacsony stb.), bár régebbi folyamatban a betegséghez gyakran társuló gümös hashártyagyulladás miatt a folyadékgyülem idővel lobos jellegűvé válhat. Nagy ascites összenyomással az alsó végtagoknak is vizenyőjéhez vezet. A máj, ha az ascites mellett egyáltalán tapintható, esetleg egyenetlen, dudorzos felületű (granulatio + atrophia), kemény. Diagnostikus jelentőségű a *léptumor*. Olykor subikterust találunk, ami érthető, mert a kötőszövetmegszaporodás behatolhat az acinusokba is; a bilirubinaemia ilyenkor indirect. Urobilinogenuria csaknem mindig kimutatható s a galactose-próba gyakran pozitív. Kísérő tünetei között az esetleges leukopenia és achylia gastrica említhetők meg. Ha elvérzés vagy intercurrens betegségek nem okoznak halált, az asciteses fehérjevesztéssel marasmus, majd hepatargiás coma befejező tüneteivel néhány év alatt, (igen jól kiépülő colletarialisok esetén hosszabb idő elteltével) vezet halálhoz.

b) **Cirrrosis hypertrophica**, Charcot—Hanot-cirrrosis (Jean Martin Charcot szül. 1825. Paris, megh. 1895. Morvan; az ideggyógyászat tanára Párisban): A cirrhosis ezen mindvégig nagy májjal járó alakja főleg biliaris (cholangitis, cholestasis, cholangiotoxikus) eredetű, de nem egységes kórkép. Többnyire a középkorban években innen jelentkezik. Aetiológiájában alimentaris ártalmak, fertőzés és alkohol jutnak leginkább szerephez. Jellemző az intermittáló, évekig tartó lefolyás, javulásak és rosszabbodások váltakozó szakaszaival (*ictère à répétition*). A bevezető tünetek között a gastrointestinalis jelenségek mellett esetleges láz és főleg a sárgaság fontosak. A bilirubinaemia direct és bilirubinuriával jár, ám a szék nem mindig acholiás. A máj és lép jelentékenyen nagyobbak, ami már megtekintéskor is felismerhető abból, hogy e többnyire a középkorban életeken innen levő betegek hasa felül tágult, elődomborodó. A máj — és persplenitis esetén a lép is — fájdalmasak lehetnek. Ascites az esetek 75%-ában hiányzik. Évekig tart; gyakran szövődik haemorrhagiás diathesis-sel.

A ritkább cirrhosis kórképek:

a) **Pigment-cirrrosis:** Haemosiderossal magyarázható bronzszínű festenyzettség (bőr, szervek, nyálmirigyek) társul a cirrhosis-hoz, aminek keletkezésében a haemo-

globin vas-componense jut szerephez (*sidus* = vas). Gyakori a pankreas egyidejű megbetegedése és ezzel az u. n. „bronz-diabetes” (haemochromatosis).

b) *Wilson-kór* (Kinnier Samuel Wilson, szül. 1877. New York; jelenleg Londonban): Ritka cirrhosis kórkép, amelyben extrapyramidalis idegrendszeri tünetekkel („Parkinsonismus”) párhuzamosan fejlődik ki a folyamat. A betegek fiatalok és sokáig csak a súlyos idegrendszeri bántalmakat észleljük.

c) *Banti-kór* (Guido Banti szül. 1852. Montebicchieri, megh. 1925. Firenze; kórbonctan-professor Firenzében): E kórkép önálló volta ma már nem tartható fenn s legfeljebb *syndromának* nevezhető. Valamely ismeretlen vírus, illetve toxin hatására a lépben sinus-hyperplasia, periarteriás fibrosis, pulpa-fibrosis, trabecula-szaporulat, a májban pedig cirrhosis keletkezik. Fiatalok betegsége. Felosztható: 1. Anaemiás stadium (orrvérzés, fáradtság, léptumor, mérsékelt vérszegénység), tartama 3—12 év; 2. átmeneti stadium (a vizelet csökken, urobilinogenuria olykor bilirubinuria, nagy máj); 3. ascites stadium (a máj kisebb, ascites, anaemia, cachexia), tartama 6—12 hónap.

Arthritisek kórisméje.

(Folytatás.)

Az alábbiakban röviden ismertetjük az ízületi gyulladások legfontosabb alakjainak diagnosztikus jeleit.

1. *Arthritis traumatica serosa*. Leggyakoribb a térd-izületen. A kórelőzményben egyszeri erős trauma. (distorsio, ízületkörüli törés), vagy chronikusan ismétlődő apróbb traumák (túleröltetés, hibás megterhelés okozta vongálás stb.) szerepelnek. Jellemző az ízület egyenletes megnagyobbodása, láztalan lefolyás, nem túlerős fájdalom, jó közérzet és általános állapot mellett. Punctióval víztiszta vagy kissé sárgás savó nyerhető. Térdizületi folyadékgyülem esetén a térdkalács ballotál, a térdkalács feletti tasak kitöltött, rendszerint jól érezhető hullámmázzal. Röntgenfelvételen az ízületi rés tágabb és látható az esetleges traumás csontelváltozások. Idült esetek nagy ízületi savógyülemmel gümőkóros folyamattal téveszthetők össze, de az elkülönítés a kórelőzmény és a röntgen kép valamint a negatív tuberkulin reactio alapján mindig lehetséges.

2. *Polyarthritis rheumatica acuta*. A betegség hirtelen, közép magas lázzal, ízületi fájdalmakkal kezdődik. A gyulladás egyszerre vagy egymásután több ízületre terjed, a közérzet igen rossz, a megtámadott ízületek legkisebb megmozdítása nagyon fájdalmas. Az ízületi duzzanat mérsékelt, lobellenes kezelésre, salicylre aránylag gyorsan visszafejlődik, de könnyen recidivál.

3. *Arthritis chronica deformans*. Legtöbbször a magasabb kor betegsége, mely ismeretlen okból keletkezik és főleg a nagy ízületeket támadja meg. A bántalom teljesen láztalanul rendkívül chronikusan, szinte észrevétlenül fejlődik. Korai stadiumában a tünetek elmosódottak, s a baj biztosan csak a röntgenképből ismerhető fel, mely az ízületi felszínek kisebb nagyobb egyenetlenségein (porcupisztulás) kívül a porc és csont határán széli csontburjánzásokat, megvastagodásokat mutat. Előrehaladott esetekben az ízületek szembetűnő deformálódása, egyre fokozódó merevedése, a mozgáskor érezhető ropogás, valamint a nagyfokú spontán és mozgátsági fájdalomosság a kórismét röntgenkép nélkül is könnyűvé teszi. A traumás eredetű arthritis deformans tünetei ehhez mindenben hasonlóak azzal a különbséggel, hogy az elváltozások csupán a sérült ízületre szorítkoznak.

4. *Arthritis gonorrhoeica acuta*. Erre a lehetőségre kell gondolni mindig, ha valamelyik nagyobb ízület hir-

telen, heves fájdalom kíséretében erősen megduzzad. A duzzanat fölött a bőr feszes, meleg tapintatú, a fájdalom oly heves, hogy az ízület legkisebb activ vagy passiv megmozdítása is elviselhetetlen. Genyes ízületi lob ellen szól a jó általános állapot, csekély hőemelkedés, normális pulsus, bár kivételesen a gonorrhoeás ízületi gyulladás genyes alakjai is előfordulnak. A kórismét gonorrhoeás fertőzés (húgycső, cervixgonorrhoea stb.) kimutatása jóformán biztossá teszi. A diagnosis ex juvenibus is felállítható, ha a tünetek Bier-féle pangásra, vagy arthigonininjectióra gyorsan javulnak.

5. *Arthritis tbc*. Közismert tüneteit nem soroljuk fel. A kórisme csak a baj kezdetén okozhat nehézségeket. Az általános állapot romlása, feltűnő vérszegénység, kisebb lázas mozgalmak, fokozott vérszűlyedés, egy ízületre localisált fájdalom és lassan fokozódó mozgási korlátoztság mellett jogosan keltik fel a gümőkóros fertőzés gyanúját. Gyanunk a bizonyosság határáig fokozódik, ha a tuberkulinreactio erősen positiv (a Pirquet mellett még subcutan tuberkulinpróba is elvégzendő) és a röntgenképen kifejezett csontsorvadás ismerhető fel.

6. *Arthritis haemophila*. Kizárólag férfiakon fordul elő. Kifejlődött, késői stadiumában gyakran össze tévesztik deformáló vagy gümőkóros ízületi gyulladással. Fontos, hogy kétes esetben erre a lehetőségre is gondoljunk és pontos anamnesist vegyünk fel. Haemophiliás ízületi gyulladásra jellemző, hogy aránylag csekély trauma után az ízület hatalmasan megduzzad, fluctuál és belőle punctióval vér nyerhető. A duzzanat aránylag gyorsan visszafejlődik, de újabb bevérzés folytán minduntalan recidivál. Végeredményben az ízület deformálódik, (gyakran a tbc-és ízülethez hasonló orsóalakot vesz fel) és contracturák fejlődnek ki. Röntgenfelvételen a tuberculo-sissal ellentétben nagyobb fokú csontdestrució vagy sorvadás sohasem látható.

7. *Arthritis luetica*. Ritkán kórismézett, de nem túlságosan ritka bántalom, melynek lehetőségére minden homályos eredetű, láztalanul, lassan és kevés fájdalommal fejlődő savós ízületi gyulladás esetén gondolni kell. Luesre különösen gyanus, ha egyidejűen mindkét térdizületben savógyülem mutatható ki. Kétes esetben mindig Wassermann reactiót kell végezni, mégpedig nemcsak a vérrel, hanem az ízületi savóval is.

8. *Arthritis purulenta acuta*. Kórképét a localis tünetek hevesége és az általános tünetek súlyossága egyaránt jellemzővé teszi. A beteg ízület feszesen duzzadt forró, fluctuál, rendkívül fájdalmas. A hőmérsék inter-mittáló, magas kilengésekkel, a pulsus szapora, a nyelv száraz, a fehérvérsejtszám magas. A punctióval nyert genyben strepto-staphylococcusok, gyermekekben gyakran peneumococcusok mutathatók ki.

9. *Arthritis urica*. Az arthritis köszvényes jellege csaknem bizonyos, ha a gyulladás csupán az egyik öreg-újj alapizületére localizálódik s az hirtelen rohamszerűleg s igen heves fájdalmakkal lép fel. Az ízületi duzzanat és pír oly erős lehet, hogy különösen ha láz is van, a genyes gyulladással összetévesztés lehetősége fennforog. Több ízületre localisált köszvényes gyulladás az elsődleges arthritis deformansnál csak nehezen különíthető el. Részletes belgyógyászati és anyagcserevizsgálatokon (vér-húgsav stb.) kívül a röntgenkép is adhat felvilágosítást, melyen a húgsavlerakódások élesen körülírt világos foltok alakjában mutatkoznak.

10. *Arthritis neuropathica* (arthropathia). Felismerése — ha egyáltalán gondolunk rá — könnyű, mert az ízületek hasonló nagyfokú, szinte grotesk eltorzulását aránylag jó functio és teljes fájdalomtanság mellett semmi más ízületi bajban nem látjuk. Előrehaladott esetekben sokszor lötyögő ízület fejlődik ki nagyobb savógyülemmel. Mozgáskor rendszerint erős dörzszöreje, i-

letve ropogás érezhető. A röntgenkép a destructiv és reparativ folyamatok tarka egyvelegét mutatja. Az izületi csontvégek nagyfokú roncsolása, sőt teljes hiánya mellett idomtalan vaskos csontburjánzások láthatók elszórtan néha a szalagokban s a szomszédos izomzatban is. Az artropathia leggyakrabban tabeshez és syringomyeliához csatlakozik; tabesben inkább az alsó, syringomyeliában a felső végtag nagy izületeit támadja meg. Előfordul, hogy az arthropathia az első feltűnő megnyilvánulása olyan lappangó tabesnek, melyről előzőleg sem a betegnek, sem az orvosnak nem volt tudomása.

Szemsérülések és azok kezelése.

(Folytatás.)

A szemhéjak és szemgolyó sérüléseihez képest az orbita idegentestei ritkák.

Hogy az idegentest az orbitában van-e, a sebcsatorna sondázásával, vagy röntgenvizsgálattal állapítjuk meg. Apró szilánkot kutatóval nem mindig találunk meg, de a kimeneti nyílás hiányából és a sebcsatorna mélységéből biztosan megállapíthatjuk, hogy a szemüregben van, de meg a szemén és szem környékén található változások is utbaigazítanak. Nagyobb szilánkot könnyebben megtalálunk, már azért is, mert a bemeneti nyílás tágabb. A szemgödörbe beletört nagyobb idegentest, mint faág, tövis, író toll, palavessző, stb. kutatóval könnyebben megérezhető. Sörét, puskagolyó vagy más fémtárgy helyét inkább röntgennel lehet csak megállapítani.

Apró idegentestek sokszor alig okoznak szembetűnő változást, máskor azonban kiterjedt vérálfutásokat látnak a szemhéjon és a szemgolyó kötőhártyáján. A szemhéj erősen duzzadt is lehet. Gyakori kísérő tünet az exophthalmus, amelynek oka szemgolyó mögötti vérzés és az orbita szövetének duzzanata. Az idegentest a szemizmokat, vagy mozgató idegeket is sértheti, ilyenkor a sérült izom irányában a szem mozgása elégtelen. Máskor a szemhéjemelő sérülése vagy a felső szemhéj duzzanata miatt a szemhéj lecsüng (ptosis). Sérülhet a látóideg is, aminek látózavar, látótérbeli hiány, sőt teljes vakság is lehet a következménye.

Mindezeket a tüneteket különösen a lövési sérülések után látjuk. Fegyvergolyótól, shrapnell-, gránátszilánktól eredő sérülés a háború idején mindennapos volt. Különösen az oldalról vagy ferdén oldalról kapott orbita lövések kerültek szemkórházba, az előlről jövő fegyvergolyó legtöbbször oly súlyos agysérülést is okozott, hogy ha a sérült életben maradt, inkább sebészeti osztályra került. Revolvergolyótól leginkább öngyilkossági kísérletek kapcsán történik orbita sérülés.

Hogy a lövedék bentmaradt-e, a kimeneti nyílás hiányából könnyen eldönthető, pontos helyét azonban csak röntgen-vizsgálat állapíthatja meg. A szemén és környékén található változások sokféleképpen lehetnek. Az exophthalmus legtöbbször nagyfokú, a szemgolyó annyira kidülledhet, hogy a szemhéjak nem tudják befedni. Máskor a szemgolyó kötőhártyája és áthajlóredő duzzadt annyira, hogy nem fér el a szemhéjak mögött. A szemhéjakon és környékükön kisebb-nagyobb vérömlés, vérbeivódás, a lövedék terjedelméhez képest kisebb-nagyobb seb is támad. Oldalról jövő lövedék áttöri az orbita csontos falát, elszakíthatja a szemizmokat. A látóideget nemcsak átszakíthatja, hanem a szemgolyóból teljesen ki is tépheti. Néha az orrüregben, vagy orrcsonton áthatolva a másik orbitában is ugyanilyen súlyos roncsolást okoz. Persze maga a szemgolyó is többé-kevésbé sérülhet.

Néha csak súrolja a lövedék, aminek chorioidea-repedés, szemfenéki vérzés, retina-oedema stb. lehet a következménye, de a szemgolyó teljes szétroncsolódása is előfordul. A szemfenéken néha akkor is találunk zúzódás miatti változásokat, ha csak a szomszédos csontok sérültek. A szemgödör csontos fala különböző helyeken eltörhet vagy megrepedhet. A canalis opticus falának törése miatt az egyébként épen maradt látóideg összenyomódhat, a látás emiatt elpusztulhat. Az orr melléküregeinek megnyílása miatt levegő hatolhat az orbita szövetébe és szemhéj bőre alá, amit abból ismerünk meg, hogy tapintó ujjunkkal a szemhéjban sercegést érzünk (emphysema palpebrarum). Az arteria carotis internának átszakadása és az arteriás vérnek a sinus cavernosusba tódulása folytán exophthalmus pulsans is lehetséges. Mindezek a változások a legkülönbözőbb módon bonyolódhatnak egymással.

Pelláthy Béla dr., klinikai tanársegéd.
(Folytatjuk.)

KÉRDÉS – FELELET.

Kérdés (P. I. dr. Marosvásárhely).

Heveny appendicitis műtete után bevarrás előtt 10 ccm coli-serumot (marhasavó) öntötték a hasüregbe. A hetedik napon, midőn a bőrvarratot eltávolították, a bóralatti kötőszövetből 2–3 deci coli szagú geny ürült. Harmadik héten erős urticaria roham jelentkezett (láz, hányás, megsemmisülési érzés, kiütés). Serum anaphylaxiát feltételezve kapott detoxint, calciumot. (Előzőleg soha semmiféle idegen serum-injectiót nem kapott.) A roham 36 óra alatt megszűnt. Azóta azonban talán már nyolcadszor ismétlődött. Diéta étkezése van, kap ephedrint, dechoint és naponta 5–10 ccm Calcium Sandoz-t. A rohammentes 2–3 nap alatt teljesen jó közérzete van. A hasseő már csak 2 mm mély, nem genyedő. Kérek felvilágosítást, különösen a gyógykezelésre vonatkozólag.

Felelet: A leírás alapján kétségtelennek látszik, hogy coli serum alkalmazásával összefüggő serumbetegségről van szó. Az urticariás rohamok makacssága miatt arra lehetne gondolni, hogy a beteget az alkalmazott marhavérsavó sensibilizálta a marhahéjéjével szemben s így az urticaria talán a marha, vagy borjúhús élvezetével függ össze. Ezen gondolatból kiindulva célszerű volna az étrendből a marha- és borjúhúst egyelőre kikapcsolni.

Ezenkívül lehetne nem specifikus deszenzibilizálás céljából hetenként 2–3 ízben sajátvérinjectiont, roham esetén pedig intravenásan thiosulfat (dermosalvan) injectiont adni.

Sz.

Kérdés: 38 éves férfibeteg a következő panasszal keresett fel: 20 éves kora óta társaságban, egyáltalában beszélgetés közben álmoság vesz rajta erőt, sokszor egy állóhelyen elalszik, mely állapot csak egy néhány másodpercig tart, utána élénken társalog, hogy egy néhány perc múlva újra az előbbi állapotba jusson. Szellemi műveletek könnyen elálmósítják. Baja sem nem javul, sem nem súlyosbodik. Nem is gyógyíttatta.

Fent leírt állapotát magam is többször észleltem. Idegrendszeri vizsgálat teljesen negatív, kivéve kisebb rángásokat a musculus orbiculus oculi-ban. Fejfájás, szédülés, látási zavarai nem voltak. 20 éves korában apicitis lateris dextri miatt tuberculin kúrán esett át, ezidőben kezdődött aluszékonysága is. Betegem igen élénk szellemű, művelt férfi. Milyen elváltozásra gondolhatok? (Petit mal?) Milyen terápiával próbálkozzam? Két hete jódot szedetek vele.

Felelet: A szóban forgó alvási rohamok vagy epilepsiás, vagy hysteriás természetűek. Hogyha a hirtelen elalvás nappal az öntudat megzavarásával jár, vagyis hiányzik a visszaemlékezés az alvásra, úgy epilepsiás narkolepsiára kell gondolnunk és ebben az esetben szabályszerű antiepilepsiás kezeléssel kell élnünk (sószegegy diéta, brom-sevenalos therapia, vagyis napi 2–3 g bromnatriumon kívül este 0.05 g sevenal). Hysteria esetén amnesia nélkül folyik le az elalvás és ebben az esetben még hysteriaszerű tünetek is lehetnek jelen (nagy ingerlékenység, hysteriás egyéniség, globus, clavus stb.); ilyenkor hypnózisos kezelés javallott.

Schaffer prof.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. rk. tanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magánorvos, kórházi főorvos

Az aranyerek kezelése.

A végelet 6–8 cm. magasságig physiologikusan is körülveszi egy tágabb venosus plexus, ezek az u. n. aranyerek. Ebből következik az is, hogy ez az állapot nem minden esetben pathologikus, vagyis nem minden aranyér okoz egyezzersmind panaszokat is.

Constitutionalis okok folytán tágabbak lehetnek a rendesnél, elhízás, székrekedés, ülő életmód, nőknél a terhesség stb. fokozhatják is, ilyenkor pangásos, főként pedig gyulladásos tünetek következtében különböző panaszokat okozhatnak.

Aranyerekre jellemző panaszok a székeléskor fellépő fájdalom és vérzés, másodsorban ezzel kapcsolatos gyulladás, amelynek látható tünete a mogyoró-diónyi, kemény, fájdalmas thrombotisált csomó, a végbélnyílás körül.

Az aranyeres csomók diagnózisát a jelzett panaszok és tünetek alapján igen egyszerű. Ha lobosak a csomók, minden további nélkül láthatók. Ha nem lobosak a vérzés és fájdalomtól eltekintve, ha a beteget vizsgálat alkalmával préseltetjük, láthatókká válnak, vékony bőr, vagy nyálkahártyával fedett livid, puha, szivacsos csomók alakjában. A vérzés belőlük többnyire csak néhány cseppnyi, néha azonban meglehetősen nagyfokú, ilyenkor acut anaemiát is okozhatnak. A vérzés rendesen a székelési actushoz csatlakozik. Magasabb bélvérzéstől könnyen elkülöníthető, mert itt a sötétszínű vér a bélsárral elkeveredett, míg ott a rendes színű bélsárnak csak felületéhez tapad és vele összekeveredve nincs, valamint többnyire friss élénkpiros színű.

Ha ilyen panaszokkal keresi fel a gyakorlóorvost a beteg, az sohasem elégedjék meg — még látható csomók esetén sem — a nodus diagnosissal, hanem minden esetben végezzen digitalis végbélvizsgálatot is, mert a nodusok felett lehet egy carcinomás végbélfekély is, amely eleinte ugyanolyan tünetekkel jár, mint az aranyér.

Ha a csomók nem lobosak és igen heves fájdalmakat okoznak, különösen székeléskor, akkor ennek oka rendszert a redők közt meghúzódó kis nyálkahártyarepedés az u. n. *fissura*. A csomók rendesen ezen sérüléseken keresztül inficiálódnak, thrombotizálódnak. Ezek a lobos csomók az egész gyulladás tartalma alatt fájdalmasak, a mogyorónyi kemény csomók felett a nyálkahártya sokszor nekrotisál, kifekélyesedik. A lobos folyamat rendesen localis marad, kisebb-nagyobb panaszok mellett, 1–2 hét alatt gyógyul. Alkalmadtán, rendesen székeléssel kapcsolatos újabb nyálkahártyasérülésből, megint fertőződnek és vele az egész folyamat megismétlődik.

Az előbb mondottakból már önként adódik a praeventio, illetve a rationalis kezelés módja.

Mindenekelőtt szüntessük meg — lehetőség szerint — a végbélvenákban a pangást. Ülő foglalkozás esetében ajánljunk könnyű sportot, vagy más módon sok mozgást, elhízottakat soványítsunk le stb. Az obstipatiót szüntessük meg, enyhe, kifejezett hasmenést és nyálkahártya vérbőséget nem okozó gyógyszerekkel. Ilyen a reggelenként veendő langyos karlsbadi víz. Igen alkalmasak a különböző olajos, vagy agaros bélműködést szabályozó szerek. (Nujol, Regulin, Agarin stb.) A rendetlen székelés oka gyakran az, hogy a beteg elfoglaltsága miatt nem tud magának időt szakítani a rendszerinti székeléshez és azt folyton elodáztatva, beleit a rendes kiürítéstől elszoktatja. Ilyen, egyébként rendes bélműködésű egyéneket, ha rászoktatjuk arra, hogy mindig ugyanazon bizonyos

időben intézzék el a szükségletüket, a bélürülés — némi szoktatás után — mindig pontosan be fog állani a kívánt időre.

A székrekedésen kívül igen fontos teendő a nodusok lobosodásának megakadályozására a végbél és környékének tisztántartása. A szokásos papírok használata, ebből a szempontból, teljességgel célszerűtlen, mert különlegesen sem távolítják el a bélsármaradékot, de a sphincter és bőrredők közé ily módon egyáltalában be sem férközünk, pedig az e helyeken keletkezett, néha mikroszkopikus nyálkahártyasérülések tisztántartása a legfontosabb a nodusok inficiálódásának megakadályozására. Ezen tökéletes tisztántartást csak fürdőzés, vagy vízzel leöblítéssel érhetjük el, amely procedurát minden székelés után el kell végeztetni. A beteget ki kell tanítani arra, hogy a mosdás alkalmával lazítsa el sphincterét, hogy a fürdővíz, vagy a vizes vattacsomóval intensív letörölgetéssel a redőket is alaposan letakarítsa. Ugyanakkor, ha észreveszi, hogy kiszorulásra hajlamosak a csomók, enyhe ujjnyomással helyezze vissza azokat a sphincter-gyűrű fölé.

Állíthatom, hogy ezen tisztasági kezelés rendszeres betartása esetén, olyan nodusos betegek panaszai, akik eddig minduntalan szenvedtek lobos tünetek miatt, teljesen megszűntek. A végbél ampulla kiirrigálása felesleges, mert csak a bőr-nyálkahártya határának tisztántartása a fontos.

Bizonyos ételek élvezete csak annyiban hátrányos, amennyiben a széket szabályos időközzeit és normalis consistentiáját befolyásolják. Ezért különleges diéta előírások feleslegesek. Egyenként esetleg káros hatást észlelve, csökkenthetjük az éledelek fűszerezését és talán a dohányzást.

Ha a gyulladás már kifejlődött, a kezelés első követelménye ismét, rendszeres puha agyagszerű székről gondoskodni, a fent említett olajos, agaros bélműködést szabályozó szerekkel. Kifejezett hashajtás, naponta többszöri híg vizes székekkel, contraindikált, mert még jobban izgatva, fokozza a gyulladást. Igen alkalmas a székkürölés megkönnyítése céljából a glicerín-fecskendő, esetleg utána egy 1/2 literes langyos kamillás beöntés. Erős fájdalmak esetén, székelés előtt, de főként a toalette után, Belladonna-opiumos végbélkúpok, esetleg enyhe desinicienssel jó hatásúak (Anusol stb.). Külső borogatások nem sokat érnek, elcsúsznak, a bőrt pállasztják, az esetleg kifekélyesedett csomókat izgatják. Súlyosabb esetekben inkább a vaselines T-kötés és ágybanfekvés indokolt. Ilyenkor természetesen folyékony diétát állítunk be, hogy minél kevesebb legyen a széke a betegnek (leveses, tej-es ételek, pürék, befőttek stb.).

A nodusok gyakori complicatiója a fissura, amely az infectio tulajdonképeni kapuja és az egész gyulladásos folyamat kiinduló pontja. A székelés miatt rendkívül fájdalmas, miért is a beteg igyekszik ezt minél tovább elodáztatni, természetesen ezáltal még consistensebbé válván a szék, a repedést még inkább izgatja és tágitja. Megállapítása és kezelése tehát felettebb fontos. A fent leírt fürdőkkel tisztántartjuk a végbélnyílást. Ha ez, valamint a fájdalomcsillapító és desiniciens localis kezelés (kúpok, edzés stb.) nem használ, végső esetben sebészi beavatkozás válhat szükségessé. A fissurát rendesen a fájdalmak miatt fennálló reflektorikus sphinctergörcs és ezáltal feltételezett székelési nehézség, illetve obstipatio tartja fenn. A sphinctergörcs, bódulatban történő egyszerű izomtágítással szüntethető meg. Chronikus, infiltrált alapú fissu-

rák esetén a fissura kimetszése és ágyának elvarrása válhat szükségessé. Természetesen, ha nagyobb panaszokat okozó nodusok is vannak, egy ülésben ezeket is eltávolítjuk. Ez rendszerint *Langenbeck* szerint, *thermo-cauter*rel történő leégetésben áll. Nagy és kiterjedt külső és belső csomók, főként pedig velük kombinált nyálkahártya-prolapsus jelenlétekor, a köröskörös nyálkahártyakiirtását végezhetjük *Whitehead* szerint. Nyálkahártyaelhalás esetén könnyen okozhat végbélszűkületet, ezért ritkán végezzük. Ujabban a csomók injectiók kezelését ajánlják ismét, az alszár varixokéhoz hasonlóan. Tapasztalatom e kezelésről nincsen. De miután több ülésben végzendő és ezért hosszadalmas, valamint fájdalmas is, másrészt nem ritkán bőr, illetve nyálkahártyanekrosist okoz, nem hiszem, hogy a leégetésnél enyhébb, gyorsabb és célszerűbb beavatkozás volna.

Jung Géza dr., kórházi főorvos, Gyula.

A tüdőtuberculosis kezelése az általános gyakorlatban.

A tüdőtuberculosisos láz csillapítása.

Lázás tüdőbetegben az első teendő az ágyba fektetés. A folyamat kezdetén 1—2 tizedes hőemelkedés esetén is le kell fektetnünk a beteget. Kisebb hőemelkedések megszüntetésére a higiénés diéta és gyógyfürdő, a szabad levegőn fektetés sokszor egymagában elegendő. Legcélszerűbben intézetben vihető keresztül, azonban ha a beteg életkörülményei, intelligenciája megengedik, a nyugalomba helyezése esetleg otthon is keresztülvihető. Ezen kívül keresztborogatásokat kap a beteg, melyeket két óránként cseréltetünk úgy, hogy utána ledörzsöltetjük a bőrét és egy órára — legcélszerűbben az étkezések idejére — kereszt kötés nélkül marad. Éjjel csak akkor cserélünk kereszt kötőt, ha megizzad a beteg. Ha ezekkel nem érünk célt, akkor kerülhet sor a gyógyszeres lázcsillapításra.

A gyógyszeres lázcsillapításkor szem előtt kell tartanunk, hogy ahol a folyamat közvetlenül befolyásolható pl. friss egyoldali széteső folyamat esetében, a lázcsillapításnak is legbiztosabb módja a folyamat nyugalomba helyezése pneumothorax-szal. Az erre nem alkalmas esetben a lázcsillapítás csak akkor szükséges, ha a láz rossz közérzetet teremt, az étvágyat, az amúgy is rossz közérzetet pl. erős izzadás okozásával rontja. Arra is gondoljunk, hogy az olyan elhúzódó betegségben, mint a tüdőtuberculosis, előbb-utóbb mindegyik lázcsillapító cserében hagy és hosszas szedésre még az enyhébb szerek is rontják az étvágyat. Az adagoláskor legyünk tekintettel arra, hogy a lázat megelőzni kisebb adag csillapító is elégséges. A láz tetőfokán nagyobb adag lázcsillapító hatása erős izzadással és rossz közérzettel jár. Nem szabad akkor adni a lázcsillapítót, amikor a beteg már izzadni kezd, az amúgy is csökkenőben levő hőmérsék mellett kollapsust okozhat.

A tüdőbetegek heveny lázas állapotában, a chronikus fibrocaseosus phthisis heveny fellángolásakor, váladékpangáskor, nem specifikus kíséző bronchitis vagy bronchopneumonia, pleuritis esetében stb., ha fektetés és borogatások nem elégségesek, mindenképp az alapbántalmat igyekezzünk befolyásolni camphor és transpulmin injectiókkal, salicylatokkal, stb. Ezek elégtelensége és rosszul tűrt láz esetében amidopyrint (pyramidont) adunk 0.10 g-os adagokban a láz nagyságától függően 2 vagy 3 óránként, úgy, hogy szedését már a reggeli láztalan vagy alacsonyabb hőmérsékű órákban kezdjük meg, két órával a várható első hőemelkedés előtt. Ha ezzel sem érünk célt, akkor kerülhet sor az amidopyrin adag-

jainak emelésére, célszerűen úgy, hogy a délelőtti és a kora délutáni órákban két óránként 0.2 g-t adunk. Az esti órákban a hőmérsék várható csökkenése előtt a kisebb adagok is elegendők. Elvileg sem a pyramidonból, sem más csillapítóból napi 1.5 g-nál többet ne adjunk. A lázcsillapító elhagyása fokozatosan történjék. Elhúzódó magasabb lázak esetében, ha a pyramidon elégtelennek bizonyult, rövid időre kis adag salicylatokkal próbálkozhatunk: 0.25 g. acid. acetyl. salicyl., kalmopyrin, hydropyrim, dilumin stb., 2—3 óránként. Ha ez is elégtelen, vagy erősen izzasztja a beteget, célszerűbb mindjárt a *Bacmeister*-féle porkeverésekre áttérni. A lázcsillapítók kombinációi jobban hatnak, mint azok alkotórészei ugyanolyan adagban külön-külön. *Bacmeister* kisebb láz ellen 0.25 g lactophenint ad 0.05 g pyramidonnal, 2—4 port naponta, az első a várható hőemelkedés előtt 3 órával. Magasabb láz ellen, ha pleura fájdalmat is érez a beteg, ehhez poronként még 0.25 g aspirint is ad. Célszerű porcombinatio hosszabb szedésre: aspirin (kalmopyrin, hydropyrim stb.), phenacetin, pyramidon aa 0.1; hektikus lázak ellen, erős izzadáskor: chinin, phenacetin, pyramidon aa. 0.1; gyenge betegnek 0.05 g. acidum camphoricumot (det. in caps. amyl.), nyugtalan betegnek 0.05 g. natr. phenylaethylbarbituricumot adunk mindegyik porhoz. Mindezekből 3—5 port adunk naponta, az adagolást a láz alakulásához mérve és a reggeli láztalan vagy alacsony hőmérsékű időben kezdve. Hektikus lázas betegnek, aki reggel amúgy is camphor injectiót kap, az első por helyett az olajjal együtt chinint is injectióban (solvochin, chinetan) adjuk. A transpulmin kis chinin adagja (0.05) mellett a reggeli első kombinált port nem kell elhagyni.

Makacs apró lázak ellen (chron. subfebrilitas) előbb kis adag pyramidonnal (0.1 g napi 0.5 g-ig) próbálkozunk. Jó eredménnyel alkalmazható a kis adag aspirin vagy salicyl is arsennel kombinálva. Régebben ezt a *Simon* féle phthiopyrin formájában rendelték: natr. arsenic. 0.02, aspirin, acid. camphor. aa. 10.0 ut f. pill. C., ebből 1—3 óránként szedettek 1 db-ot. Most inkább a *ten Kate*—*Hoedemaker*-féle pilulákat használjuk: acid. arsenic. 0.01, natr. salicyl. 10.0, amyllum qu. s. ut. f. pill. C. ugyanolyan adagolásban. Makacs hőemelkedések esetében az aranykúra (solganal, allochrysine) óvatos kis adagokban, 0.01—0.10 g-ig emelkedően gyakran szünteti a lázat. A specifikus kúra tuberculin készítményekkel felesleges.

Gergely Jenő dr. igazgató-főorvos.
(Mártonhegyi Szanatorium.)

DIAGNOSTIKAI SZEMELVÉNYEK

(Belgyógyászat: Gerlóczy Géza dr. Sebészet: Milkó Vilmos dr.)

Gócszerű és körülírt májbetegségek.

1. *Májtályog*: Okozhatja: 1. *trauma* (lőtt-, szúrt sebek); 2. *haematogen fertőzés* a) a vena portae közvetítésével (appendicitis, gyomor-, bélfekélyek stb.), amikor is a csirok egyenest a májba kerülnek, vagy előbb a kapuviszér területén pyelephlebitist, pyelethrombosist okoznak (*pyle* = kapu, *phlebos* = vér, *thrombos* = vérrög). A tropusokon gyakori amoebás eredetű májtályogok keletkezésének is ez az útja; b) az arteria hepatica útján mint pl. az általános pyaemiához csatlakozó többszörös, metastasisos májtályogok; c) a koponyaürből a vena hepaticán át, retrograd embolussal. Májtályogot okozhatnak 3. a *szomszédos szervek* a nyirokutak közvetítésével és 4. az *epeutak gyulladásai* (cholangitis, cholecystitis). — *Tünetei*: Septikus láz, esetleg hidegrázások; régi eltokolt

tályog láztalanul is fennállhat. Májtáji fájdalom, mely annál kifejezettebb, minél felületesebben ül a tályog és minél inkább feszül a máj tokja; sohasem kólikaszerű. Gyakran kíséri subikterus, urobilinogenuria; leukocytosis és balra tolódott fehérvérkép úgyszólván törvényszerű tünet. — Nagy solitaer tályog olykor tapintással hozzáférhető (a máj nagy, esetleg fluctuál); multiplex tályogok felismerése nehezebb (cholangitises, vagy pyaemiás eredetűek). Kétoldali pleuralis exsudatum multiplex tályogok mellett szól (a hasüri nyirokrendszer páros; a határ a máj függesztőszalagja; ettől jobbra ülő tályog jobboldali, balra ülő baloldali pleura-exsudatumot okozhat). A röntgenképen a rekesz jobboldalt gyakran magasan áll és renyhén tér ki. — Szerencsés esetben gyógyulhat, vagy áttöréssel kiürülhet; a szabad hasür felé történő áttöréssel peritonitises halál következik be. — Próbapunctio életveszélyes.

2. *Májsyphilis*: Velezületett formájában csecsemők „tűzkő-máj”-nak nevezett formáját okozza, mely apró miliaris gummák és diffus kötőszövetsszaporulat folyamánya; a későbbi életévekben és a szerzett syphilis ugyancsak gummákhoz és azok szétesésével kötőszövetes hegekhez vezet; a zsugorodó hegszövet folytán a máj kemény, kisebb, durván egyenetlen (*hepar lobatum syphiliticum*), míg zsugorodás híján a máj diffuse megnagyobbodott, kemény. Az is elég gyakori, hogy a syphilis az atrophias májcirrhosis képében zajlik le. — Sárgaság — diffus hepatopathia kapcsán — már korán (leginkább a másodlagos stadiumban), gümma okozta összenyomásokkal azonban a tertiaer syphilisben is megjelenhet, vagy arsen hatására a kezelés alatt, mint „salvarsan-ikterus” jelentkeznek. — Tünetei a változatos kórbonctani formák szerint alakulnak; láz és fájdalom (főleg éjjeli fájdalom, kólika nélkül) gyakoriak. Wassermann-reactio nem mindig dönt, mert sárgaság lues nélkül is okozhat pozitív kémlést.

3. *Májcarcinoma*: Lehet a) egyedülálló, tömött rák, b) a cirrhosis atrophica képét utánzó diffus beszűrődés, c) többszörös rákos göb. Az igen ritka primaer májrak többnyire az epeutakból indul ki; a secundaer májrakok leggyakrabban a vena portae árammedréhez tartozó szervek rákos áttételei, de más elhelyezkedésű rákokból is eredhetnek. — *Tünetek*: Igen gyorsan fejlődő cachexia, többnyire nagyobb, kemény tumorszerű máj; léptumor hiányzik, aminek pl. cirrhosisal szemben bizonyos differentialis diagnosztikus értéke van. Ha van ascites, az legtöbbször lobos. Ikterus csak akkor keletkezik, ha a tumor az epeutakat összenyomja. — Tekintve többnyire másodlagos voltát, az elsődleges rák felismerése eldöntheti a diagnoszt.

4. *Májsarkoma*: Leggyakrabban mint *melanosarkoma* fordul elő, amikor az elsődleges folyamat a chorioideában, naevusokban, az agyban, vagy a mellékvesékben indult el. A piszkos-barnás bőrszín mellett jellemzi a vizelet, amely melanogent tartalmaz, ami a levegőn, vagy sálétomsav, sósav, vaschlorid hozzátételére feketekávé-színű melaninná alakul. A *melanin* kimutatására használatos még a

Thormaelen-próba: Az acetone-kémléshez használatos „Legal”-reactiót (lúg + nitroprussidnatrium-oldat + cc ecetsav) elvégezve a melanogentartalmú vizelet intenzív kékes-zöld színt ad.

5. *Echinococcus hepatis unilocularis*: Az alább még érintendő multilocularis echinococussal szemben nálunk csak ez fordul elő. Okozója a $\frac{1}{2}$ cm hosszú *taenia echinococcus* (*echinos* = fullánkos állat, pióca, *kókkos* = bogó). E féreg főleg a kutya belében élősöködik; 3 proglottisa van a fej mögött, amelyek utolsója, ha ivaréretté válik, szétesik és a kiszabaduló peték a kutya bélsárával a szőrzethez ragadnak; innen fertőződik az ember. A gyomorban feloldódik a pete burka és a szabaddá váló

peték a vena portaen át a májba, a ductus thoracicusba a tüdőbe stb. kerülnek. A májba került pete körül hólyag fejlődik, amelyet reactiv lobszövet vesz körül. A hólyag fala a cuticula; belsejében víztiszta, borostyánkőssavat tartalmazó folyadék gyűlik meg. A cuticula hámbeléből kis dombocskák keletkeznek, amelyekből több kisebb, úgynevezett „fejlődési tömlő” nő befelé; ezekben foglal helyet az új féreg scolexje (horogkoszorúval és 4 szívótálcával) és ezekből fűződnek le befelé a „leányhólyagok”, amelyekben még „unokahólyagok” is keletkezhetnek. — A nálunk nem otthonos echinococcus multilocularis leány-, unoka- stb. hólyagjai kifelé nőnek s így a máj többszörös hólyagos képletté alakulhat. — *Tünetek*: A növekvő hólyag pusztítja a májszöveteket, vagy szerencsétlen esetben áttör a szabad hasür felé; mindkét esetben életveszedelmet okoz, utóbbi esetben különösen akkor, ha a hólyagbennék már a vér-, vagy bél felől fertőződött. Olykor az is előfordul, hogy a hasürbe tört echinococcus a hashártyán is hólyagokat termel, amely folyamattal fibrosus hashártyalob jár együtt. Átfúródhat a hólyag a tüdőbe, vagy igen heves kólikák kíséretében a vesébe, epeutakba; még legszerencsésebb, ha az átfúródás a gyomor-bélcsatorna felé veszi útját. Az átfúródásokkal anaphylaxiás tünetek (csalánkiütés, izületi fájdalom stb.) járhatnak együtt. Nagyobb hólyag kitapintható lehet akként, hogy a májtájról helyezett és szétterpesztett 3 ujjunk középsőjével ütögetve a hasfalat, hullámzást érzünk. Felhasználható a *Chauffard-tünet* = elől az 5–6. bordák magasságában kopogtatva, hátul a lapoc csúcsának tájára helyezett tenyerünkkel fluctuatiót érzünk. — Diagnostikus jelentőségű:

a) az *eosinophilia* (kb. 8–15%);

b) a *complement-kötési próba* (a Wassermann-reactio mintájára, ám antigenül a vágóhídról hozott echinococcus folyadékot használva);

c) a *hydatis* (= vízhólyag) *surrans*, amit az egymáshoz ütődő hólyagcsák a hasfal lökésszerű tapintásakor okoznak és a

d) *cutan-próba* = a megszárt bőrbe bedörzsölt echinococcus-folyadék hatására keletkező, csalánkiütésszerű hólyagcsa. — Próbapunctio életveszedelmet okozhat (shok).

Szemsérülések és azok kezelése.

(Folytatás.)

A szemgödör lövési sérülése mindig súlyos, sőt az agy közelsége miatt veszedelmes, ezért az általános állapot is mindig súlyos. Szédülést, főfájást, hányingert, aluszékonyságot, sőt eszméletlenséget is észlelhetünk. Ha a beteg eszméletlen, súlyos agyalapi törésre gyanakodhatunk, vagy arra, hogy a lövedék a koponyaüregbe került. Koponyasérülés után érzés- és mozgásbeli zavarokat, agynyomásra valló és egyéb általános tüneteket észlelünk a betegen.

Néha már közvetlenül a sérülés után pangásos papillát látunk, amit a liquornak a látóideg hüvelyébe nyomulása okoz. Máskor az ideghüvelybe nyomuló vér hoz létre pangásos papillát. A vérzés látásrosszabbodást, látótérszűkületet okoz, mely a vér felszívódásával javulhat. A chiasma, tractus opticus és látópályák sérülése azonnali megvakulást, vagy legalább látótérbeli hiányt (hemianopsiát) okozhat. Néha súlyos koponyasérülés ellenére a szemfenéken és a látásban nem tapasztalunk semmi rendellenességet.

A szemgödörben levő idegentest eltávolítása néha könnyű, máskor azonban súlyos, sőt megoldhatatlan feladat. Ha kutatóval megtaláltuk, csípővel kihúzzuk, amihez a seb tágitására lehet szükség. Vas vagy acélszilánk

kivételéhez mágnessel használhatunk. Ha az idegentest a szemgolyó mögött van, a belső vagy külső egyenes szemizom átmetszése után csípőnkkel férközhetünk hozzá, vagy mágnessel húzhatjuk ki. Ha hátul az orbitatölcsérben van, a szemüreg külső csontos falának kivésése (*Krönlein* műtét) válthatik szükségessé. Mágnessel nem húzható apró idegentestet, pl. sörétet kénytelenek vagyunk néha bent hagyni, mert a duzzadt szövetek közt nem tudjuk megtalálni. Éppen azért, ha apró idegentestet olyan súlyos műtét árán lehetne csak megkeresni, hogy ezzel nagyobb bajt okoznánk, mintha az idegentestet benthagyjuk, eltávolítását meg sem kíséreljük. A szemgödri idegentest eltávolítása gyakorlott orvos kezébe való. Ha az idegentest az orrban, vagy melléküregeiben akadt meg, a beteget szakorvosnak adjuk át, a koponyaalon vagy a koponyaüregben levő idegentest kivételét pedig sebészre bizzuk.

A szemgödörben maradt idegentest, pl. sörét néha nem csinál különösebb bajt. A bemeneti nyílás begyógyul, a vérzések felszívódnak, az idegentest betokolódik, akár állandóan benn is maradhat. Ha azonban az idegentest genyesztő baktériumokat sodor magával, az orbita szövetében genyes gyulladás támadhat (phlegmone orbitae vagy abscessus retrobulbaris). Ilyenkor a genyet ki kell bocsátani (incisio orbitae) és a sebcsatornát gázcsikkal naponként kitömní. Az idegentest néha csak a geny kibocsátásakor, vagy kötésváltás közben kerül meg. Az orbita szövetének genyes gyulladása lázas állapotot jár és mindig nagyon komoly bonyodalom, sőt agyhártyagyulladás veszedelme miatt az életet is fenyegeti. A gyulladás a látóidegre is ráterjedhet és később látóidegsorvadást okozhat. Ha az idegentest a szemüregen áthatolva az orr-melléküregébe, vagy az agyalapra kerül, a genyedés az agyhártyára is ráterjedhet, aminek kezelése már nem a szemész feladata.

Ezekről a bonyodalmaktól akkor sem mentes a beteg, ha az idegentestet mindjárt a sérülés után eltávolítottuk, mert a szemgödörben ezután is támadhat genyesedés.

Idegentest vagy levált csontdarab genyes sipolyt is okozhat, mely csak akkor gyógyul meg, ha az idegentestet eltávolítjuk, vagy az magától kilöködik.

Ha az eltávolítás sikerült és a szemüregben roncsolás nem történt, nyom nélkül meggyógyulhat a sérülés. Az orbita tartalmának roncsolódása, vagy genyes gyulladása azonban tömeges forradásszövet képződésével gyógyul. A forradásszövet összenőhet az izmokkal, a szemgolyóval, szemideggel, zsugorodása miatt az egész szemgolyó besüppedhet a szemüregbe (enophthalmus), a szemmozgások korlátozottak lesznek, kancsalság is kifejlődhetik, amely kettős látást okozhat. A szemgolyó besüppedhet az orbita csontos falában támadt hiányok miatt is, viszont a csont behorpadása, vagyis az orbita térfogatának megkisebbedése állandó exophthalmust okozhat.

A szemfenéken változatos képet találhatunk. Könyvínyű sérülés után a szemfenék és látóképesség normalis maradhat, máskor a szemgödörben lévő vérzés vagy duzzanat miatt a vér a szemfenék ereiből nehezebben tud távozni, azért a retina venái a rendesnél teltebbek és kanyargóbbak lesznek. Ha az arteria centralis retinae a szemgolyó mögött átszakadt, a szemfenék erei vékonyak, üresek lesznek. A vénás pangás látásromlást nem okoz, a vérzés vagy oedema elmultával eltűnik, az arteria átszakadása miatt azonban a szem azonnal és helyrehozhatatlanul megvakul, később az erek sorvadnak, cérnavékonyságúak lesznek és a szemfenéken degeneratio jelei észlelhetők. Ha a látóideg a szemgolyó mögött átszakad vagy összenyomódik, a látás elvesz s néhány hét múlva a látóidegsorvadás a szemfenéken is észlelhető: a papilla előbb a rendesnél halványabb, majd inféher lesz.

A szemgödör súlyos vérzése, vagy koponyasérülés folytán néha már közvetlenül a baleset után pangásos papillát (papilla intumescens) találunk, máskor a pangás a koponyaüregi nyomásfokozódás súlyos kísérő tüneteként lassan fejlődik csak ki. Ha a pangásos papilla oka 3–4 hét alatt nem szűnik meg, a látóideg lassanként el-sorvad. Ha az idegentest a szemgolyót súrolta, vagy ha a szemgolyó a szomszédos szövetek hirtelen összenyomása miatt zúzódott, kisebb-nagyobb vérzéseket láthatunk a szemfenéken, továbbá a retina rázkódása miatt vizenyőséget, vagy fehér vattagomolyaghoz hasonló foltokat. Gyakori tünet az érhártya megrepedése, amelynek nyomán keletkező vérzés folytán a szemfenék szintjéből kiemelkedő kötőszöveti nyalábok keletkezhetnek (retinitis proliferans). A látóhártya vizenyőssége néhány nap alatt eltűnik s a látás teljesen visszatérhet. A szemfenéki vérzés következménye annak nagyságától és helyétől függ. Kiseb-nagyobb sárgásfehér területek, pigmentfelhelmozódás, festékhány maradhat vissza. Ha ezek a sárgafoltok vannak, a látóélesség csökken. A periferiás érhártyarepedés a látótérben megállapítható skotomán kívül olykor nem okoz komolyabb bajt, a sárgafolt-táján levő azonban legtöbbször helyrehozhatatlanul tönkreteszi a látást.

Ha a szem fehér burka is megrepedt, a szemgolyó legtöbbször zsugorodik, bár ha a repedés nem nagy kiterjedésű, az alakja megmaradhat. Ha a szemgolyó nagymértékben roncsolódott, nagyfokú zsugorodását még akkor sem kerülhetjük el, ha fertőzés nem történt. Ilyenkor el kell távolítani a szemgolyót, vagy tartalmát kikaparni (evisceratio bulbi). Az utóbbit már bekövetkezett fertőzés esetén is baj nélkül végezhetjük el.

II. Sérülések éles tárgygal.

1. A szemgolyó sérülései.

Éles vagy hegyes tárgy megsértheti a szemet felszínesen is, de a szemgolyó falán is áthatolhat. A felszínes sebzések legtöbb esetben bonyodalom nélkül gyógyulnak, míg az áthatolók veszedelmesek, mert a szemet elpusztítással is fenyegethetik. Különböző vágó és szűrő eszközzel, pl. késsel, tűvel, szöggel, továbbá egyéb hegyes vagy éles tárggyal, üveggel, fémmeleg vagy kőszilánkkal, körömmel, papír szélével történnek sérülések. Állatharapás, karmolás, ütés madárcsőrrel ritkább. Fiúgyermekek aránylag gyakran sérülnek nyílveesszőttől.

A vizsgálatnak előbb azt kell eldöntenie, hogy a sérülést okozó tárgy átvágta, vagy átszúrta-e a szemgolyó falát. Az áthatolást a szem megpuhulásából könnyen felismerhetjük. A balesetet szenvedő részletes kikérdezése tájékoztat arról is, lehet-e idegentest a szem belsejében, vagy nem. A kötőhártyát, áthajlóredőt mindig meg kell nézni, mert itt felszínes sérülés esetén is találhatunk idegentestet, pl. üvegszilánkot. A félholdképzű redő és szemzugi szemölcs táját finom kutatóval vizsgálhatjuk meg.

Pelláthy Béla dr., klinikai tanársegéd.
(Folytatjuk.)

KÉRDÉS – FELELET.

Kérdés (Sz. S. dr.): Chronikus nephritisben szenvedő betegen, kin a potatorságán kívül más elváltozást (fertőző betegséget) kimutatni nem lehet, állhat-e fenn állandó subfebrilitás. Temperatura 37.0–38.2 (nagyfokú vizenyője van).

Felelet: Az idült vesegyulladás megáiban nem okoz lázas állapotot. Kérdés, vajon tényleg idült vesegyulladásban szenved-e a beteg (magas vérnyomás, a vese viszonylag rossz szűrő képessége stb.) s nem a lázhoz társuló albuminuria (febrilis albuminuria), illetve esetleg a lázas bántalom mellett fennálló keringési insufficiencia (pangásos albuminuria) kelti az idült vesebaj téves diagnózisát.

Gerlóczy prof.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. rk. tanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos.

A cisterna-punctio technikája.

Az orvosi ténykedések között a cisterna-punctio még mindig alig számbavehető módon szerepel. Ennek az az oka, hogy sokan félnek túl az életsomó közelében dolgozni. E félelmet még indokoltabbá teszi a néhány halálos kimenetelű punctio. E haláleseteket tanulmányozva megállapíthatjuk, hogy azok a kellő óvatosság hiányának tudhatók be. A ma divó módszereknek tényleg vannak bizonyos hátrányai, így a vénás vérzések, a punctio kapcsán jelentkező arc- vagy végtagfájdalmak, de ezek lényegtelenek és az általam immár több év óta használt módszer mellett elkerülhetők. Mielőtt eljárásomat ismertetem, röviden elmondom, mit kifogásolok én az eddig használt cisterna-punctiós módokban. Az *Eskuchen*-féle eljárásban először a túl a nyakszirtecsontot kell, hogy tapintsuk, majd azt visszahúzza az öreglik pereme alatt kell, hogy átszúrjuk a membrana atlanto-occipitalist; az öreglik körüli venakoszorú gyakran sérül meg ilyenkor és vizsgálat céljaira hasznavehetetlen véres liquort kapunk. Másik hátránya ez eljárásnak, hogy a visszahúzott tűt felfelé emelve az ujjabb beszúrásakor a nyakszirtecsont pereme alá kell, hogy jussunk és e mozdulat alkalmával könnyen elhajlik a tű. Az *Ayer-Wegeforth*-féle eljárásakor a második nyakcsigolya tövisnyujtványára helyezett bal mutatóujjunk vezérlete mellett szúrunk be, ezt a módot az asepsis szempontjából, mivel a tű a mutatóujj körmen csúszik végig, nem tartjuk eszményinek. De ennél nagyobb az *Ayer-Wegeforth*-féle eljárásnak az a hátránya, mely abban áll, hogy igen gyakran nem a nyakszirtecsont és első nyaki csigolya közt halad be a tű a cisternába, hanem a beszúrás az első és második nyakcsigolya közt történik, amint ezt röntgenologiailag is bebizonyították. Tudnunk kell továbbá, hogy a membrana atlanto occipitalis alsó részlete, amelyen keresztül az *Ayer-Wegeforth*-féle eljárásakor a beszúrás történik, rendkívül vékony, úgy, hogy átszúrás alkalmával ellentállást alig érzünk, és kellő vigyázat híján mélyebben beszúrva a medullát sérthetjük meg. Mindez arra késztetett engem, hogy egy oly eljárást dolgozzak ki, melyben az említett kellemetlenségek és veszélyek elkerülhetők. Eljárásom tulajdonképp az *Ayer-Wegeforth*-féle módszer kis módosításából áll. A beteg ül, fejét egy segéd kétoldalt kissé előrehajtott állásban rögzíti. A tarkótájékat a protuberantia occipitalis externa alatt háromujjnyi szélességben lebetváltjuk. A prot. occ. externát mutatóujjunkkal kitapintjuk, majd lefelé haladva egy besüppedést érzünk, tovább haladunk és a második nyakcsigolya tövisnyujtványához érünk. *E tövisnyujtvány felett a középvonalban egy centiméternyire a bőrt megkarcoljuk — ez a beszúrás helye.* A hat cm. hosszú fél milliméter átmérőjű tűt szabadon tartva a glabella irányában a jelzett helyen beszúrjuk és haladunk vele előre *három és fél—négy cm. mélységig* és ekkor az esetek messze túlnyomó többségében már a cisternában vagyunk. A mandrint kihúzza magasabb nyomás esetében magától csepeg a liquor, ha nem, úgy kiszivattyúzzuk azt. Módszeremmel, úgy mint az *Ayer-Wegeforth* eljárásban, a membrana atlanto-occipitalis alsó vékony részén hatolunk be és így a membrana ellenállását alig érezzük ugyan, de tudva azt, hogy, mint említettük három és fél—négy centiméternyire már bent vagyunk a cisternában, eddig a távolságig bátran tolhatjuk előre a tűt. Egész kivételes az az eset, mikor tovább

kell haladnunk, ekkor milliméterenként toljuk előre a tűt. Módszeremben a tű iránya csaknem párhuzamosan halad a negyedik agygyomrocs fenekével, míg a többi eljárásokban a tű arra reá irányul és így inkább lehetséges, hogy a medullát megsérti, míg a párhuzamos haladásakor nagyobb spatium állván rendelkezésre a sérülés lehetősége csökken, illetve elővigyázat hiánya esetén következhetik csak be.

A leírt módszerrel dolgozva mindig betalálunk a cisternába és a fent említett mellékhatásokat biztosan elkerüljük. Közleményem célja e fontos punctiós módszert az orvosi gyakorlat számára közkeletűvé tenni. Korántsem mondom azt, hogy a cisternapunctio feleslegessé tenné a lumbálisat, sőt nézetem szerint először alkalmazott punctiókor feltétlenül az utóbbit kell igénybe venni, tekintettel arra, hogy vannak esetek, melyekben csak a spinalis liquor vizsgálata a döntő. A cisterna-punctiót akkor fogjuk alkalmazni, ha többszörös ellenőrző vizsgálatokra van szükség (syphilis), továbbá, ha gyógyítás céljából szükségelt többszörös punctióról van szó (epilepsia, meningitis), végül encephalographiás vizsgálat céljaira, amint azt már 1925-ben ajánlottam. A cisterna-punctio nagy előnye a csaknem teljes fájdalomatlanság és az a körülmény, hogy a betegnek nem kell utána feküdnie, elegendő, ha 1—2 órán át karosszékekben ül utána. —

Sarbó prof.

DIAGNOSTIKAI SZEMELVÉNYEK

(Belgyógyászat: Gerlőczy Géza dr. Sebészet: Milkó Vilmos dr.)

A tapintható epehólyag.

Rendes viszonyok között az epehólyag még akkor sem tapintható, ha a máj szélét esetleg meghaladja, mert igen puha. Ha tapinthatóvá válik, ez az epehólyag duzzadásos feszüléssel, vagy fali megvastagodással járó *megnagyobbodása* mellett szól. Ilyenkor az epehólyagot, mint többé-kevésbé körteformájú, gömbölyded képletet a jobb bordaív alatt a medioclavicularis vonalban érezhetjük; felületesen fekszik és a légzőmozgásokat követi. Belső felüvással (szemben vese-tumorról, vagy vándorvesével) még előbbre kerül.

A tapintást bimanualisan végezzük (a bal kézzel a lumbalis tájék felől megkíséreljük a májat előre nyomni s jobb kézzel lassan a mélybe tapinthatunk.) Mély belégzést végeztetve jobban tájékozódhatunk.

A megnagyobbodás oka lehet: a) pangás (hydrops vesicae felleae), b) gyulladás (cholecystitis lobtermék, esetleg geny), c) epehólyagrák, d) köves epehólyag (esetleg egyidejű cholecystitissel, vagy hydropsszal.). E tényezők egymással többszörösen szövődhetnek.

Ha a megnagyobbodott epehólyag *fájdalmas* = gyulladás; ha körülírt *izommegfeszülést* is érzünk = a gyulladás a serosaig terjed (pericholecystitis); ha az epehólyag felett a *májleány* is megnagyobbodott = a) Riedel-leány (l. a tapintható máj fejezetében); b) rákos májbeszűrődés (primaer epehólyagrák egyidejű májrák nélkül is gyakran vezet a májszél fel-tünő megkeményedéséhez.). — Az epehólyag tapintásra lehet feszes, kemény, dudorzos stb., mely leletek diagnostikai jelentőségeiről alább lesz szó.

Choleresis = a májepe képzése; ez állandó, de bizonyos ingerek (táplálék, epesav, secretin) fokozzák.

Cholagogia = a máj-, illetve az epehólyag epéjének dinamikus kihajtása. Utóbbi az epehólyag-, epeútak-, előbbi a májbetegségek diagnosztikájában jut inkább szerephez.

Pangásos epehólyag: A hólyagepe pang, ha kiürülése elé akadály gördül. Ez lehet *mechanikus* (daganat, pericholecystitis adhaesio, megtöretés, torsio stb. összenyomja, kő, ascaris, strictura stb. elzárja az epehólyag nyakát illetve a ductus cysticus), vagy lehet *dynamikus* (idegrendszeri eredetű „dyskinesis”, vagyis a cholagogia következményes zavara). Itt a tág, laza hasfalak mellett csökkent hasúri nyomás is bizonyára szerephez jut (pl. többször szült nők). Hosszas pangás az epealkatrészek felszívódásához és nyálkatermeléshez vezet; ilyenkor az epehólyagbennék szintelen folyadékká lesz (hydrops). A pangásos epehólyag fala vastagabb, felülete feszes, síma, rugalmas. Nyálkahártyája kénsárga cholesterolin pettyekkel borított és redői elsímultak. Helyi fájdalmakat okozhat.

Az epeútak dyskinesisei (kineo = mozgok). Az epeútak és epehólyag egymással pontos harmoniában működő mozgási rendszert alkotnak, aminek dynamismusában bekövetkező ideges eredetű zavart *Westphal* után dyskinesisnek nevezzük. Ez változatos klinikai tüneteket, így pangásos epehólyagot is okozhat s ezért itt tárgyaljuk. — **Formái:** a) hypotoniás dyskinesis = sympathicus izgatásra, vagy vagus bénításra az epehólyag és a sphincter Oddi felső részlete ellazul és a papilla Vateri kis izomgyűrűje zár. A következmény: pangás az epehólyagban; b) hypertoniás dyskinesis = a vagus erős ingerlésére a sphincter Oddi zárul, az epehólyag contrahál. Következmény pangás; c) hyperkinesises dyskinesis = a vagus erős ingerlésére a sphincter Oddi kinyílik és az epehólyag összehúzódik. Következmény: a hólyagepe beömlik a duodenumba. Epekőnek vélt fájdalmas állapotokban az ily idegrendszeri eredetű dyskinesises kórképek lehetőségével is számolnunk kell, amelyek létrejöttében a valamely ok folytán (lob?) fokozott vegetatív ingerlékenység és bizonyos, ma még nem kellőképpen tisztázott kiváltó tényezők (főleg hormonalis hatások) szerepelhetnek.

Fontosabb kórképek:

1. *Cholecystitis non calculosa*: Fertőzőes epehólyaggyulladás, amelyben a fertőző csírok a vérpályán (arteria hepatica, ill. vena portae), az epeútakon (duodenum, ill. choledochus), vagy az epével a májba kiválasztva jutnak kóroki szerephez. A vérpályából typhus, paratyphus bac., streptococcus, pneumococcus, a bél felől főleg a bakt. coli a gyakoribb kórokozók. Az epehólyaggyulladás keletkezésében a pangás is jelentős, bár az sem lehetetlen, hogy a pangás dyskinesis folytán csak a fertőzést követő másodlagos folyamat. Fentiek alapján a typhusos folyamatokon kívül pneumonia, influenza, tonsillitis, illetve appendicitis, ulcus, carcinoma stb. okozhatnak epehólyaggyulladást, amely súlyosabb esetben fekélyes-üszkös-gyenges (cholecystitis ulcerosa, gangraenosa, purulens) is lehet és átfuródással általános hashártyagyulladást okozhat. Korai összetapadásokkal (*pericholecystitis*) összenövések és az ezek okozta panaszok (esetleg hydrops) jelentkezhetnek. Klinikailag epehólyagtáji fájdalom, láz, leukocytosis és tapintási lelet (síma, feszes, fájdalmas epehólyag) útbaigazíthatnak. Köves roham többnyire hevesebben köszönt be. A duodenum-bennék sok leukocytát tartalmazhat és olykor a fertőző csírok is kitenyészthetők belőle (*bakteriochoelia*.)

2. *Cholecystitis larvata*: Az idült gastritis, vagy enteritishez hasonló tüneteket okozhat (gastrointestinalis zavarok, vagus-jelenségek, reflex asthma, extrasystolés arrhythmia, paroxysmusos tachykardia, migraine stb.), amelyek mellett az esetleges subikterus, főleg azonban az

epehólyag-táji fájdalom lesznek diagnosztikus értékűek. A tetraiodphenolphtalein-készítmények i. v. befecskendezésével eszközölt röntgen-felvételen a cholecystitist a halványan telődő epehólyagárnyék (csökken az epehólyag koncentráló képessége) jelzi.

3. *Epehólyagrák*: Az epeútak rákjainak túlnyomó többsége az epehólyagban localisált és legtöbbször a köves epehólyagot támadja meg (lobos-mechanikus inger). A rákos epehólyagot mint göbös, kemény, érzékeny daganatot tapinthatjuk, amely mellett a májszél akár tenyérynyi szélességben kemény tömött képletté alakulhat még akkor is, ha a rákos beszűrődés egyébként nem terjed rá a máj szövetére. Ha a máj maga is göbös és lényegesen megnagyobbodott, a rákos májinfiltráció is valószínűnek vehető. A kórképben az egyre fokozódó sárgaság, cachexia és tapintási lelet alig hagy kétséget a diagnosis felől. Nehezebb lehet azokat az epehólyag-rákokat felismerni, amelyek idült, lázas cholecystopathia képében zajlanak le.

4. Az epehólyag betegségeinek igen nagy hányadát teszik ki azok a kórképek, amelyek mögött *epekövek* állanak. Bizonyos esetekben maga a kövekkel telt epehólyag is már kitapintható, különösen kitapinthatóvá válik azonban, ha az epekő a ductus cysticusban akad fenn és itt az egyszerű elzáródásos pangással, akár gyulladásos (fertőzőes) következményekkel az epehólyag megnagyobbodásához vezet.

E kórkép nagy gyakorlati fontosságú s így külön fogunk arról megemlékezni.

Nyelőcsőbetegségek kórisméje.

A nyelvőcső betegségek kórismézésére három igen fontos vizsgáló eljárás áll rendelkezésünkre, u. m. a röntgenvizsgálat, az oesophagoskopia és a sondázás. Az előbbi kettő pontosabb képet ad a nyelvőcső állapotáról, de különleges technikai készültséget kíván, míg a sondázást a gyakorló orvos is elvégezheti, ezért technikáját ismernie kell.

1. *A diagnosztikus célból végzett sondázás kivitele*: Fontos, hogy e célra félkemény, nem túlságosan merev középvastag sondát használjunk, mely ne legyen a vége felé kúpalakban kihegyesedő, hanem legömbölyített.

A sondák néhány percig hideg vagy meleg vízben áztatással tetszés szerint puhíthatók, illetve keményíthetők. Bevezetésük előtt túlérzékeny egyénekben garatecsetelés végzendő 10%-os cocain oldattal. Kis gyermekek száját a harapás veszélye miatt ajánlatos Whitehead féle száj-tágítóval terpeszteni. Bal kezünk mutatóujjával és középsőujjával a nyelvet kissé előrehúzáva és lenyomva könnyű kézzel vezetjük a jól beolajozott eszközt a hátsógarattal mentén lefelé, míg akadályhoz nem érkezünk. Tudni kell, hogy felnőtt egyénben a fogsortól a gyomorig kb. 40 cm a távolság s, hogy a bárzsingnak physiologián is három szűkebb helye van éspedig a gyűrűporc, a bifurcatio és a cardia magasságában (15, 26 és 38 cm. a fogsortól számítva). A sonda vezetésében nem lehetünk elég óvatosak, a legkisebb erőszaktól is kinosan óvakodni kell, mert a vékony, illetve kórosan szakadékonny bárzsingfal hihetetlenül könnyen átfuródik. Ha ellenállást érzünk, a beteget nyelésre, vagy nyugodt, mély légvételre szólítjuk fel. Akárhányszor előfordul, hogy a sonda erre néhány pillanat múlva simán továbbvezethető, akkor t. i. ha az akadályt nem organikus elváltozás, hanem a bárzsingfal görcsös összehúzódása okozta. Ha a sondázásra olivás kutatót használunk, akkor nemcsak az akadály, illetve szűkület helyét és fokát, de annak hosszúságát is könnyen meghatározhatjuk. Gyermekek sondázásakor különös gondot kell fordítani a kis beteg biztos rögzítésére, ne-

hogy az vizsgálat közben váratlan mozdulatot tegyen, ami már nem egyszer lett oka a nyelőcső perforációjának. A rögzítés úgy történik, hogy segédünk az ülőben tartott gyermek alsó végtagjait combjai közé szorítva, bal kézzel a gyermek kezét fogja erősen, jobb tenyerével pedig kissé hátrahajlított fejét melléhez szorítja.

2. *Oesophagoskopia.* Kitűnő, de csak a gyakorlott szakember által végezhető vizsgáló eljárás, mely ma már nélkülözhetetlen, főleg a nyelőcsőbeli idegentestek és daganatok kórismézésében. A cső bevezetése lehetőleg éhgyomorral, felnőtteken a garat és nyelőcsőbemenet előzetes cocainozása (10%-os oldat) után ülő- vagy fekvőhelyzetben (erősen hátrahajlított lógó fejjel) ritkán oldalfekvésben történik. Gyermeket leggyakrabban nar-kotizálni kell. A tükrözés szigorúan előírt technikai szabályok szerint s a nyelőcső sérülés (átfúródás) veszélye miatt a legnagyobb kímélettel és óvatossággal végzendő.

3. *Röntgenvizsgálat.* Nyelőcsőbetegség minden esetében feltétlenül elvégzendő. A báriumos contrastanyaggal kitöltött nyelőcső átvilágításakor a pép alakváltozásából, továbbhaladásának minőségéből és gyorsaságából, röntgenfelvételen pedig az árnyékképek alakjából és kieséseiből fontos diagnosztikus következtetések vonhatók. A nyelőcső különböző eredetű szűkületei és tágulatai, diverticulumai, és spastikus állapotai, daganatok és idegen testek a röntgenképből kevés kivétellel nagy biztonsággal felismerhetők. Magától értetődik azonban, hogy a jó röntgendiagnózis feltétele itt is, mint másutt a jó felvételi technika és a kép helyes olvasása. Az előbbi illetőleg tudni kell, hogy tévedések csak úgy kerülhetők el, ha az átvilágítást a mellkasnak nemcsak dorso-ventralis, hanem ferde átmérője irányában is elvégezzük.

Természetes, hogy a fenti vizsgáló eljárásokon kívül a diagnózis egyéb eszközeit sem szabad elhanyagolni, melyek közé tartoznak a pontos kórelőzmény, a beteg általános vizsgálata és a lokális vizsgálat digitalisan, megtekintés, tapintás és kopogtatás által. Nagyon fontos a nyelési actus pontos megfigyelése. A folyékony és szilárd tápanyagok lenyelésének módja, az egyszerre lenyelhető adag nagysága, valamint a hányás időpontja és minősége olyan jellegző lehet, hogy sokszor már ebből minden más segédeszköz nélkül felállíthatjuk a helyes kórismét.

Allergiás szembetegségek.

Allergiának a szervezet megváltozott reaktivitását nevezzük, bár nem minden megváltozott reaktivitás allergia. Más szóval allergia néven foglaljuk össze a szervezet mindazon állapotát és a benne lefolyó olyan történéseket, melyek antitestek, vagy ezekkel egyenértékű anyagok jelenlétén, vagy közreműködésén alapulnak. Azon anyagot, mely a szervezetbe jutván azt arra képesíti, hogy benne antitestek képződjenek, allergennek, vagy antigennek nevezzük. Mint allergeneket eddig port, pollent, ágytollat, lószórt, sokféle tápanyagot és gyógyszereket nagy számban sikerült kimutatni.

Allergen által okozott megváltozott reaktivitás a szem is mutatkozik. A megváltozott reaktivitáson alapuló szembetegségeket allergiásoknak nevezzük. Jellemző rájuk az időszakosság. A tünetek több hónapos, rendszerint éves időközökben jelentkeznek s míg az allergent tartalmazó ártalom hat a szemre, a betegség fennáll, a hatás megszűnése után gyorsan gyógyul. Conjunctivalis allergia esetén azonkívül korai stádiumban mindig találunk vizenyőt.

Az allergiás szembetegségekhez tartozik a tavaszi kötőhártyahurut, a szénaláz-kötőhártyalob, a Quince-féle szemhéjvizenyő s az inhártyagyulladások azon formái, melyek előidézésében külső ingerek játszanak szerepet.

A *tavaszi kötőhártyahurut* (catarrhus vernalis) kór-oktana olyan értelemben mondható ma már eldöntöttnek, hogy a kutatók legnagyobb része allergiás betegségnek tartja s azt hiszi, hogy a közönséges asthmát és szénaláz okozó anyagok sensibilizálásához van kötve. Ilyen értelemben a betegség okául két tényező vehető fel, egyrészt a kötőhártya kóros érzékenysége, illetőleg hajlamossága, másrészt valamely külső, a kötőhártyára ható inger. Ez a külső inger mindig bakteriummentes és a kötőhártya betegségét rendszerint valamely por okozza. Az egyéni hajlam teszi a poráltal okozott inger következtében a kötőhártyát actióképesé.

A kutatók azon nagy számával szemben, akik a catarrhus vernalist allergiás betegségnek tartják, elenyésző kis számban olyanok is vannak, akik a betegség okául belső elválasztású egyensúlyzavart vesznek fel, mert a baj többször hiányos mellékvese működés, vagotonia, az értágítók és a kiválasztó bőridegek rendellenes ingerelhetősége kíséretében fordul elő. Azonkívül a betegek vérserumának méasztartalma rendszerint emelkedett és alkali-tartaléka csökkent.

E kiújulásra nagyon hajlamos betegség tavasszal, vagy nyáron kezdődik és a hűvösebb őszi idő beálltával megszűnik. Gyermeken gyakoribb, mint felnőtteken. Jellemző rá a felső szemhéji kötőhártyán sűrűn egymás mellett ülő lapos tüszők jelenléte s azok halvány, csaknem tejfehér színe, valamint a szaruhártya szélén levő szürkés-sárga göbök, melyek néha koszorú alakban vesznek körül a szaruhártya szélét; ez utóbbi jelenség gyakran hiányzik. A tüszőképződés azt mutatja, hogy másodlagos és nem fajlagos folyamattal van dolgunk. A betegség olykor kínzó viszketéssel jár, ami melegebb időben még fokozódik.

Minthogy a tavaszi kötőhártyahurut allergenje minden bizonnyal a levegőben van suspendálva, azért gyógyításában az eddig szokásos kezelés (acid. boricum szembehintése, a viszketés ellen 1%-os ecetsavas szemcseppek, belsőleg calcium) mellett jó eredmény várható a szemet a levegőtől teljesen elzáró — lehetőleg színes — védőpápaszemek viselésétől és az úgynevezett kamrákban történő kezeléstől.

Általában minden allergiás szembetegség kezelésének célja a szemet a levegőtől teljesen elzáró védőpápaszemek, továbbá allergenmentes kamrák, álarok és levegőtisztítók segítségével az allergeneket, mint kórokozókat a szemtől távoltartani és allergen-kivonatokat bőrbefecskendezésével a szervezetet deszenzibilizálni úgy, mint bakteriumos fertőzésekben autovaccinával deszenzibilizálunk.

A *szénaláz* fellépésekor támadó kötőhártyalobot jellemzi a szem kivörösödése, kisfokú fájdalomossága, a kötőhártyák chemosisa, a szemhéjak vizenyője, a fokozott könnyelválasztás és a fénykerülés. A szénaláz kórisméjében legújában különösen sokra értékelik a szem részéről jelentkező igen korai tüneteket és többen a belső szem-

zugok égő, kaparó és viszkető érzését a betegség rendszeresen jelentkező legelső tünetének tartják.

A betegség kórszarmazását a pollen-theoriával magyarázzuk. Bizonyos virágok himporával a betegségre hajlamos egyénen időszakról, időjárástól, hőmérséklettől függetlenül a betegségre fajlagosan jellemző tüneteket sikerül előidézni. Nemcsak száraz, hanem friss és virágzó növények (széna, rozs stb.) himporának belégzése, illetőleg a kötőhártyára kerülése okozza a betegséget. A szénalázat okozó himporból az allergént elő lehet állítani, mely diagnostikusan és therapiásan jól bevált. A pollenallergenek vagy fehérjék, vagy fehérjéhez hasonló anyagok, melyek főként a zöld növényben fordulnak elő s kiváltképpen virágzáskor a pollenben erősen sűrítve találhatók.

A betegség általában a kórokozó növények virágzása idejében jelentkezik s erős napfény a tüneteket súlyosbítja. A betegség kórszarmazásában a világrahozott egyéni hajlamnak és a szervezet fokozott ingerlékenységének is szerepet kell juttatni. Férfiak gyakrabban kapják meg a betegséget, mint nők s míg a városi emberen aránylag gyakori, a falusi lakosság körében csak nagyon ritkán jelentkezik.

A szénaláz-kötőhártyagyulladás gyógyításában négy út van: 1. a káros allergenek távoltartása védőpápaszemek segítségével; 2. fajlagos deszenzibilizálás pollenkivonatok segítségével; 3. nem-fajlagos deszenzibilizálás (tej, sajátvér, pepton); 4. a vegetatív idegrendszer gyógyszeres befolyásolása a sympathicotonus emelése, vagy a vagotonus csökkentése által. Belsőleg calcium, ephetonin, atropin; a bőr alá atropin, tonogen, ephetonin. A szembe napjában többször cseppentendő a következő oldatból: ephetonini 0.30, novocaini 0.10, aqua destillata 10.0.

A *Quincke-féle vizenyő* (oedema fugax circumscriptionum) tulajdonképpen heveny, angioneurotikus alapon fejlődik. Ezen aránylag ritka bántalom férfiakon gyakoribb, mint nőknél. Láz nélkül rohamokban jelentkezik. Rendszerint néhány óra alatt visszafejlődő duzzanat keletkezik az arcon, különösen a felső és alsó szemhéjon, az ajkon és a fülön. A vizenyőn kívül a szemén más tünet nincs; a betegség fájdalommentesen folyik le, de a visszaesés gyakori. Az allergiás jelenségek egy része általában a capillarissok viselkedésével magyarázható. A Quincke-féle vizenyő esetén az érfalaknak a capillarissok kitágulása nélkül támadó izolált áteresztőképességét mindig ki lehet mutatni. A baj belső gyógyszerül calcium, tonogen, ephetonin és atropin ajánlható. A látószervi tünetek külön gyógykezelése szükségtelen.

Allergiás betegségnak kell az *inhártyagyulladás* némi ritkán előforduló alakját tartanunk. Ezek közül jól ismert az episkleritis periodica fugax. Hirtelen támad s minden kezelés nélkül néhány nap alatt nyomtalanul eltűnik, de gyakran kiújul. A betegség, hol egyik, hol a másik, hol mindkét szemén egyidőben jelentkezik s alig jár izgalmi tünettől, vagy fájdalommal. Az episkleralis szövet egyszer körülírt, másszor diffuse belővelt lesz, megduzzad és vizenyősen beszűrődik. Ezen teljesen ártalmatlan szembetegség keletkezését allergiás okokra

igyekeznek visszavezetni, s bizonyos, hogy kórszarmazásában az éghajlati s időjárási viszonyoknak kell jelentős szerepet tulajdonítanunk.

Az eddig említetteken kívül ismeretes, hogy az úgynevezett endogen iritis némely alakját vagy a mikroorganizmusoknak az iris szövetében jelenléte, vagy indirecte bakterium-toxinok, vagy bakterium-productumok idézik elő, melyekkel szemben a látószerv szöveti allergiát szerkez. Utóbbi esetben a fertőzéses góc a test bármely részén lehet. A kórokozók közül aetiologice a spirochaeta pallida, a gono-, pneumo-, meningococcusok, a tuberculosis-, influenza-, typhus-bacillusok, továbbá a recurrens spirillum a malaria plasmodium és parotitis okozója jöhetnek szóba. Az uvea szövete a csírok anyagcseretermékeivel szemben is allergiássá válhat.

Valószínű, hogy a toxinok további megismerése révén több, főleg conjunctivalis panasz jelenleg még ismeretlen eredésű allergiás állapotban fog magyarázatot nyerni.

Bartók Imre dr. szemész szakorvos.

KÉRDÉS — FELELET.

Kérdés: Azelőtt — főleg kiterjedt pénztári praxisomban — előfordult diphtheria eseteimben a város járvány-kórházába történt beutalás után a tisztí orvosi hivatalnak (amelynek vezetősége a kórházzal azonos) szokása volt, hogy a diphtheriás beteg környezetében volt egészséges kiskorúakat berendelte és praeventiv serumoltással látta el.

Néhány éve a hivatal beszüntette ezen injectiók adását s egyidejűleg a szülőket minduntalan azon utasítással küldte hozzám, hogy a gyermekeket oltsam be. En ezt mindannyiszor megtagadtam.

Az ebből támadt controversiák során egyizben az ügyvezető tisztiorvos kérdéseire, kifejtve elvi kifogásaimat azt is megemlítettem, hogy tudomásom szerint az utasításnak törvényes alapja nincs. A felelet az volt, hogy: „mint elsőfokú hatóság ezt elrendelem” (szóban!).

A kérdés gyakorlati oldalához egyébként azt fűzöm, hogy az oltásokat azóta sem adom s évekre menő nagyszámú eseteimben egyetlen egyszer sem fordult elő, hogy a testvérek megbetegedtek volna, hisz a diphtheria contagiositási indexe meglehetősen alacsony: 0.10 s a Schick-próbák óta ismert, hogy az immunisak (Schick-negatívok, rejtett fertőzöttek) száma nagy, másodsor: felette kétségesnek tartom, hogy egyáltalán van-e a fertőzéssel szemben praeventiv ereje a passiv 500 usque 1000 I E subcutan serumnak? (Intramuscularisan testsúly-kg-onként 50 I E, gyakran még a 24 óra múlva végzett Schick-reactióra is hatástalan!). — A bakteriumok szaporodására befolyása nincs, toxinközömbösítő ereje számításba nem jövő mértékben minimalis.

Két — különálló kérdésem tehát a következő:

1. Van-e különösebb jelentősége a fenti diphtheria elleni praeventiv passiv oltásnak?
2. Akár van, akár nincs, megítélése a gyógyító orvos feladata-e, avagy valóban *rendeletileg* kötelező-e az adása?

B. I.

Felelet ad 1.: 1000 IE-t tartalmazó gyógyszeravó boralá fecskendezése megelőzés céljából a szerzők többsége szerint 10—14 napon át megfelelő védekezést eredményez. A diphtheriás beteg közvetlen környezetéhez tartozó, megelőzés céljából nem oltott gyermekek közül ezen időn és pedig túlnyomórésztben az első 6 napon belül sokkal, egyesek szerint tízszer több betegszik meg diphtheriában, mint az oltottak közül.

ad 2. A megelőzést célzó gyógyszeravóoltás alkalmazása rendeletileg nem kötelező, feltétlenül indokolt azonban súlyos, rosszindulatú esetekben, valamint akkor, ha a beteg megfelelő elkülönítése keresztülvihetetlen, vagy ha az orvos a fertőzésnek kitett gyermek egészségi állapotát nem tudja figyelemmel kísérni.

Johan Béla prof.